
 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: MESA TECNICA SDS -SDIS SOCIALIZACIÓN ACTA SB08

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Inspección, vigilancia y control

Objetivo	Fecha: 08 de mayo de 2026			
Socializar acciones de IVC en las instituciones Protectoras de la Persona Mayor Acta SB_08	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
		Orientación ()	Acompañamiento ()	
		Otro (x) Reunión		
	Modalidad:	Presencial ()	Virtual (x)	Mixta ()
	Lugar: Teams			
	Hora Inicio: _____ 09:00 pm _____ Hora Fin: _____ 11: 30 am _____			
	Notas por: Sonia Gigliola, Corchuelo Parra			
Próxima Reunión: No aplica				
Quien cita: No aplica				

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

ORDEN DEL DIA.
- Saludo y presentación funcionarios SDIS y SDS
- Socialización del Objetivo de la reunión
- Socialización detallada del acta IVC SB_08
Desarrollo
<p>Bienvenida y confirmación de asistentes</p> <p>Se realizaron los saludos iniciales y se verificó la asistencia, señalando la posible ausencia de la subdirectora Catalina y la necesidad de contactarla. Se acordó iniciar pese a la incertidumbre sobre su conexión.</p> <p>Se presentaron participantes de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Subred Sur Occidente</p> <p>Sonia Gigliola Corchuelo Parra explicó el propósito Se expuso el propósito de la reunión como continuidad y cierre de la mesa técnica previa para presentar la nueva acta de inspección, vigilancia y control para instituciones de larga estancia. Se anunció que la Secretaría de Salud iniciará la implementación del acta SB08 “Acta con enfoque de riesgo para instituciones para la protección integral para las personas mayores larga distancia” que ésta se fundamenta en la Ley 9 y la Ley 1315 de 2009.</p> <p>*La nueva Acta SB08 de Inspección, Vigilancia y Control se implementará a partir de junio</p>

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

Se aclaró que la cédula del establecimiento se mantiene, no presento cambios es la estructura

Se explicó la distinción entre aspectos de verificación y de cumplimiento en la cédula, la manera de registrar visitas anteriores y el listado de motivos de visita aceptables (programación, solicitud del interesado, evento de interés en salud pública y solicitudes para procesos sancionatorios).

Se aclaró que la presencia de personas menores de 60 años se registra, pero no afectará el concepto sanitario automáticamente.

Continuando se detalló el contenido y la aplicación del acta SB08: campos de verificación y de cumplimiento (sí/no) que no alteran el concepto sanitario salvo indicaciones; aplicabilidad a comunidades de cuidado, centros de cuidado

Se informó que la autorización de funcionamiento está en desarrollo y que se espera un aplicativo para solicitarla en la Secretaría Distrital de Salud en 2027.

Documentación requerida y requisitos técnicos

Se detallaron los requisitos documentales para la autorización: título de dominio o contratos que garanticen derechos de uso, plan de evacuación y planos a escala, concepto técnico de bomberos, certificaciones eléctricas y de gas (RETIE) diferenciadas por antigüedad de la construcción, director técnico con copia de título y carta de aceptación, planta de personal con turnos y reglamento interno. La sección finalizó con una pregunta sobre el ítem 3.7.

Por partes de SDIS, se discutieron las dificultades prácticas para exigir documentos de tenencia en inmuebles tercerizados y de operación directa; se acordó explorar soportes alternativos, consultar la plataforma Sinupod, y remitir evaluaciones jurídicas y consultas a Plantas Físicas y Corporativa.



Oscar recomendó mantener múltiples canales de verificación para contemplar particularidades.

(SDIS) Oscar advirtió no depender de un único canal de verificación y destacó las particularidades de documentos de infraestructura de entidades públicas versus terceros. Se recomendó escalar consultas a la Subdirección de Plantas Físicas o Corporativa y someter la documentación a evaluación jurídica.

Lina propuso que Integración Social consulte a Plantas Físicas sobre la documentación disponible y que Jurídica evalúe si esos documentos suplen el requerimiento, planteando un compromiso de revisión para salir del "desconocimiento". Se reiteró la necesidad de identificar qué soportes prácticos pueden presentarse.

Requisitos eléctricos y de gas para autorización.

Se explicó que se requieren soportes de revisiones de gas y condiciones eléctricas, que normalmente se certifican por terceros y que la exigencia depende de la antigüedad de la construcción con base en la norma exigible para el RETIE.

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

Inicio del bloque higiénico-sanitario y criterios de verificación

Se inició la revisión del bloque 4 sobre condiciones locativas y de áreas, detallando el criterio de calificación (1 a 4) y recalcando la necesidad de acceso total a las áreas durante la visita para verificar drenaje, ubicación y ausencia de focos de insalubridad.

* Los criterios de verificación locativa establecen acceso a todas las áreas durante la visita y usan una calificación del 1 al 4 según cumplimiento y observabilidad.

Acabados, paredes y riesgo según uso del espacio

Se discutió la exigencia de paredes y superficies de fácil limpieza según el riesgo del área; se aclaró que en zonas de alto riesgo como comedores y áreas de preparación de alimentos sí se requieren acabados lisos y sanitarios, y que para otras zonas de tránsito podrían admitirse revestimientos o lacados según evaluación técnica

* Se propuso realizar visitas técnicas a Bello Horizonte para evaluar in situ y definir ajustes como lacados o revestimientos en paredes.

* Las áreas de preparación y consumo de alimentos deben tener acabados sanitarios lisos y de fácil limpieza, conforme a la resolución 2674 de 2013.

(SDIS) Se reconoció que algunas observaciones en actas son subjetivas y dependen de la valoración presencial del inspector; se propuso visitar establecimientos concretos como Bello Horizonte con profesionales para evaluar in situ y determinar ajustes necesarios en paredes y otros acabados. Además, se solicitó acompañamiento profesional previo para los servicios que se aplicarán.



* Las observaciones sobre acabados (paredes lisas o expuestas) pueden ser subjetivas y quedan sujetas a la valoración final de los inspectores en la visita presencial.

Lina Peña: Está de acuerdo con la posición de la ingeniera Sonia y explica que el acabado de las paredes depende directamente de la actividad que se va a desarrollar en el área. Señala que, cuando se trata de paredes lisas, de fácil limpieza y desinfección —como en áreas de preparación o almacenamiento de alimentos—, este requisito resulta necesario y debe especificarse claramente. En ese sentido, es evidente que las paredes de cocinas, alacenas e incluso comedores deben contar con acabados sanitarios, lisos y que faciliten su limpieza y desinfección.

Melani expresa una observación respecto a un espacio destinado al almacenamiento de menaje en Bello Horizonte, donde el equipo de vigilancia formuló una exigencia debido a que el área no contaba con bordes redondeados en las uniones entre piso y pared, ni con paredes completamente lisas. En este sentido, queda la inquietud sobre la pertinencia de dichas exigencias, considerando que no se trata de un área de preparación de alimentos ni se almacenan alimentos en ese lugar.

Lina Peña explica que, si se trata de un área en la que se manipulan elementos que estarán directamente involucrados en la preparación de alimentos, estos espacios deben cumplir con lo establecido en la Resolución 2674 de 2013. No obstante, señala que los requerimientos consignados en las actas quedan a discreción de los inspectores que realizan la visita, ya que son ellos quienes, de manera presencial, verifican las condiciones del lugar. En ese sentido, tienen la última palabra respecto a los hallazgos registrados, aspecto sobre el cual es importante que exista plena claridad.

Melani expresa que es muy subjetivo, porque en la norma no dice que incluídas las áreas donde se amanece menaje.

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

Lina Peña: Todo lo que tenga que ver directamente y que pueda en algún momento involucrarse en la contaminación de alimentos. Si se está trabajando en un área o tiene menaje almacenado, por ejemplo, en un área donde las paredes no son completamente lisas y tenemos oportunidad, por ejemplo, de que en esas paredes haya en algún momento guaridas, por ejemplo, para algún tipo de insecto, indirectamente, esto puede llegar a causar una contaminación de los alimentos y es un área que también está involucrada porque ahí estamos guardando elementos que van a entrar en contacto directo con los alimentos. Entonces, sí es importante tener en cuenta que, si bien no se manejan alimentos, si es un área que está directamente involucrada que podría incluso tener alguna injerencia con el tema de la contaminación de alimentos. Entonces, si Estaría cubierta por lo que está descrito en la resolución 2674.

(SDIS) Propuesta de acompañamiento y visitas piloto

Yeison sugirió que el equipo técnico, incluyendo a la ingeniera Sonia, acompañe las visitas piloto para aplicar la nueva acta y atender casos particulares en infraestructura. Sonia mostró disposición a participar en el acompañamiento y coordinar asistencia en terreno.

Sonia expresa disposición a participar en el acompañamiento y coordinar asistencia en terreno, Confirmó que acompañará a cada equipo y que ya hay visitas programadas a centros transitorios

Sonia detalló las fechas previstas y las posibles modificaciones en la programación: una visita inicialmente programada para el día 13, sujeta a cambios; una visita confirmada para el día 18 en Quiroga; y otra en el Centro Transitorio Antonia Santos.

Yeison informa que ANTONIA Santos dejara de funcionar el día 27/05/2026

Requisitos de infraestructura y seguridad

Se revisaron requisitos de comedor, escaleras, rampas, circulación, señalización y medidas para prevenir accidentes, incluyendo pasamanos y materiales antideslizantes; se reiteró la continuidad de estas exigencias.

* El acta incorpora referencias a nuevas leyes, pero mantiene los requisitos técnicos de seguridad y señalización existentes.



Condiciones sanitarias y normativas aplicables

Se abordaron condiciones de baños y dormitorios: servicios sanitarios adecuados y separados por sexo, elementos de higiene, pisos antideslizantes y timbres; se discutió la aplicación de la resolución 14865 de 1981 y la relación con la Ley 1315 y las normas de centros día en derivación.

Teniendo en cuenta que el aspecto no indica cuantas unidades sanitarias, SDIS, se encuentra en desacuerdo por no definir en el acta la cantidad de baños a solicitar.

Sonia aclara que la exigencia se está formulando con base en lo dispuesto en la Ley 9 de 1979 y la Ley 1315 de 2009. No obstante, informa que también se cuenta con la Resolución 1481 de 1985, la cual, en su artículo 50, establece la cantidad de aparatos sanitarios requerida de acuerdo con la población. Se debe garantizar la separación por sexo y se debe garantizar la cantidad de aparatos sanitarios acorde a la población atendida.

* La relación de baños a usuarios se rige por la resolución 14865 de 1985, que establece un baño por cada 15 usuarios.

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

Liliana Catalina Pulido Garzón expresa que, según su entendimiento, el formulario señalado será aplicado a tres tipos de servicios del SDIS: servicios sociosanitarios, cuidado transitorio y comunidades de cuidado. No obstante, manifiesta su inconformidad, teniendo en cuenta el trabajo previo que se había adelantado, ya que considera que no es lo mismo evaluar comunidades de cuidado que, por ejemplo, el servicio de cuidado transitorio. Indica que anteriormente se había planteado la elaboración de un instrumento diferente, el cual fue trabajado y acordado como una combinación entre el instrumento utilizado para servicios nocturnos y el correspondiente a servicios diurnos.

Sonia Gigliola Corchuelo Parra responde que tiene conocimiento de los documentos que se trabajaron previamente; sin embargo, precisa que dichos documentos no son oficiales. En ese sentido, indica que adoptar instrumentos diferentes implicaría diseñar formatos adicionales únicamente para la evaluación de estos servicios, cuando la entidad ya cuenta con instrumentos establecidos.

Asimismo, señala que, desde el inicio de las reuniones, se tenía previsto trabajar con el acta vigente, razón por la cual no se avanzó en la validación de formatos adicionales. Añade que, en su momento, se contempló la posibilidad de desarrollar un instrumento específico, pero, considerando la necesidad de dar aplicación a la Ley 1315, se determinó ajustar el acta existente y utilizarla para la evaluación de todos los establecimientos.



En este contexto, considera que el acta actual contiene los aspectos necesarios para verificar el cumplimiento, independientemente de si se trata de servicios de larga estancia o no. Explica que, de acuerdo con lo evidenciado en las visitas, los servicios presentan dinámicas operativas similares, con intervalos cortos entre turnos —aproximadamente de una hora—, lo que no configura diferencias sustanciales en la prestación del servicio.

Aclara que la evaluación se realiza sobre el servicio y no sobre los usuarios, y que el instrumento está diseñado para abarcar estas condiciones. Finalmente, destaca que el uso de un único formato evita la dispersión de instrumentos, optimiza los procesos de registro y digitación, y facilita la labor de los profesionales de las subredes. Por ello, concluye que el acta actual será utilizada y ajustada, en caso de ser necesario, para garantizar su adecuada aplicación a los servicios que se están prestando.

Lina Peña complementa lo expuesto por la ingeniera Sonia, señalando que, en todo caso, el acta se encuentra estrictamente ajustada a la normativa legal vigente. En particular, indica que está alineada con lo establecido en la Ley 1315, la cual, como es sabido, tiene un carácter general. En ese sentido, considera que el instrumento logra adaptarse adecuadamente a las diferentes modalidades de servicio.

Por lo anterior, propone —en concordancia con lo indicado previamente— que se realice una revisión completa del acta tal como está estructurada actualmente, con el fin de validar su aplicabilidad. Una vez finalizada dicha revisión, sugiere que se tomen las decisiones correspondientes frente a posibles ajustes, si a ello hubiere lugar.

Óscar Fernando Ríos Parra interviene para sumarse a lo expuesto por Catalina y señala que su percepción es que, en el fondo, las discusiones y el trabajo adelantado en las diferentes mesas no han tenido el impacto esperado. Manifiesta su inquietud, ya que observa que, en gran medida, se pretende aplicar la misma acta a servicios que son sustancialmente diferentes.

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

Recuerda que en espacios previos se socializaron dichas diferencias y se precisaron aspectos relevantes —como que la presencia de una cama no determina, por sí sola, la condición de larga estancia—, entre otros elementos que buscaban diferenciar los servicios. Sin embargo, expresa un “sin sabor” frente al hecho de que el ejercicio desarrollado con antelación no se vea reflejado en las decisiones actuales.

En ese sentido, considera que la reunión podría no generar resultados distintos a la aplicación generalizada del mismo instrumento, como ha venido ocurriendo. Adicionalmente, reitera su preocupación frente a la posible incidencia del criterio subjetivo de los evaluadores en los procesos de verificación, aspecto que precisamente dio origen a estas discusiones.

Señala que, si bien es claro que como entidad se debe garantizar el cumplimiento de las condiciones normativas, persiste la inquietud sobre la falta de incorporación de los aportes construidos previamente. Finalmente, indica que, desde su perspectiva, la reunión pierde sentido si el punto de partida es mantener las mismas condiciones sin considerar los análisis y discusiones desarrollados en los distintos espacios.

Se continua con

Dotación, mobiliario y desinfección

Se revisaron los requisitos para servicios del talento humano, la dotación de higiene (jabón, toallas, papel), mobiliario individual en habitaciones, disponibilidad de camillas y el uso de protectores para colchones; se insistió en la existencia de espacios y pocetas para desinfección y la señalización de materiales de limpieza.



* Los servicios sanitarios del talento humano deben contar con dotación de higiene funcional y en buen estado

* Las habitaciones deben disponer de mobiliario individual, camillas para quienes lo necesiten y colchones en condiciones higiénicas; se documentarán hallazgos si no se cumplen

Melany Andrea Fandiño Martínez señala que había entendido que la evaluación se realizaría por numerales. Asimismo, plantea una inquietud puntual frente al término “camilla clínica”, preguntando si este hace referencia a una cama hospitalaria.

Melany Andrea Fandiño Martínez plantea una inquietud frente al criterio que indica que el 100% de los adultos mayores y/o personas con discapacidad que requieran protección física o clínica deben contar con este tipo de apoyo. En ese sentido, pregunta cómo se evalúa esta condición durante la visita y quién es el responsable de determinar si una persona necesita o no una cama hospitalaria, considerando que en el servicio se atienden múltiples usuarios con discapacidad física.

Sonia Gigliola Corchuelo Parra aclara que la determinación sobre quién requiere este tipo de apoyo debe ser realizada por un profesional médico. En ese sentido, es el médico tratante quien define si el usuario necesita o no una camilla clínica.

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

Otra de las inquietudes surgió con el número de auxiliares de servicios generales donde Sonia explica que actualmente el Ministerio se encuentra trabajando en estos lineamientos; sin embargo, precisa que no es posible establecer un número exacto de personal para labores de limpieza y desinfección, ya que la Ley 1315 no lo estandariza.

En ese sentido, indica que la evaluación no se basa en una cifra específica de auxiliares, sino en el cumplimiento efectivo de las condiciones de limpieza y desinfección del establecimiento. Por ejemplo, señala que, si durante una visita se evidencia que un establecimiento de gran tamaño no garantiza dichas condiciones y cuenta con una sola persona para estas labores, se identifican falencias. Por el contrario, si con el personal disponible se logra asegurar adecuadamente estas condiciones, se considera que el servicio está cumpliendo.

Asimismo, menciona que, en la práctica, se han encontrado establecimientos con diferentes niveles de dotación, algunos con hasta cinco personas en servicios generales y otros con dos o tres personas en lavandería. Por lo tanto, enfatiza que la responsabilidad de garantizar un servicio adecuado recae en el centro de cuidado transitorio, el cual debe definir la cantidad de personal necesaria.

Finalmente, aclara que, mientras la norma no establezca parámetros específicos, la evaluación se fundamenta en la verificación de las condiciones reales del establecimiento; de evidenciarse deficiencias en la limpieza, desinfección o presentación general, se procederá a dejar los hallazgos correspondientes por no garantizar condiciones adecuadas para la atención de los residentes.



Óscar Fernando Ríos Parra complementa su intervención anterior señalando que, en la práctica, existen realidades muy distintas entre los servicios, especialmente cuando se atienden poblaciones con diferentes niveles de dependencia. Explica que, por ejemplo, hay usuarios que pueden realizar actividades básicas de manera autónoma, como organizar su espacio o sus pertenencias; sin embargo, también existen casos de personas mayores con dependencia severa que requieren acompañamiento permanente para todas sus actividades.

En ese contexto, indica que, en un mismo horario —por ejemplo, en horas de la mañana—, pueden evidenciarse escenarios completamente diferentes según el tipo de población atendida. Por ello, considera complejo aplicar una misma lógica de evaluación a realidades tan diversas.

Asimismo, manifiesta su preocupación frente al componente subjetivo en los procesos de evaluación, ya que, dependiendo del momento de la visita y de la interpretación del evaluador, pueden generarse conclusiones distintas. Señala que un evaluador podría encontrar un servicio en condiciones óptimas y, al comparar con otro, emitir juicios sin considerar las particularidades de la población atendida.

En ese sentido, reitera que, aunque comprenden la necesidad de cumplir con la normativa y reconocen su responsabilidad en garantizar condiciones adecuadas de atención, persiste la inquietud frente a que la evaluación dependa en gran medida de la percepción del evaluador. Destaca que dicha percepción está mediada por la comprensión que se tenga del servicio y de sus dinámicas, lo que hace aún más complejo el proceso cuando se pretende evaluar de manera homogénea servicios que, en esencia, son diferentes.



Finalmente, insiste en que esta situación refuerza la necesidad de diferenciar claramente la lógica de cada servicio dentro del proceso de evaluación, ya que, bajo las condiciones actuales, este puede resultar complejo y susceptible a interpretaciones subjetivas.

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

Sonia Gigliola Corchuelo Parra señala que es importante tener en cuenta que las situaciones descritas no son exclusivas de estos centros, sino que pueden presentarse en cualquier establecimiento. Explica que, al realizar visitas en horas de la mañana, es normal encontrar condiciones propias de la rutina diaria, como personas mayores levantándose o en proceso de aseo, lo cual puede generar, por ejemplo, encharcamientos en los baños. De igual forma, menciona que, en otros momentos del día, como la hora del almuerzo, también se presentan condiciones transitorias que afectan el orden, tal como ocurre en otros servicios como jardines infantiles. No obstante, aclara que durante la evaluación se diferencian estas situaciones momentáneas de aquellas condiciones que evidencian deficiencias sostenidas en el tiempo, como acumulación de suciedad, presencia de telarañas u otros indicios de falta de limpieza y desinfección continua. En ese sentido, indica que estos hallazgos permiten analizar si el personal encargado de las labores de aseo es suficiente para cubrir adecuadamente todas las áreas del establecimiento. Así, en el marco del ítem 5.8 —que establece que el establecimiento debe contar con auxiliares de servicios generales en número adecuado, de acuerdo con la cantidad y condiciones de los residentes—, la evaluación se centra en determinar si el personal disponible es proporcional y suficiente para garantizar las condiciones requeridas. Finalmente, menciona que, hasta donde tiene conocimiento, este aspecto no ha representado una problemática recurrente en los procesos de vigilancia, aunque deja abierta la posibilidad de revisar si en los últimos años se han presentado situaciones asociadas a esta condición

Sonia Gigliola Corchuelo Parra señala que las problemáticas más recurrentes han estado asociadas principalmente a aspectos estructurales, como el mantenimiento de paredes y techos. Explica que estas situaciones dependen, en muchos casos, de la contratación de terceros y de la disponibilidad presupuestal, lo que puede dificultar su solución inmediata. Asimismo, indica que no se debe asumir una postura defensiva frente a cada uno de los ítems evaluados, ya que ello implicaría generar un acta diferente para cada tipo de servicio, lo cual resultaría desgastante e ineficiente. Precisa que no corresponde elaborar actas separadas para centros transitorios, comunidades de cuidado, centros día o hogares gerontológicos privados, dado que las actas están diseñadas conforme a la normatividad vigente, la cual es única y aplicable a todos estos servicios. En este sentido, menciona que la normatividad, como la Ley 9ª y las disposiciones complementarias, establece criterios generales que cobijan a todos los establecimientos. Añade que conoce el ejercicio realizado el año anterior, incluyendo las mesas de trabajo lideradas por el ingeniero y los análisis efectuados, los cuales llevaron a concluir que no es necesario elaborar múltiples actas, especialmente considerando que se implementará una nueva que permitirá dar cumplimiento a los requerimientos. Finalmente, expresa que, con base en su conocimiento de varios de los centros, es posible evidenciar que muchos ya cumplen con varios de los aspectos evaluados. Por ello, considera que no hay impedimento para analizar el acta en conjunto y aplicar sus criterios, proponiendo realizar el ejercicio de revisión con el equipo correspondiente para verificar que esta es plenamente aplicable.

Condiciones de saneamiento, específicamente en lo referente al abastecimiento de agua.

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

En relación con el ítem 6.11, se verifica que el establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto o, en su defecto, a un sistema alternativo que garantice el suministro de agua potable. Este requisito se cumple, toda vez que los establecimientos cuentan con conexión a la red de acueducto y alcantarillado, asegurando el acceso a agua potable.

Asimismo, el establecimiento dispone de un tanque de almacenamiento de agua con capacidad suficiente para garantizar el desarrollo normal de las actividades durante un periodo mínimo de racionamiento de 24 horas, conforme a lo establecido en el Decreto 1575 de 2007, artículo 10.

Todos los establecimientos cuentan con tanque de almacenamiento y presentan los respectivos soportes de limpieza, desinfección y mantenimiento periódico. Es importante recordar que, según la normatividad vigente, el lavado de los tanques debe realizarse como mínimo cada seis meses.



Los tanques destinados al almacenamiento de agua potable deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Estar debidamente protegidos contra contaminantes externos.
- Ser impermeables.
- No presentar infiltraciones.
- Contar con accesos que faciliten su mantenimiento.
- Estar ubicados en áreas que permitan su adecuada limpieza y desinfección.
- Su funcionamiento no debe generar ruido.

Aunque se evidencia cumplimiento en el lavado de los tanques, es fundamental revisar detalladamente las observaciones consignadas en los soportes emitidos por las empresas encargadas del mantenimiento. En algunos casos, se han identificado situaciones como la ausencia de tapas en los tanques o la necesidad de realizar controles adicionales por presencia de plagas (por ejemplo, evidencia de excremento de roedores). Por ello, se recomienda prestar especial atención a dichas observaciones y gestionar oportunamente las acciones correctivas.

En cuanto a las instalaciones internas de suministro de agua, estas deben estar diseñadas y construidas para garantizar un funcionamiento adecuado, con disponibilidad continua del servicio y presión suficiente en todos los puntos de uso. Se debe asegurar que todos los puntos hidráulicos funcionen correctamente.

Seguidamente, se aborda el componente de manejo de residuos sólidos. Se verifica que el establecimiento cuenta con recipientes suficientes, ubicados estratégicamente, para la separación de residuos. Estos recipientes deben ser de material rígido, facilitar su limpieza y desinfección, y contar con bolsas no retornables para el acopio inicial de los residuos.

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

Adicionalmente, los recipientes deben estar debidamente rotulados conforme al código de colores vigente y tener capacidad suficiente. En este aspecto, se evidencia que los establecimientos cuentan con puntos ecológicos, por lo que no se presentan inconvenientes.

Los residuos son almacenados, separados y presentados adecuadamente, conforme al programa de manejo de residuos, respetando los horarios y sitios establecidos, y garantizando condiciones que faciliten su recolección.

Finalmente, se verifica que los establecimientos cumplen con los requisitos de dotación e infraestructura para el traslado, almacenamiento, aprovechamiento y/o tratamiento de los residuos generados en su interior. En su mayoría, cuentan con cuartos de almacenamiento que cumplen con las condiciones exigidas.



En cuanto al **control de plagas**, el establecimiento cuenta con un programa de manejo de plagas, el cual debe contemplar como mínimo medidas de prevención y control debidamente documentadas. Dicho programa hace parte del Plan de Saneamiento implementado por cada establecimiento. Durante el recorrido de verificación, no se evidencian signos de presencia de vectores o roedores en las áreas interiores ni en las inmediaciones del establecimiento. No obstante, es fundamental inspeccionar detalladamente para identificar posibles indicios, como excremento de roedores u otras señales de infestación.

El establecimiento dispone de soportes que evidencian la implementación de controles físicos, químicos y/o biológicos. Es importante señalar que el **control químico es opcional** y se aplica únicamente en caso de contingencia, dejando registro de las condiciones en las cuales se realiza la intervención.

Los formatos de control de plagas utilizados por los establecimientos se encuentran estandarizados. La decisión de implementar control químico adicional depende del establecimiento, como una medida complementaria para reforzar la ausencia de plagas. Sin embargo, si mediante las acciones preventivas se garantiza que no existe presencia de plagas, no es obligatorio presentar soportes de control químico.

En caso de evidenciarse la presencia de plagas durante la visita, corresponde al establecimiento definir las acciones a seguir. Si mediante medidas como la limpieza y desinfección se logra controlar la situación, no será necesario recurrir a control químico. No obstante, si se determina su necesidad, deberá presentarse el respectivo soporte de la intervención realizada. En todo caso, su implementación no es obligatoria, sino condicionada a la situación identificada.

En relación con la **gestión del riesgo, emergencias y desastres**, su cumplimiento se verifica, pero no afecta el concepto sanitario. En caso de hallazgos, se formulan únicamente recomendaciones. El establecimiento cuenta con protocolos escritos e implementados para garantizar la apertura de puertas en caso de emergencia, los cuales hacen parte del plan de emergencias. Asimismo, las alarmas y señales de emergencia deben ser visibles, audibles y comprensibles. Se evidencia que las instituciones disponen de extintores o gabinetes contra incendios, los cuales se encuentran cargados, señalizados y en adecuado estado de funcionamiento.

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

Adicionalmente, el establecimiento cuenta con la dotación, disponibilidad y accesibilidad de desfibriladores externos automáticos (DEA), conforme a lo establecido en la Resolución 668 de 2022, artículo 5, numeral 14. Esta exigencia aplica para establecimientos de cuidado y protección al adulto mayor. No obstante, actualmente su verificación no incide en el concepto sanitario dentro de las visitas realizadas, dado que su control corresponde a otra dependencia.

Atención básica en salud y talento humano, se debe contar con el listado del personal, incluyendo director técnico, nutricionista, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional o profesional en educación física, según aplique. Se verificará su inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y la habilitación correspondiente cuando se presten servicios individuales.

Los profesionales que brinden atención individual, como nutricionistas, terapeutas ocupacionales o psicólogos, deben estar habilitados como prestadores independientes, en cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019. En caso de no estar habilitados, se realizará la respectiva remisión a la Subdirección de Servicios de Salud, sin que esto afecte el concepto sanitario.

La dirección técnica del establecimiento debe estar a cargo de personal del área de la salud o de las ciencias sociales, con nivel tecnológico o profesional.

El establecimiento debe contar con auxiliares de enfermería disponibles las 24 horas, en número suficiente para garantizar la atención integral de los residentes, de acuerdo con su cantidad y nivel de dependencia, debidamente registrados en ReTHUS.



El personal deberá incrementarse proporcionalmente al número de residentes y su grado de dependencia. En ningún caso, durante el horario nocturno, el establecimiento podrá quedar bajo la responsabilidad de una sola persona, dada la necesidad de respuesta ante posibles emergencias. Asimismo, el establecimiento debe contar con personal en el área de nutrición, avalado por ReTHUS, conforme a lo dispuesto en la Ley 1315 de 2009 y la Ley 1164 de 2007.

También se debe contar con un terapeuta ocupacional o un profesional en educación física, con el fin de promover el mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes. De igual forma, se debe disponer de personal que desarrolle talleres artísticos, manuales e intelectuales que fomenten la actividad física y mental.

Finalmente, en el componente de **documentación**, se debe garantizar que los residentes cuenten con acceso al control periódico de su salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es fundamental que asistan a sus citas médicas y que el establecimiento disponga de los soportes correspondientes de dicha atención.

Paula Vélez Torres pregunta en relación con la habilitación de los profesionales, en la comunidad de cuidado contamos con el personal requerido. No obstante, es importante precisar que estos realizan principalmente seguimiento individual a los usuarios, mas no ejecutan tratamientos terapéuticos ni intervenciones clínicas especializadas.

En este sentido, surge la inquietud de si, aun cuando no se desarrollan este tipo de tratamientos, se mantiene la exigencia de la habilitación de dichos profesionales.

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

Sonia Gigliola Corchuelo Parra responde “Sí, señora. Cuando el profesional realiza atención individual, esta se clasifica como prestación de servicios de salud. En consecuencia, se requiere la habilitación correspondiente. En caso de que el profesional no esté vinculado directamente al establecimiento, deberá habilitarse como prestador independiente para la prestación de servicios extramurales.

Por lo anterior, es importante realizar la respectiva canalización o acudir a la Subdirección de Servicios de Salud, donde se brindará la orientación sobre la necesidad o no de la habilitación, según el tipo de actividad desarrollada.

Por ejemplo, cuando un profesional, como un nutricionista, realiza únicamente actividades grupales o educativas (charlas), no se requiere habilitación. Sin embargo, si presta atención individual, sí deberá contar con la habilitación correspondiente.”

En este caso, se reitera que, para la prestación de servicios individuales por parte de profesionales de la salud, se requiere la correspondiente habilitación. Este lineamiento no es nuevo, y corresponde al establecimiento verificar y garantizar que el personal contratado cumpla con los requisitos exigidos para la prestación del servicio.

Cuando se trate de profesionales independientes, la habilitación deberá realizarse bajo la modalidad extramural. No obstante, para mayor claridad sobre el procedimiento específico, se recomienda acudir a la Subdirección de Servicios de Salud, donde se brindará la orientación correspondiente. Durante la visita, la verificación se limita a constatar si el profesional se encuentra habilitado o no; sin embargo, este aspecto no incide en el concepto sanitario del establecimiento.

Por otra parte, en relación con el componente de atención en salud, se debe garantizar que los residentes cuenten con medios para el control periódico de su estado de salud. Esto se evidencia a través de soportes como certificaciones médicas, resúmenes de historia clínica y fórmulas vigentes emitidas por la EPS. Es importante precisar que el establecimiento no está obligado a contar con un médico tratante permanente, siendo responsabilidad del director garantizar la disponibilidad de dichos soportes documentales.

Asimismo, se debe contar con una valoración médica de ingreso, realizada por un profesional médico, en la cual se certifique que el residente no presenta alteraciones agudas ni condiciones que requieran atención médica permanente. Esta valoración puede ser aportada por el usuario previo a su ingreso.

De igual manera, se debe disponer de una valoración nutricional de ingreso y su respectivo seguimiento, de acuerdo con el criterio profesional, en la cual se establezca el diagnóstico nutricional de cada residente. Este proceso debe ser realizado por un profesional debidamente inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). La asignación de dietas debe corresponder a las condiciones individuales de cada usuario, conforme a dicha valoración.

En cuanto a los registros de enfermería, se recomienda contar con soportes como notas de enfermería, registros de signos vitales y administración de medicamentos. No obstante, su ausencia no afecta el concepto sanitario, especialmente en aquellos casos en los que los residentes son autónomos y administran sus propios medicamentos.



ACTA DE REUNIÓN

1



Respecto a la valoración nutricional, su periodicidad no es obligatoriamente trimestral, sino que debe realizarse conforme al criterio profesional. Finalmente, en cuanto a la valoración de ingreso, aunque la norma no establece un plazo específico, se debe garantizar que esta se realice en un tiempo oportuno. En situaciones excepcionales, como el ingreso masivo de usuarios, el establecimiento deberá implementar estrategias que permitan realizar dichas valoraciones en el menor tiempo posible, evitando demoras prolongadas que puedan afectar la atención de los residentes.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Se anexa lista de asistencia	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
2	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX

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

Evaluación y cierre de la reunión

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

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