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

Tema: ASISTENCIA TÉCNICA VISITA PREVIA IPS CENTRO COMUNITARIO REDSOMOS IPS SAS AK 19 · 37-36 P 1 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL NIT 902032322

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

Objetivo:	Fecha: 12/05/2026
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: IPS CENTRO COMUNITARIO REDSOMOS AK 19 · 37-36
	Hora Inicio: 8: 30 a.m. Hora Fin: 16:00 p.m.
	Notas por: Martha Stella Sandoval, Andrea Isabel Forero, Clara Liliana Martínez, María Fernanda Saavedra. Paola Andrea Cruz.
	Próxima Reunión: No Aplica
	Quien cita: No Aplica

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

En atención al agendamiento de asistencia técnica en campo, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través del equipo de asistencia técnica de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud se hace presente en la

Para la asistencia técnica se concertó con el prestador de forma previa el siguiente cronograma de trabajo:

Actividad	Día 1
Reunión de apertura	12 DE MAYO 2026
Presentación del equipo de trabajo - Mesa técnica para resolución de preguntas	
Recorrido y entrevista con el personal del servicio	

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



 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					





Imagen Reunión de apertura

El grupo de asistencia técnica informa que se revisarán algunos de los criterios de los estándares de habilitación, en especial aquellos que, en caso de incumplimiento, pueden representar una circunstancia que ocasione la aplicación de medidas sanitarias de seguridad.

La revisión documental se llevará a cabo con base en la planeación institucional establecida para la visita previa, considerando que la documentación debe encontrarse organizada, actualizada y proyectada para la futura visita de habilitación.

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

- La institución debe realizar la autoevaluación de todas las condiciones de habilitación, estándares y criterios, revisión y seguimiento de los informes emitidos.
- Se debe contar con la información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en cada servicio de acuerdo con su objeto, alcance y enfoque diferencial mediante guías de práctica clínica, procedimientos de atención, protocolos y otros documentos que el prestador determina; esta información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos.
- Las hojas de vida de los colaboradores relacionados en el listado de personal aportado por el prestador deben estar disponibles en la sede de manera física o magnética.
- Todos los dispositivos médicos y equipos biomédicos, especialmente los clasificados en riesgo IIB, deben contar con los documentos de adquisición (por ejemplo, facturas), permiso sanitario (registro sanitario o permiso de comercialización), hoja de vida con registros de mantenimiento acorde a la frecuencia establecida en el manual de usuario, manual de usuario y cuando se requiera (para equipos generadores de radiaciones ionizantes) manual de instalación.

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

- Todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte cuentan con la siguiente información documentada: Principio activo, Forma farmacéutica, Concentración, Lote, Fecha de vencimiento, Presentación comercial, Unidad de medida, Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el INVIMA.
- Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud deben contar con información documentada que dé cuenta de la siguiente información: Descripción, marca del dispositivo, Serie (cuando aplique), Presentación comercial, Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima, clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización), vida útil, cuando aplique, lote, fecha de vencimiento.
- Se recomienda revisar las guías de práctica clínica GPC basadas en la evidencia de acuerdo con el perfil epidemiológico de la institución. Si las guías adoptadas o adaptadas no son nacionales, se debe realizar la evaluación de la calidad de la GPC por medio de la metodología, AGREE II o AGREE REX, Revisión sistemática de literatura (AMSTRA).
- Igualmente, se requiere la actualización y revisión de protocolos guías de manejo, manual de bioseguridad, proceso de esterilización, protocolo de derrames, referencia y contra referencia, protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, protocolo de manejo de derrames de fluidos corporales y derrame de medicamentos.

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

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

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

INSCRIPCIÓN



9.3.4.1. Visita previa

En toda visita previa realizada a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se verificará que cuente con los soportes con que realizaron la inscripción.

Formulación de indicaciones técnicas:

Se realiza la revisión del formulario de inscripción del prestador, evidenciando que únicamente se encuentra registrado el servicio de 328- CONSULTA EXTERNA.

Estándar de Talento Humano

 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					



OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
La IPS presenta la hoja de vida del Dr. Daniel Ricardo Hernández, médico cirujano egresado de la Universidad El Bosque, con inscripción vigente en RETHUS en Medicina y Medicina Familiar. Cuenta con formación académica y curso de víctimas de violencia sexual. Se adjuntan los soportes y documentos correspondientes para su revisión y proceso de vinculación con acta de intención falta especificar los horarios de vinculación registrados en el reps.	SIN OBSERVACIONES

Estándar de Infraestructura

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
Se observa durante el recorrido, que la institución no cuenta con ventilación en el consultorio.	Se sugiere que la institución implemente ventilación natural o artificial en el consultorio para dar cumplimiento al criterio: 18. Las áreas y ambientes de todos los servicios de salud cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.

Estándar de Dotación:

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
La IPS cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos; sin embargo, hace falta incluir el tallímetro dentro del inventario. Asimismo, se dispone de las fichas técnicas de los equipos, pero las evidencias presentadas se encuentran borrosas, lo que impide visualizar correctamente la información. En cuanto al cronograma de mantenimiento, se evidencia que fue proyectado para el mes de marzo; no obstante, debido a que aún no se ha iniciado la atención, este	Se sugiere completar, actualizar y organizar la documentación correspondiente, con el fin de dar cumplimiento al 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

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



<p>mantenimiento no se ha ejecutado por lo tanto debe ser retirado del cronograma .</p> <p>Adicionalmente, hace falta proyectar e implementar el programa de capacitación relacionado con el manejo y uso de los dispositivos biomédicos.</p>	<p>biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.</p> <p>1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	---

Estándar de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
El prestador cuenta con insumos para la limpieza y desinfección de áreas y superficies; sin embargo, estos corresponden a productos de uso doméstico y, adicionalmente, se evidencia que están siendo reenvasados.	Se sugiere implementar el uso de insumos de limpieza y desinfección de uso hospitalario o en salud, debidamente rotulados y almacenados, con el fin de garantizar la seguridad en los procesos y dar cumplimiento al estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, en concordancia con el estándar de procesos prioritarios, específicamente en los numerales 12, 12.2.(ver procesos prioritarios)



Estándar de Procesos Prioritarios

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
El prestador cuenta con generalidades documentales de la política de seguridad del paciente; sin embargo, estas deben ser ajustadas y enfocadas al servicio de MEDICINA GENERAL, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, evidenciando su aplicabilidad específica al servicio.	Se indica al equipo asesor revisar y ajustar los documentos, lo anterior dando cumplimiento a los criterios: <i>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</i>

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



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

	<i>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.</i>
4. El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:	
Prestador dispone de protocolo de identificación del paciente, sin embargo, se evidencia contenido que no corresponde a barreras de seguridad del servicio ofertado, Asi mismo enfoque diferencial.	Se indica ajustar documento de acuerdo con oferta del servicio, enfoque diferencial y atención proyectada, lo anterior dando cumplimiento al criterio: <i>4.1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación)</i>
El documento presentado expone generalidades en terminología asociada a la práctica segura guía de paquete instruccional, el enfoque diferencial, no especifica atención a población objeto de atención. LGBTIQ+	Se indica ajustar documento a población objeto de atención, lo anterior cumpliendo el criterio: <i>4.2. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.</i>
Durante el recorrido de verificación al servicio de medicina general en modalidad consulta externa, se evidenció en la unidad sanitaria ausencia de habladores o piezas informativas relacionadas con la técnica y momentos para la higiene de manos; así mismo, no se cuenta con puntos para higienización de manos con soluciones a base de alcohol, limitando la implementación de estrategias para la prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Adicionalmente, la gestión documental presentada no se encuentra enfocada específicamente al servicio de medicina general consulta externa, ni evidencia lineamientos técnicos y estrategias orientadas a la prevención y reducción de IAAS, incluyendo protocolo de higiene de manos e higienización con soluciones alcohólicas	Se indica Fortalecer las estrategias de prevención y reducción de IAAS mediante la instalación de habladores informativos sobre higiene de manos en la unidad sanitaria, disponibilidad de soluciones a base de alcohol en los puntos de atención y ajuste de la gestión documental acorde al servicio de medicina general consulta externa y lineamientos de seguridad del paciente., lo anterior dando cumplimiento al criterio: <i>4.3. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).</i>
La Institución cuenta con documento proyectado donde especifica metodologías para el análisis de sucesos de seguridad. Refieren enfocar los análisis bajo la metodología protocolo de Londres, en el momento no se cuenta con información y	Se indica definir metodología de análisis y describir en el documento asociado, se entrega infografía de (ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024) actualización lo anterior dando cumplimiento al criterio: <i>4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.</i>

 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

planificación de mismo. (vías de reporte, instrumento de reporte, periodicidad de análisis, equipo de reacción inmediata frente a un suceso,)	
Durante el recorrido de verificación al servicio de consulta externa, al indagar con el personal administrativo encargado del ingreso de pacientes, se evidenció que dicho personal realizaría la entrega y gestión del consentimiento informado para firma previa a la atención, sin ser el profesional responsable de ejecutar la consulta y los procedimientos derivados de la misma. Lo anterior no garantiza la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado, teniendo en cuenta que este debe ser brindado y explicado por el profesional tratante, asegurando información clara, suficiente y oportuna al paciente	Se sugiere fortalecer el procedimiento de consentimiento informado mediante apoyo administrativo orientado exclusivamente a la verificación de datos de identificación del paciente y entrega inicial del documento en el área de recepción y/o ingreso a la institución. Así mismo, garantizar que la explicación del consentimiento informado, aclaración de dudas y posterior firma del documento se realice una vez el profesional tratante haya efectuado la explicación correspondiente sobre la atención y procedimientos derivados de la misma, asegurando información clara, suficiente y oportuna al paciente, lo anterior debe quedar documentado, dando cumplimiento al criterio 4.5. <i>Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.</i>
Prestador cuenta con documento de prevención de caídas, se evidencia ausencia de registro de enfoque diferencial en la población objeto de atención, así mismo las barreras de seguridad aplicadas a la infraestructura.	Se indica al prestador ajustar documento, tener en cuenta enfoque diferencial y barreras de seguridad. Lo anterior dando cumplimiento al criterio: <i>4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique.</i>
El prestador manifiesta que, aunque su población objeto no corresponde habitualmente a menores de edad, existe la posibilidad de brindar atención a pacientes menores de 14 años; así mismo, refiere posibles atenciones a mujeres gestantes y población con enfoque diferencial, personas pertenecientes a la población LGBTQ+. Sin embargo, no se evidencia documentación, lineamientos, rutas, protocolos o procesos definidos que soporten la atención integral, segura y diferencial para estas poblaciones, acorde con los enfoques de atención, humanización y seguridad del paciente	Se recomienda documentar e implementar lineamientos y estrategias para la atención segura de poblaciones priorizadas, fortaleciendo el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante, así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en la atención del servicio medicina general con el fin de prevenir la ocurrencia de errores y disminuir los riesgos asociados a la atención. Lo anterior, teniendo en cuenta que, aunque la práctica segura se enfoca principalmente desde los ambientes de promoción y prevención y hospitalario, esta contempla acciones de asistencia técnica para el seguimiento de gestantes con diagnóstico (B24X Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana – Sífilis), y otras condiciones de interés en salud pública, fortalecimiento de la adherencia a controles desde un enfoque preventivo y direccionamiento oportuno a servicios hospitalarios mediante la generación de alertas y rutas de atención definidas. lo anterior dando



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

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

	<p>cumplimiento al criterio: <i>4.8. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique</i></p>
<p>El documento que presenta la institución contiene proyección de estrategias educativas para colaboradores y pacientes, sin embargo debe contener lo establecido dentro del alcance institucional.</p>	<p><i>5. El prestador de servicios de salud promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante:</i> 5.1. <i>Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención.</i> 5.2. <i>Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.</i></p>
<p>Los documentos revisados (guías, protocolos y procedimientos) no evidencian la inclusión del enfoque diferencial acorde al servicio ofertado. Aunque la institución cuenta con un documento general de enfoque diferencial, este no se encuentra articulado ni aplicado de manera específica en los documentos asistenciales del servicio medicina general personas de la comunidad LGBTIQ+</p>	<p><i>Se indica al equipo asesor ajustar las guías, protocolos y procedimientos del servicio para que incorporen de manera explícita el enfoque diferencial acorde al servicio ofertado, dado que actualmente solo se cuenta con un documento general. Se requiere su articulación y aplicación específica en cada documento asistencial, según las características de la población atendida. Lo anterior dando cumplimiento a los criterios: 6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica-GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.</i></p>
<p>Presenta documentos en los cuales documenta las guías adoptadas, pero no las patologías más frecuentes, las guías aportadas deben ajustarse a la población objeto</p>	<p>Se indica Documentar las patologías más frecuentes del servicio y elaborar un soporte técnico que justifique la selección de las Guías de Práctica Clínica adoptadas, evidenciando su pertinencia frente al perfil del servicio, lo anterior dando cumplimiento a los siguientes criterios:</p> <p><i>8. Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica</i></p>

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

	<p><i>clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
El prestador cuenta con insumos para la limpieza y desinfección de áreas y superficies; sin embargo, estos corresponden a productos de uso doméstico y, adicionalmente, se evidencia que están siendo reenvasados.	<p>Se sugiere implementar el uso de insumos de limpieza y desinfección de uso hospitalario o en salud, debidamente rotulados y almacenados, con el fin de garantizar la seguridad en los procesos y dar cumplimiento al estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, en concordancia con el estándar de procesos prioritarios, específicamente en los numerales</p> <p>12.El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:</p> <p>12.2. Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.</p>
El documento presentado aporta en el documento de referencia y contrarreferencia más de 5 instituciones a remitir los cuales no están georreferenciadas con la institución , en el documento de atención a víctimas de violencia sexual se documentó como sitio de remisión para pacientes en esta situación , quien atiende la visita informa que estos pacientes será los de la corporación , se le indica que esto revictimiza , por lo tanto deben ajustar el documento y en tal caso activar la ruta desde donde se identifique el paciente	<p><i>Se indica al equipo asesor ajustar el documento de referencia de pacientes, alineándolo con la dotación real del servicio,. Asimismo, definir y documentar la ruta de atención y las instituciones receptoras para víctimas de violencia sexual, dando cumplimiento a los criterios:</i></p> <p><i>17. Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>17.1. Estabilización del paciente antes del traslado.</i></p> <p><i>17.2. Medidas para el traslado.</i></p> <p><i>17.3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:</i></p> <p><i>17.3.1. Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes.</i></p> <p><i>17.3.2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.</i></p> <p><i>17.3.3. Resumen de historia clínica.</i></p> <p><i>17.3.4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros).</i></p> <p><i>17.3.5. Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.</i></p>



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

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

	<i>17.3.6. La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias</i>
La institución cuenta con documento general para la atención de víctimas de violencia sexual conforme a la Resolución 459 de 2012 (15 pasos); sin embargo, no se encuentra definida de manera específica la ruta de activación para el servicio de consulta externa, ni se detallan los puntos aplicables según el servicio y nivel de complejidad ofertado	Se indica Ajustar el documento institucional, definiendo la ruta de activación específica para consulta externa, delimitando los pasos aplicables según el alcance y complejidad del servicio, así como los roles y responsables, lo anterior dando cumplimiento a los criterios: <i>20. La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con:</i> <i>20.1. Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.</i> <i>20.2. Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.</i>
Durante la revisión documental no se evidencia documentación específica sobre los procedimientos de información al paciente.	Se indica al equipo la creación y o ajustes documentales, acorde con el alcance del servicio, garantizando la información al paciente y la gestión del riesgo en la atención. Lo anterior dando cumplimiento de las especificidades de: CONSULTA EXTERNA GENERAL

Estándar de Historia Clínica y Registros

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
El prestador cuenta con historia clínica digital mediante la plataforma Medilink, así como con protocolo para el manejo de la historia clínica y plan de contingencia con su respectivo certificado. No obstante, no se evidencia documentación ni lineamientos relacionados con el manejo de la guarda, custodia y conservación de las historias clínicas y consentimientos informados de acuerdo con lo establecido.	Se sugiere realizar los ajustes correspondientes, fortalecer la documentación y definir los procedimientos relacionados con la custodia y conservación de la información clínica, con el fin de dar cumplimiento 1.1.6. Estándar de Historia Clínica y Registros 8. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva. <i>En el módulo de encuesta de satisfacción, del Software Medilink, se recomienda ajustar las respuestas a como lo indica la Resolución 256 de 2016 en las preguntas de “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud</i>

 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					

	<i>que ha recibido a través de su IPS?" <u>Bueno, muy bueno, regular, malo, muy malo y no responde. Y "¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?" Definitivamente si, Probablemente si, Definitivamente no, Probablemente no y no responde.</u></i>
--	---

Para la auditoría de calidad de normas complementarias:

Se hace orientación técnica a la persona delegada por la institución, de los componentes Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad operativizada por el PAMEC y Sistema de Información de la Calidad – SIC.

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

Se recuerda que el Decreto 780 de 2016 recomienda enfocarse en la mejora continua de la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario.

De acuerdo con la implementación de las recomendaciones entregadas, se recomienda solicitar asistencia técnica, en la ejecución de la ruta crítica y elaboración de documento PAMEC.

2. **Para el componente SIC**, se explica cómo se elabora y valida el archivo plano según anexo técnico 2 de la Resolución 256 de 2016, también se explica la metodología entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social para este componente y se explica y entrega el documento que se encuentra en el siguiente enlace; <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>, se explica la importancia de los reportes de los indicadores de calidad según servicios habilitados y su correspondiente análisis y plan de acción.
En el módulo de encuesta de satisfacción, del Software Medilink, se recomienda ajustar las respuestas a como lo indica la Resolución 256 de 2016 en las preguntas de "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?" Bueno, muy bueno, regular, malo, muy malo y no responde. Y "¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?" Definitivamente si, Probablemente si, Definitivamente no, Probablemente no y no responde.

ANEXO FOTOGRÁFICO





ACTA DE REUNIÓN

1

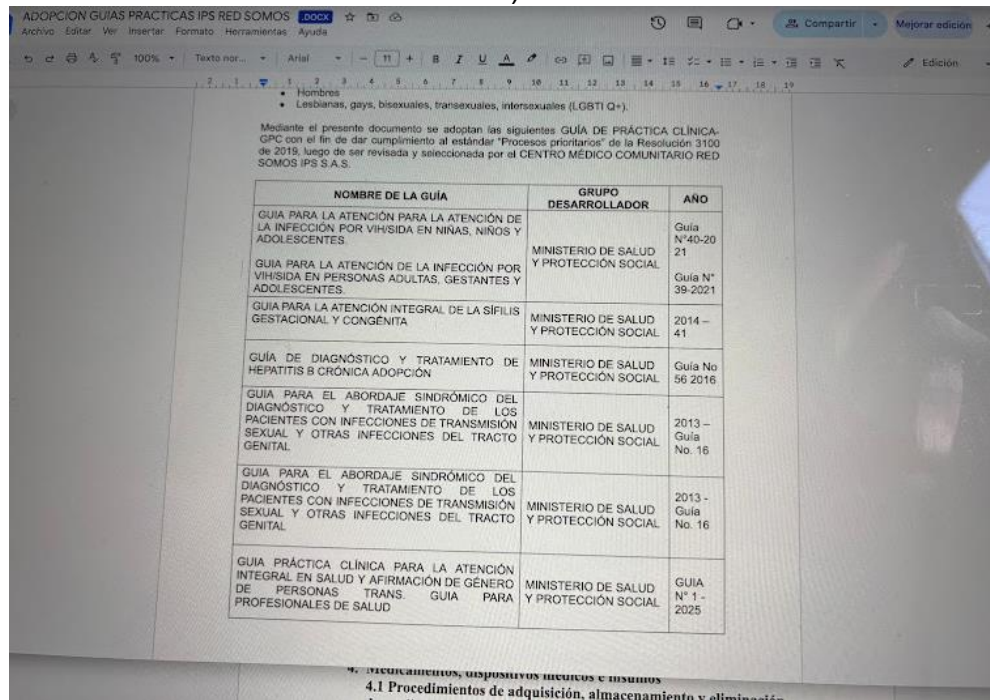


Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



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

D)



- A. Reembase de productos de limpieza
- B. Oxido en base de pasamanos en baño de discapacitados
- C. Listado de instituciones a remitir documentadas por el prestador
- D. Guías adoptadas para niños niñas y adolescentes

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
NA	NA	NA



REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1					
2					
3					

ASISTENTES

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

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



 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

Evaluación y cierre de la reunión

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

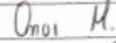
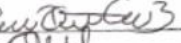
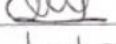

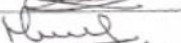
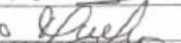
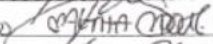
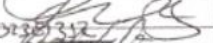

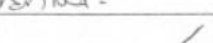
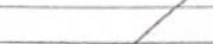
* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES				
	Código:	SDS-DFO-FT-004	Versión:	1	

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

Tema: Asistencia técnica visita Previa IPS Red Somos Fecha: 12-Mayo-2026 NIT: 902 032 3225

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:00 Lugar: Av Carrera 19 #37-36 Piso 1. Red Somos

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Muñillo	Centro de la Salud	Coord. Adm.	3202241000	dmuñillo@hotmail.com	
2	Paola Andrea Cruz	SDS-SCSSS	Ing. ambiental	3649090	pacruz@saludcapital.gov.co	
3	Andrea Isabel Forero D	SDS-SCSSS	Enfermera	3649090	aiforero@saludcapital.gov.co	
4	Claribel Holtrina	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	311554347	claribelholtrina@gmail.com	
5	Christian Beltrán A	Red Somos	ASESOR	3204306347	cristianbeltrane@gmail.com	
6	Yvonne Hernández	Red Somos	ASESOR	311554347	yvonneh@yahoos.com	
7	MATELOANA SAAVEDRA	SDS-SCSSS	Prof. ESPEC.	3649090	msaavedra@saludcapital.gov.co	
8	Martha Stella Sandoval	SDS-SCSSS	Prof. especial	3132118255	msandoval@saludcapital.gov.co	
9	John Fred Ramirez	CMC Red Somos	Prof. especial	322534425	johnramirez@saludcapital.gov.co	
10	José Gregorio Cudelo	Red Somos	Asesor	3124783264	jgrecudelo@gmail.com	
11	Janeth Patricia Toro	Red Somos	Asesor	3107707426	janeth.toro@saludcapital.gov.co	
12						
13						
14						
15						
16						
17						

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

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