
 <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 IPS UNIDAD MÉDICA RAFHA SAS. CRA 110 #70 A 46**  
**NIT: 900167710-3**

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

Objetivo:	Fecha: 27 de Mayo de 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 ( ) Orientación (x) Otro ( )
	Capacitación ( ) Acompañamiento ( )
	Modalidad Presencial (x) Virtual ( ) Mixta ( )
	Lugar: <u>IPS UNIDAD MÉDICA RAFHA SAS. CRA 110 #70 A 46</u> <a href="mailto:rafhamedica@hotmail.com">rafhamedica@hotmail.com</a>
	Hora Inicio: <u>9: 00 a.m.</u> Hora Fin: <u>16:00 p.m.</u>
	Notas por: Andrea Isabel Forero, Clara Liliana Martínez, Gloria Lizethe Villegas, Lizbeth Campos, Martha Stella Sandoval, Rocio Padilla, 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 **IPS UNIDAD MÉDICA RAFHA SAS. CRA 110 #70 A 46**  
**NIT: 900167710-3**

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

Actividad	Dia 1
Reunión de apertura	27 mayo 2026
Presentación del equipo de trabajo - Mesa técnica para resolución de preguntas	
Recorrido y entrevista con el personal de los servicios	

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.

 <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





Foto 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.



 <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					

- 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 y cuando se requiera (para equipos generadores de radiaciones ionizantes) manual de instalación.
- 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 de los servicios 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.

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

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

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES	
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="900167710"/> - <input type="text" value="3"/> Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/>						
<b>DATOS GENERALES DEL PRESTADOR</b>						
Departamento <input type="text" value="Bogotá D.C."/> Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ"/>						
Código de Prestador <input type="text" value="1100117711"/> - <input type="text" value="01"/>						
Nombre del Prestador <input type="text" value="unidad medica rafha sas"/>						
Clase de Prestador <input type="text" value="Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS"/> <input type="text" value="Empresa Social del Estado"/>						
Dirección <input type="text" value="KR 110 # 70 A 46"/>						
Teléfono(s) <input type="text" value="4345234-3124136902"/>						
Fax <input type="text"/>						
Correo Electrónico <input type="text" value="rafhamedica@hotmail.com"/>						
Razón Social <input type="text" value="unidad medica rafha sas"/>						
Representante Legal <input type="text" value="jose uriel niño mendivelso"/>						
Nivel Atención Prestador <input type="text"/> Carácter Territorial <input type="text"/>						
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20130204"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260831"/>						
1						
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100117711	01	unidad medica rafha sas	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0232232
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100117711	01	unidad medica rafha sas	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0232233
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100117711	01	unidad medica rafha sas	338 -ORTODONCIA	DHSS0232234
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100117711	01	unidad medica rafha sas	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0232235
1						



El recorrido se realizó por los ambientes y áreas pertenecientes al servicio, Consulta Externa de Medicina General, Odontología General, Ortodoncia y Toma de Muestras de laboratorio Clínico.

Durante el recorrido por los servicios se evidencia acompañamiento de la líder de calidad y los referentes de cada proceso, los cuales toman atenta nota de las observaciones, evaluaciones, indicaciones e instrucciones. Así mismo, en la inspección visual se realizan entrevistas al personal involucrado en los procesos de los servicios asistenciales y de apoyo (ciclo de atención del paciente adulto, limpieza y desinfección, manejo de residuos, mantenimiento correctivo, identificación y clasificación de riesgos de acuerdo a procedimientos y actividades de cuidado ejecutados por el personal asistencial) y sobre el terreno se hacen las propuestas de modificaciones para mejorar la seguridad de los procesos, en especial con los aspectos relacionados con, administración de medicamentos, consentimiento informado, registros de historia clínica, reporte de evento adverso o incidentes. distribución de ambientes y áreas, procesos de limpieza y desinfección, manejo de equipos biomédicos, entre otros, los cuales corresponden a factores de riesgo que deben ser controlados.

### **FORMULACIÓN DE INDICACIONES TÉCNICAS:**

#### **ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO:**

***Criterio 3.*** El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad

 <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					

*instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud.*

**Observación:** El prestador no soporta capacidad instalada de la institución.

**Indicación:** Se indica que se debe soportar el análisis de la capacidad instalada de acuerdo con la oferta y demanda y oportunidad de la prestación de los servicios, que permita garantizar el talento humano suficiente para cada servicio en la institución.

**Criterio 10.** *El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.*

**Observación:** Se verifica hoja de vida del talento humano que respalda los servicios, como es el Dr. José Uriel Niño, Elizabeth Barrera, Carlos Adolfo Prieto, Angie Carolina Rozo y Carolina Niño Rozo, encontrando que no tienen soporte de capacitación en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual,

**Indicación:** se recomienda ajustar dichos soportes.

### **11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

**Criterio 1.** *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Profesional de bacteriología o auxiliar de laboratorio clínico o auxiliar de enfermería. 2. Disponibilidad de: Profesional de bacteriología quien realiza la supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar.*

**Observación:** El servicio es realizado por auxiliar de enfermería, no presenta soportes de actividades de supervisión y en la carpeta de hoja de vida de la Bacterióloga no se encuentra el Rethus o la tarjeta profesional

**Indicación:** Se indica que deben realizar actividades de supervisión por parte de la Bacterióloga que tienen en convenio.



### **ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA:**

#### **Definiciones:**

*Edificación de uso mixto Edificaciones destinadas para la prestación de servicios de salud, cuya infraestructura es usada para diferentes actividades (comercial, residencial, educación, vivienda, entre otros), acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente.*

*Edificación de uso exclusivo de salud. Edificaciones destinadas para la prestación de servicios de salud cuya infraestructura es usada exclusivamente para la prestación de servicios de salud, acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente.*



 <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					

La institución no aporta licencia de construcción (documento normativo de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente), para poder identificar el tipo de uso de la edificación, se sugiere contar con este documento para el momento de la visita.

#### 9.3.4.2. Visita de certificación

*Para la visita de certificación se verificará que cuente con el certificado de conformidad de instalaciones eléctricas en los siguientes términos:*

- *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.*

La institución presenta una certificación expedida por profesional competente del año 2020; sin embargo, la misma no certifica que las instalaciones eléctricas no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente. Así mismo no se presenta el plan de ajustes de las instalaciones eléctricas. Se sugiere contar con la certificación de las instalaciones eléctricas que certifique que las instalaciones eléctricas no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente, y presentar el plan de ajustes de acuerdo con la fecha de construcción de la edificación.

*En toda visita de certificación realizada a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se verificará que cuente con el plan hospitalario para emergencias y el plan de mantenimiento de la planta física que deberá incluir el equipamiento fijo.*



La institución presenta documento de plan de emergencias, sin embargo, el mismo no se encuentra ajustado a la institución, así mismo presenta documento de mantenimiento de la infraestructura, sin embargo, en el mismo no se plantean actividades específicas de mantenimiento, ni se incluyen actividades de mantenimiento de instalaciones eléctricas ni hidráulicas. Se sugiere ajustar los documentos de acuerdo con las actividades y servicios prestados en la IPS.

*18. Las áreas y ambientes de todos los servicios de salud cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.*

Durante el recorrido no se evidencia ventilación en los consultorios, por tal razón se sugiere implementar ventilación en consultorios y en todas las áreas y ambientes de la institución.

*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.*

Durante el recorrido se observa un plano de emergencias, sin embargo, este no indica las rutas de evacuación y salidas de emergencias de la institución. Se sugiere ajustar los planos con las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro y que se ajusten a la infraestructura de la institución.

 <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					

## **Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud**

*28.1. Consultorio donde se realiza examen físico: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:*

*28.1.4. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija o móvil, con excepción de los consultorios del servicio de urgencias, optometría y oftalmología, donde no se requiere.*

El consultorio señalado como “consultorio N° 1” no cuenta con separación física entre las áreas.

*28.3. Consultorio odontológico con una unidad odontológica: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:*

*28.3.3. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria.*

El consultorio denominado “Consultorio N°2” no cuenta con lavamanos, por tal razón se sugiere implementar lavamanos para dar cumplimiento al criterio en mención.

### **40. Salas de espera**

*40.2. Disponibilidad de unidades sanitarias discriminadas por sexo o baterías sanitarias.*

Durante el recorrido se observa una unidad sanitaria mixta adaptada para personas con movilidad reducida. Se sugiere disponer de unidades sanitarias por sexo, para dar cumplimiento al estándar en mención.

*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.*

Durante el recorrido se observa que en los consultorios donde se presta servicio de odontología se observa que no cuentan con mediacaña en las uniones piso y pared.

### **11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

*Modalidad intramural*

*4. Cuenta con:*



*4.1. Área para recepción de muestras, información y entrega de resultados.*

*4.2. Cubículo para la toma de muestras.*

*4.3. Ambiente para la toma de muestras especiales cuando lo oferte, cuenta con unidad sanitaria y perchero (si el procedimiento lo indica).*

*4.5. Área de preparación, embalaje y remisión de las muestras que cuenta con:*

*4.5.1. Mesón de trabajo, con poceta cuando ésta se 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					

En el servicio de Toma de muestras de laboratorio clínico, durante el recorrido no se evidencian las áreas de recepción de muestras, información, entrega de resultados; no se observa cubículo para toma de muestras, ni el área para preparación, embalaje y remisión de muestras, se observa una mesa con sillas, por tal razón, se sugiere implementar dichas áreas, teniendo en cuenta la infraestructura con la que cuenta la institución, bien sea reorganizando los servicios o implementando nueva infraestructura.

### ESTÁNDAR DE DOTACIÓN:

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

- 1.1. Nombre del equipo biomédicos.
- 1.2. Marca.
- 1.3. Modelo.
- 1.4. Serie.
- 1.5. Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.
- 1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.

**Indicación:** El prestador cuenta con un listado de equipos identificado para el año 2026, que carece de la clasificación por riesgo de los equipos, por lo cual debe incluir esta información.

*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.

**Observación:** No se observa un programa de mantenimiento ni preventivo ni correctivo de los equipos biomédicos, el prestador tiene un cronograma en el cual señaló el mes de abril en el que todos los equipos están sujetos a mantenimiento preventivo; se observa en las hojas de vida el 24 de abril 2026 fecha de reporte de mantenimiento, en algunos equipos no se encuentra evolución de lo realizado. Se encuentra hoja de vida de autoclave con una fecha de calibración diferente a la fecha aportada por la empresa que entrega el reporte de calibración y fecha diferente a la programada, es decir, la autoclave presenta tres (3) fechas diferentes para el mismo mantenimiento.

Se observa que la lampara cuello de cisne tiene cinta adhesiva blanca alrededor de la unión del cuello con el brazo flexible; de igual manera se observa el tensiómetro digital cuya manguera se encuentra reparada con cinta adhesiva blanca.

**Indicación:** verificación de la evolución con las fechas coherentes de los mantenimientos realizados a los equipos.



 <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					

*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.*

**Observación.** Se observa una certificación firmada por el Ingeniero biomédico en la cual indica que ha impartido capacitación en temas de bioseguridad y otros temas en el año 2026, se indaga a quien fue dirigida dado que no hay más información y las menores de edad, familiares del representante legal que atienden la visita, informan que fue al Dr. Niño, medico general.

**Indicación:** Se indica al prestador el valor del programa de capacitaciones, las capacitaciones y la importancia que asistan los colaboradores responsables de los servicios que tiene habilitados, así como también definir documentos que den cuenta de la asistencia a estas jornadas, identificando fechas, temas, asistencias, y más datos que defina

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

**Observación:** Se observa camilla ginecológica y lampara cuello de cisne en el consultorio de medicina; el Dr informa que solo hace consulta de medicina general.

**Indicación:** Por lo anterior se le indica al prestador que la dotación está definida acuerdo con lo descrito en el estándar de procesos prioritarios en el cual se describen las guías de práctica clínica de acuerdo con las patologías más frecuentes.

*5. La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.*



**Observación:** Se observan en bolsas de esterilización los siguientes equipos:  
Tres (3) piezas de mano, una de ellas conserva una piedra blanca para pulir  
dos (2) contra ángulos y dos (2) scaler,

Al solicitar los controles de químicos de esterilización, se observa planillas que no tienen coherencia con lo encontrado en los paquetes esterilizados; por lo anterior no hay una trazabilidad en los procesos de esterilización

**Indicación:** Se indica al prestador que el proceso de esterilización debe guardar una trazabilidad con la atención de los pacientes y se refleje no solo en la historia clínica, sino que incluya los mismos registros de esterilización en las planillas que debe tener y conservar en su documentación.

*6. El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero.*

**Observación:** Se observa la hoja de vida de ingeniero biomédico, con el título y el acto administrativo de Inscripción de Recurso Humano que lo faculta para realizar el mantenimiento y la calibración de equipos biomédicos, no se observa la tarjeta del Consejo Nacional de Ingeniería - COPNIA no se evidencia convenio o contrato con persona natural o jurídica para realizar los mantenimientos.

 <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					

**Indicación.** Se indica al prestador la importancia de aportar la tarjeta profesional del Ingeniero que expide el Consejo Nacional de Ingeniería, así como también aportar el contrato o convenio que tenga con persona natural o jurídica para realizar los mantenimientos preventivos, correctivos y en general las actividades del estándar de dotación en las cuales requiera la activa participación y apoyo técnico

*12.El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en un área o ambiente dentro o fuera del servicio de salud cuenta con los equipos biomédicos y la dotación de acuerdo con el método utilizado.*

**Indicación:** El prestador realiza el proceso de esterilización y cuenta con el equipo, se le indica que los mantenimientos deben ser realizados de acuerdo con las indicaciones del fabricante o el ingeniero biomédico en concordancia con los cronogramas propuestos. Además, se deberá realizar la recalificación del equipo, para garantizar las condiciones de funcionamiento.

#### **11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL**

*Estándar de dotación  
Complejidad baja  
Modalidad intramural*

*19. El consultorio donde se realice examen físico cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:*



*19.1. Camilla fija. 19.2. Escalerilla. 19.3. Tensiómetro para adulto o pediátrico según la oferta del servicio. 19.4. Fonendoscopio para adulto o pediátrico según la oferta del servicio. 19.5. Equipo de órganos de los sentidos. 19.6. Martillo de reflejos. 19.7. Tallímetro o infantómetro según la oferta del servicio. 19.8. Cinta métrica. 19.9. Báscula grado médico o pesa bebé, según la oferta del servicio. 19.10. Termómetro, cuando lo requiera. 19.11. Negatoscopio cuando se requiera o sistema de visualización según la tecnología utilizada por el prestador.*

**Observación:** En el consultorio médico se observa camilla ginecológica con estribos.

**Indicación.** Se indica al prestador que la dotación de los servicios de salud debe estar correlacionado con las guías de práctica clínica que adopto de acuerdo con las patologías más frecuentes.

*23. El consultorio odontológico cuenta con:*

*23.1 Unidad odontológica fija. 23.2. Lámpara de fotocurado o amalgamador según la oferta del servicio. 23.3. Negatoscopio cuando se requiera o sistema de visualización según la tecnología utilizada por el prestador. 23.4. Sistema de succión que podrá estar incorporado a la unidad odontológica. 23.5. Compresor de aire para uso odontológico. 23.6. Instrumental básico definido por el prestador de acuerdo con la oferta del servicio (adultos o pediatría), la capacidad instalada, los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios y la técnica de esterilización y número de ciclos de esterilización al día. 23.7. Cuando se realice el proceso de esterilización dentro del servicio, cuenta con equipos para esterilización según los procedimientos realizados y documentados en el estándar de procesos prioritarios.*

 <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					

**Observación:** Se observa lampara de fotocurado inalámbrica con el filtro contaminado con material residual del servicio odontológico; el cuerpo de la lampara inalámbrica se encuentra que no está debidamente ajustado, observándose fisura en la parte media.

No hay trazabilidad en los documentos aportados del proceso de esterilización, se observan planillas del año 2021 y una planilla del día 27 de mayo de 2026, pero no hay identificación de los paquetes y algunos de ellos se observa que introducen varios instrumentos de la misma clase por lo cual se le indica a la profesional del servicio que al empacar en una sola bolsa varios instrumentos de la misma clase o varios equipos del mismo tipo, por ejemplo: dos piezas de mano en un solo empaque, se pierde el proceso de esterilización para uno de ellas teniendo en cuenta que se contamina el instrumental de no va a usar, adicionalmente se informa al prestador la importancia de la trazabilidad en el proceso de esterilización para que lo tenga completamente implementado en los servicios que lo requiera de manera clara, completa y verificable.

#### 11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

*Estándar de dotación*

*Complejidad mediana*

*Modalidades intramurales, extramural: unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*

*13. Cumple con los criterios definidos para el servicio de consulta externa general y adicionalmente: Los consultorios de los especialistas cuentan con la dotación necesaria para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.*

**Observación.** El especialista es quien aporta la dotación de instrumental, para prestar el servicio de ortodoncia, no se evidencia el responsable del proceso de esterilización de sus dispositivos y/o equipos.

**Indicación.** Se indica al prestador que es la IPS que oferta el servicio, debe dar cumplimiento a todos y cada uno de los requerimientos de los estándares; no es el profesional contratado para prestar el servicio, quien responda por el cumplimiento de las condiciones del sistema Único de Habilitación.

#### 11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO



*Modalidades intramurales, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*

*7. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con Equipos biomédicos necesarios, según las muestras que se tomen, de acuerdo con lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.*

**Observación:** en el servicio se encuentra centrifuga y nevera para el almacenamiento, no se encuentra documentado en el estándar de procesos prioritarios.

**Indicación:** Se recomienda incluir la nevera como un equipo que dé cumplimiento a los requerimientos del estándar de dotación aplicable a todos los servicios y dejar documentado en las actividades del servicio el uso tanto de la centrifuga como de la nevera

#### ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS:

 <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. El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información:*

- 1.1. Principio activo.
- 1.2. Forma farmacéutica.
- 1.3. Concentración.
- 1.4. Lote.
- 1.5. Fecha de vencimiento.
- 1.6. Presentación comercial.
- 1.7. Unidad de medida.
- 1.8. Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.

**Observación:** Presentan formatos en medio magnético con los registros de los medicamentos, sin embargo, se observan espacios sin diligenciar o con información errónea.

**Indicación:** Se indica que se deberá registrar los medicamentos de la institución de manera completa tal como lo describe el criterio previamente mencionado.



*2. Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: 2.1. Descripción. 2.2. Marca del dispositivo. 2.3. Serie (cuando aplique). 2.4. Presentación comercial. 2.5. Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima. 2.6. Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización). 2.7. Vida útil, cuando aplique. 2.8. Lote 2.9. Fecha de vencimiento*

**Observación:** Presentan los registros de los dispositivos médicos en medio magnético, sin embargo, no hay registro de la marca, serie si le aplica y de la vida útil. No se evidencia el registro de las fresas para operatoria del servicio de Odontología general.

**Indicación:** Se indica que se debe completar los registros con los datos que faltan, descritos previamente. Las fresas para operatoria dental se deberán registrar, dado que son dispositivos médicos.

*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, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, 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 y en la modalidad extramural.*

**Observación:** Presentan documento de los procesos general, el cual describe el proceso que lleva a cabo la institución, sin embargo, los registros no se llevan a cabo dentro de la recepción con los datos completos y según se solicita en los criterio 1 y 2 del estándar; tampoco se evidencia el control de la temperatura y humedad de los medicamentos y dispositivos médicos, acorde al

 <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					

almacenamiento y conservación; en el seguimiento al uso, se describe, entre otras actividades, el seguimiento a través del programa de farmacovigilancia, pero no establece el seguimiento a los dispositivos médicos, lo cual también se incluye dentro del programa de tecnovigilancia; el control de fechas de vencimiento, está definido a través de la semaforización, sin embargo, no se evidencian semaforizados la totalidad de los dispositivos médicos de la institución.

**Indicación:** Se indica que la descripción documental deberá ser coherente con la implementación de dicha descripción, en el presente estándar.

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

**Observación:** No se evidencia la información documentada de los programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia, además, realizan el reúso de dispositivos médicos como las fresas de operatoria dental, sin tener el soporte o ficha técnica del fabricante que autoriza el reúso, por tanto, el seguimiento a través del programa de tecnovigilancia no se está garantizando, para estos dispositivos medios.

**Indicación:** Se indica, que la información documentada, deberá dar coherencia con lo implementado por la institución, garantizando un adecuado reúso de dispositivos médicos.

*9. La suficiencia de dispositivos médicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.*

**Observación:** La institución no cuenta con instrumental para el servicio de Ortodoncia.

**Indicación:** Se indica que los dispositivos médicos como el instrumental para el servicio de Ortodoncia, se deberá garantizar, dado que la institución es la responsable de soportar lo requerido para la prestación del servicio habilitado, lo cual incluye garantizar la suficiencia de estos dispositivos médicos.

### **11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**



*Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*

*8. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos para la toma de las muestras, de acuerdo con lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.*

**Observación:** Se observa reserva de productos en servicio, gradillas en icopor, alcohol reenvasado, mueble de almacenamiento sin señalizar, no se presentan listados de dispositivos médicos, insumos, medicamentos, no se realiza recepción técnica ni implementación o desarrollo de los programas de vigilancia

**Indicación:** organizar el cubículo y el mueble de almacenamiento, sacar todos los elementos de icopor del servicio (gradillas, neveras), realizar los registros actualizados con los productos que están en el servicio como se indica en la pág. 71 de la resolución 3100



 <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					

## ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS

**Criterio: 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*

**Observación:** Se evidenció que el prestador cuenta con una política de seguridad del paciente documentada y transversal a los servicios ofertados, acorde con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, se identifica en la definición y especificidad de los objetivos de la política, deben ajustarse y alinearse de manera precisa las características, riesgos y procesos propios de cada uno de los servicios habilitados por la institución.

**Indicación:** Ajustar la política de seguridad del paciente incluyendo objetivos claros y específicos para cada uno de los servicios habilitados, de acuerdo con los procesos y riesgos propios de la atención, de manera que facilite su implementación, seguimiento y cumplimiento por parte del personal asistencial y administrativo.

**Criterio: 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.*

**Observación:** Se evidenció soporte físico de las actas del comité de seguridad del paciente; sin embargo, el contenido presentado es básico frente a la operación y gestión de los cuatro servicios habilitados por la institución. No se evidencia en las actas análisis de riesgos asociados a la atención, seguimiento a incidentes o eventos adversos, ni desarrollo de acciones orientadas al fortalecimiento de la política de seguridad del paciente.



Así mismo, no se evidencian soportes de socialización de rondas de seguridad, implementación de acciones de mejora identificadas, seguimiento a compromisos ni estrategias institucionales que permitan orientar y fortalecer la cultura de seguridad del paciente en los servicios evaluados.

**Indicación:** Se recomienda fortalecer la operatividad y alcance del comité de seguridad del paciente, de manera que las actas evidencien análisis periódicos de riesgos asistenciales, revisión de incidentes y eventos adversos, seguimiento a indicadores y definición de acciones de mejora acordes con la complejidad y los servicios habilitados por la institución.

Igualmente, es necesario implementar rondas de seguridad del paciente con trazabilidad de los hallazgos identificados, planes de acción, responsables y seguimiento al cierre, así como garantizar procesos permanentes de socialización y apropiación de la política de seguridad del paciente por parte del talento humano, favoreciendo el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional y el reporte efectivo de riesgos asociados a la atención.

**Criterio 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:*

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

 <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					

**Observación:** Se evidenció en los registros clínicos información incompleta en los datos de identificación del paciente, Así mismo, durante la visita no se evidenció claridad ni estandarización en el área de recepción frente a la barrera de seguridad aplicada para la identificación segura del paciente al ingreso, toda vez que el personal no define de manera precisa cuáles son los datos obligatorios que deben ser verificados previo al proceso de atención.

**Indicación:** Fortalecer la barrera institucional de identificación segura del paciente, garantizando el registro completo y verificable de mínimo dos identificadores en todos los documentos clínicos y administrativos. Así mismo, estandarizar y socializar con el personal de recepción y asistencial el procedimiento de verificación de identidad al ingreso y durante la atención, definiendo claramente los datos obligatorios a validar

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

**Observación:** La institución no cuenta con documento estandarizado que defina lineamientos para la comunicación segura entre el personal que atiende y cuida a los pacientes, incluyendo enfoques diferenciales acorde con las características y necesidades de la población atendida. Así mismo, durante la visita se identificó desconocimiento por parte de los colaboradores frente a las estrategias institucionales orientadas a garantizar una comunicación efectiva y segura en el proceso de atención.

**Indicación:** Se recomienda documentar, implementar y socializar lineamientos institucionales para la comunicación segura entre el personal asistencial y los pacientes, incorporando enfoques diferenciales de acuerdo con la población atendida. Así mismo, fortalecer los procesos de capacitación y apropiación por parte de los colaboradores, garantizando prácticas de comunicación clara, oportuna y efectiva durante todas las etapas de la atención.



***Criterio 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).***

**Observación:** La institución cuenta con documento general relacionado con la prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud; sin embargo, este no se encuentra enfocado ni ajustado a los riesgos y actividades propias de los servicios habilitados. Así mismo, durante el recorrido no se evidenciaron puntos de higienización de manos en áreas como sala de espera, limitando la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos dirigida a usuarios, acompañantes y personal de salud.

**Indicación:** Se recomienda ajustar los lineamientos y protocolos a las características y riesgos propios de los servicios habilitados. Así mismo, garantizar la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos mediante la instalación y disponibilidad de puntos de higienización en áreas asistenciales y de tránsito de usuarios, incluyendo salas de espera, acompañado de procesos de capacitación, seguimiento y adherencia por parte del personal, pacientes y acompañantes.

***Criterio 4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.***

**Observación:** aunque la institución reporta no presentar eventos adversos, no se evidencian datos, registros o soportes de reporte de incidentes y eventos relacionados con la seguridad del paciente.

 <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 el recorrido y la entrevista al personal asistencial, se identificó desconocimiento de conceptos básicos de seguridad del paciente, incluyendo la taxonomía para el reporte y clasificación de incidentes y eventos adversos, lo que limita la identificación de riesgos, la cultura de reporte y la implementación de acciones de mejora. Se puede estar generando subregistro de eventos adversos y manteniendo indicadores en cero por ausencia de reconocimiento y notificación de los riesgos asociados a la atención.

**Indicación:** Se recomienda fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante capacitación al personal en taxonomía, identificación y reporte de incidentes y eventos adversos, así como implementar mecanismos de notificación, análisis y seguimiento.

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

**Observación:** Durante la revisión documental no se evidencia documento asociado a la práctica, así mismo no se cuenta con consentimiento informado para pacientes menores de edad.

**Indicación:** Se recomienda documentar e implementar el procedimiento institucional de consentimiento informado acorde a Resolución 1995-1999, Resolución 309 de 2025 “Por la cual se imparten lineamientos para garantizar el derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños, niñas y adolescentes, a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado”

***Criterio 4.6. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique.***

**Observación:** La institución no cuenta con documento definido para la gestión de la seguridad en el uso y prescripción de medicamentos en los servicios de odontología, ortodoncia, medicina general, no se evidencia correctos en la administración de medicamentos.



**Indicación:** Se recomienda documentar e implementar lineamientos para la gestión segura del uso y prescripción de medicamentos en los servicios de odontología, ortodoncia y medicina general, incluyendo barreras de seguridad para la prescripción, almacenamiento, administración y seguimiento farmacológico. Así mismo, fortalecer la adherencia a los correctos de administración de medicamentos y su socialización con la personal asistencial.

***Criterio 4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique***

**Observación:** El documento institucional para la prevención y reducción de caídas no define las barreras de seguridad implementadas por la institución, ni contempla enfoque diferencial de acuerdo con las condiciones, riesgos y características de la población atendida

**Indicación:** Se recomienda ajustar el documento de prevención de caídas, definiendo barreras de seguridad y estrategias con enfoque diferencial acordes con la población y los servicios habilitados, garantizando su implementación por el personal asistencial.

**Criterio 5.** El prestador de servicios de salud promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante: **5.1.** Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención. **5.2.** Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.

 <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					

**Observación:** Se evidenció que el prestador, dentro de la documentación institucional, refiere contar con folletos y estrategias de comunicación orientadas a la educación del paciente en temas de seguridad del paciente. Sin embargo, durante la visita no se observó evidencia física de dicho material y, al indagar con el personal, no se evidenció claridad ni apropiación sobre la ejecución de estas actividades educativas en la atención a los usuarios.

**Indicación:** Se recomienda fortalecer la implementación de las estrategias de educación al paciente en seguridad del paciente, garantizando la disponibilidad y uso del material educativo en los servicios, así como la socialización y apropiación por parte del personal, dejando evidencia de las actividades realizadas con los usuarios y sus familias.

**Criterio 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.*

**Observación:** Para el servicio de Odontología General y Ortodoncia, presentan protocolo de atención, pero no se describen los procedimientos acordes a lo realizado o definido por la institución según a las GPC seleccionadas.

**Indicación:** Se indica que se deberá documentar procedimientos o protocolos de atención según lo realizado por la institución, lo cual deberá incluir su objeto, alcance y enfoque diferencial, talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos, para cada procedimiento o protocolo de atención, que soporte lo realizado en cada servicio habilitado.



**Criterio 7.** *La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización.*

**Observación:** Dado que no presenta información de los procedimientos o protocolos de atención, para los servicios, no se evidencia la socialización correspondiente de dicha información al personal de la institución.

**Indicación:** Se indica que se deberá presentar el soporte correspondiente de la socialización, una vez se cuente con la información documentada de los servicios, como indica el criterio previamente mencionado.

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

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

 <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					

*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.*

**Observación:** Para los tres criterios previamente mencionados, presenta documento de adopción de GPC, aplicable para todos los servicios habilitados de manera general, sin embargo, no se describe, de acuerdo con las patologías frecuentes en cada servicio, la búsqueda de literatura y finalmente la adopción de GPC o información que se determine; solo se hace énfasis en GPC nacionales para el servicio de medicina general, pero no se aporta adopción formal institucional. No se observa adopción de Guías o información para el servicio de Odontología y Ortodoncia.

**Indicación:** Se indica que se deberá documentar el procedimiento de adopción, definido para cada servicio, en caso de seleccionar GPC internacionales, se deberá aplicar metodología de adopción, soportando su aplicación, y resultado.

**Criterio 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*

**Observación:** Para la limpieza y desinfección, manifiestan que lo realizan con Hipoclorito de sodio, y no se realiza la limpieza previa con detergente. Se observa en ambiente señalizado como “Consultorio No 2”, un área para esterilización, donde el mueble donde se ubica la poceta y el mesón de trabajo presenta desgastes en el puertas y cajones, lo cual no garantiza adecuados procesos de limpieza y desinfección; también se observa deficiencias en el proceso de esterilización, el cual inicia con el lavado de manos y no hay lavamanos para realizar este proceso, lo cual no garantiza la bioseguridad en la atención en odontología general y Ortodoncia. Se observa jabón para lavado de manos en poceta para lavado de instrumental, reenvasado; todos los envases y el jabón para lavado de manos se reenvasan con jabón que no tiene indicaciones por ficha técnica para uso en salud.

**Indicación:** Se indica que se deberá ajustar el proceso de limpieza y desinfección en la institución, realizando la limpieza con detergente, y la posterior desinfección con el producto elegido por la institución; también se sugiere el uso de productos que no sean corrosivos con los mobiliarios, y unidades odontológicas, para garantizar las condiciones de limpieza y desinfección de éstos. El proceso de esterilización deberá ajustarse, al igual que las condiciones de infraestructura (mobiliario, y lavamanos), para permitir adecuados procesos de limpieza y desinfección, y garantizar la atención en adecuadas condiciones de bioseguridad. El reenvase del jabón no se deberá realizar, y se deberá contar con la ficha técnica del producto para el lavado de manos que sustente el uso en salud.

**Criterio 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.*



	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					

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.*

**Observación:** La institución cuenta con un área dentro del ambiente denominado “Consultorio No 2”, para realizar el proceso de esterilización, sin embargo, no hay lavamanos para poder iniciar el proceso con el lavado de manos y el jabón se reenvasa y no cuenta con ficha técnica que indique su uso en salud. Los registros del proceso de esterilización no especifican el contenido de cada paquete, y las fechas registradas no coinciden y no es posible llevar la trazabilidad; no hay etiquetado de los paquetes, solo se evidencia la fecha de esterilización; se observan paquetes sobre sellados con cinta, manchados, desgastados, destapados o abiertos, no evidenciando la integridad del instrumental estéril. Se evidencia el reúso de fresas para operatoria, pero no hay registro de la trazabilidad del número de reúsos, en el registro de esterilización. También manifiestan que, para el servicio de Ortodoncia, el profesional trasporta el instrumental, y solo lleva lo necesario el día que tiene pacientes programados, llevan un registro de esterilización, pero no se observa la trazabilidad correspondiente.

**Indicación:** Se indica, que se deberá implementar el etiquetado completo en cada paquete, que incluya la fecha de esterilización, la fecha de vencimiento, la carga o lote, el contenido del paquete y el número del paquete, para poder llevar la trazabilidad del proceso. También se indica que el proceso de esterilización inicia con el lavado de manos, por tanto, se deberá garantizar los insumos y medios requeridos de acuerdo con el riesgo en la atención (jabón de manos y lavamanos), para dar inicio a un adecuado proceso de esterilización. El documento que describe el proceso deberá ser fiel a lo realizado, y el equipo para realizar la esterilización (Autoclave), deberá contar con la recalificación vigente.

**Criterio 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.*



**Observación:** No presentan la política de no reúso de la institución, y se evidencia el reúso de dispositivos médicos.

**Indicación:** Se indica que, si la institución define el no reúso de dispositivos médicos, se deberá aportar documento que garantice el no reúso de dichos dispositivos médicos, de acuerdo con los servicios habilitados.

**Criterio 16.** *Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule la materia, el prestador de servicios de salud podrá reusar dispositivos médicos, siempre y cuando el fabricante de dichos dispositivos autorice su reúso. En tal caso, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada que defina:*

16.1. *Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto.*

16.2. *Acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que garanticen que el dispositivo no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario.*

 <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					

**Observación:** La institución realiza el reúso de fresas para operatoria dental en el servicio de Odontología General, se evidencian paquetes de fresas estériles, sin etiquetado completo, solo se observa el número 1 para fresas nuevas y el número 2 en un paquete de fresas usadas. No hay trazabilidad del número de reusos, no hay soporte por ficha técnica del fabricante que autorice el número de usos permitido para cada una de las fresas.

**Indicación:** Se indica que, para el adecuado reúso de dispositivos médicos, se deberá soportar el número de reusos que autoriza el fabricante a través de la ficha técnica; también se deberá soportar la metodología implementada para garantizar el seguimiento y trazabilidad de cada reúso o reprocesamiento de estos dispositivos médicos. También se deberá soportar a través del seguimiento del comité de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que el dispositivo no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado.

**Criterio 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.

**Observación:**

Durante la asistencia técnica del criterio de referencia de pacientes, se evidenció que la institución cuenta con un documento relacionado con el proceso de remisión y referencia; sin embargo, este no contempla de manera integral los lineamientos requeridos para la referencia de pacientes. El documento no describe el procedimiento para la estabilización del paciente previo al traslado, las medidas de seguridad durante el traslado, ni incorpora una lista de chequeo que garantice la verificación de los documentos necesarios para la referencia, incluyendo el formato de referencia, resultados de apoyos diagnósticos y resumen de historia clínica. De igual forma, no se evidencian los mecanismos tecnológicos disponibles para la gestión del proceso, ni la definición del talento humano responsable de cada una de las etapas. Adicionalmente, aunque se presenta un listado de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no existe claridad sobre la red de referencia definida por el prestador ni sobre las instituciones a las cuales se realizará la remisión de los pacientes según la necesidad de atención. Así mismo, el documento no establece que los pacientes identificados como víctimas de violencia sexual deben ser referidos a un servicio de urgencias, de conformidad con la normatividad vigente.

**Indicación:**

 <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					

Se le indica al prestador que deberá Actualizar, formalizar e implementar el documento institucional para la referencia de pacientes, incorporando como mínimo los procedimientos para la estabilización previa al traslado, las medidas de seguridad durante el transporte, la lista de chequeo de los documentos requeridos para la referencia (formato de referencia, resultados de apoyos diagnósticos y resumen de historia clínica), los mecanismos tecnológicos disponibles para la gestión del proceso y la definición del talento humano responsable de cada etapa. Adicionalmente, establecer y documentar la red de referencia institucional, identificando claramente las instituciones receptoras de acuerdo con la complejidad y necesidades de atención de los pacientes. Incluir dentro del procedimiento la directriz de remitir a un servicio de urgencias a los pacientes identificados como víctimas de violencia sexual, conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.

**Criterio 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:*

*20.1. Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.*

*20.2. Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.*

#### **Observación:**

La institución dispone de un documento general relacionado con la atención de víctimas de violencias sexuales; sin embargo, este no orienta de manera específica el proceso institucional que debe desarrollar el prestador, ya que se limita a describir actividades de identificación, reporte y remisión al servicio de urgencias. El documento no establece las acciones, responsabilidades, flujos de atención, mecanismos de articulación ni procedimientos que permitan garantizar la atención integral de las víctimas de violencias sexuales de acuerdo con la capacidad instalada y los servicios habilitados por la institución

#### **Indicación:**

Se le indica al prestador que deberá actualizar y formalizar el documento institucional para la atención integral en salud de víctimas de violencias sexuales, definiendo de manera clara el alcance del prestador, las actividades a desarrollar, los responsables, rutas internas, mecanismos de articulación, criterios de identificación, atención, remisión y seguimiento, de conformidad con los servicios habilitados y la normatividad vigente. Garantizar su socialización e implementación por parte del talento humano involucrado en la atención.

#### **11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL**

##### Estándar de procesos prioritarios

**Criterio 35.** *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuando se realicen procedimientos, cuenta con la siguiente información documentada:*



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

*35.2. Información al paciente sobre:*

*35.2.1. Preparación.*

*35.2.2. Recomendaciones post procedimiento.*

*35.2.3. Controles.*

 <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					

#### 35.2.4. Posibles complicaciones.

**Observación:** No se presenta la información documentada para los procedimientos bajo anestesia local del servicio de Odontología General.

**Indicación:** Se indica que se deberá presentar documento que describa las condiciones acordes a lo realizado en el servicio, como lo indica el criterio previamente mencionado.

#### 11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

*Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*

9. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:*

9.1. *Toma, recepción, identificación, transporte, conservación, embalaje y remisión de las muestras.*

9.2. *Entrega de resultados.*

9.3. *Supervisión de la toma de muestras cuando sea realizada por los auxiliares.*

9.4. *Procedimiento y condiciones para la toma de muestras en la modalidad extramural cuando se realicen.*

**Observación:** En visita solo se presenta los documentos relacionados a Guía de práctica clínica venopunción RM GPC-01 versión no. 01 mayo 2026, protocolo de atención toma de muestras RM PR-41 versión no. 01 mayo 2026, no se cuenta con la demás documentación que pide el estándar, es decir entrega de resultados, supervisión y en específico para el documento de toma de muestras falta incluir lo referente a recepción, identificación, transporte, conservación, embalaje y remisión de las muestras.



Cabe decir que al indagar con el personal no tenían incluido el paquete de buenas prácticas para la identificación de las muestras.

**Indicación:** Se recomienda la construcción consistente con las muestras que se reciben y se toman en el servicio, para ajustar coherentemente los documentos y construirlos de acuerdo con el deber ser técnico científico y el cómo lo realizan en el servicio, se debe documentar teniendo en cuenta lo establecido en el criterio aplicable a todos los servicios, donde se menciona que en la información documentada se incluya el talento humano, los equipos biomédicos, los dispositivos médicos, los medicamentos, el talento humano, el enfoque diferencial.

Además de articularse con los demás estándares y en especial en los temas transversales para la institución como lo es seguridad del paciente en el caso específico de las buenas prácticas de identificación, comunicación, control de caídas

#### ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

**Criterio 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*

 <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					

*prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.*

**Observación:** No se evidencia información documentada del manejo de la historia clínica, teniendo en cuenta que la institución realiza el diligenciamiento de la histórica clínica para los servicios de Odontología General, Ortodoncia y toma de muestras de manera física y para el servicio de Medicina General a través de medios electrónicos.

**Indicación:** Se indica que la historia clínica institucional deberá ser única, y que la información documentada deberá establecer la realidad actual, de una historia clínica en físico y una con medios electrónicos, dando cumplimiento de la normatividad vigente de estas dos modalidades de registro.

**Criterio 4.** *Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.*

**Observación:** En la historia clínica del servicio de Ortodoncia, diligenciada físicamente, no se evidencian los contenidos mínimos como los datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario (no se diligencia el acompañante ni el responsable de la paciente, según el caso); aseguradora y tipo de vinculación. Se observa radiografías de perfil y panorámica y fotografías intraorales y extraorales sin análisis en la historia clínica por parte del profesional tratante no se encuentra diligenciado el motivo de consulta, no se encuentra diagnóstico que soporte la necesidad del tratamiento de ortodoncia, no se evidencia evaluación por odontología general y al revisar la odontograma, se encuentran caries sin tratar, pero con tratamiento de ortodoncia en curso.

**Indicación:** Se indica que toda historia clínica deberá tener el registro de los contenidos mínimos definidos por la resolución 1995 de 1999 y al tener historia clínica electrónica dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 2015 de 2020, resolución 866 de 2021 y resolución 1888 de 2025.

**Criterio 5.** *La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.*



**Observación:** En las historias clínicas diligenciadas de manera física, se observan espacios en blanco; las historias del servicio de Ortodoncia no son legibles. Los registros en físico del servicio de toma de muestras presentan tachones, enmendaduras no son legibles los nombres del personal.

**Indicación:** Se indica que el diligenciamiento de las historias clínicas y registros deberá ser de manera legible, sin dejar espacios en blanco, como lo indica el criterio previamente descrito.

**Criterio 6.** *Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.*

**Observación:** En las historias clínicas diligenciadas de manera física, en el servicio de Odontología General, no se diligencia la hora de la atención.



 <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					

**Indicación:** Se indica que se deberá registrar la hora de la atención, en las evoluciones registradas, aplicable para todos los servicios habilitados.

**Criterio 9.** *El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.*

**Observación:** Para las historias clínicas diligenciadas en físico, se evidencia que los consentimientos informados no cuentan con los beneficios y alternativas del acto asistencial. Se observan procedimientos con casillas a modo de lista de chequeo, de los riesgos por procedimiento odontológico. Para el caso de los menores de edad en los consentimientos no se contempla el responsable o el asentimiento del menor de 17 a 14 años.



**Indicación:** Se indica que los consentimientos informados de la institución, incluyendo todos los servicios y modalidad de registro, deberán contar con los riesgos, beneficios y alternativas del acto asistencial; también se indica que la consulta de Medicina general deberá contar con un consentimiento informado, dado que la consulta que incluye un examen físico se constituye como un acto asistencial, por tanto, se deberá diligenciar el correspondiente consentimiento informado. Se recomienda la revisión de la Resolución 309 de 2025 en lo pertinente a menores entre los 14 y 17 años para su asentimiento y ajustar el proceso de consentimiento informado.

**Criterio 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.*

**Criterio 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*

**Observación:** Se encuentra historia clínica digital para la consulta de Medicina General en el Software Gmedic, se presentan documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.

**Indicación:** Se recomienda unificar la historia clínica en medio digital y escanear los soportes como odontograma y consentimiento como anexos, contar con documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad vigente asociada, soportando el criterio 3 y 10 del presente estándar, mencionados previamente.

 <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					

**Criterio 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.*

**Observación:** No se evidencia la trazabilidad del proceso de esterilización, dado que no hay etiquetado ni registros completos, no hay registro en la historia clínica del instrumental utilizado para las atenciones de los pacientes, manifiestan tener registro por separado con relación de pacientes atendidos e instrumental utilizado.

**Indicación:** Se indica que la trazabilidad del proceso de esterilización deberá ser evidente, y para ello, los registros dentro de las atenciones en la historia clínica son indispensables, soportando lo establecido por el criterio previamente descrito.

#### **11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

*Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*

**10.** *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:*

**10.1.** *Registro de pacientes, muestras tomadas, exámenes solicitados y muestras remitidas.*

**10.2.** *Registro de los resultados de los exámenes remitidos. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente con el nombre del laboratorio clínico y la persona que los realizó.*



**10.3.** *Contrato o convenio escrito con el o los laboratorios que realizan el procesamiento de las muestras. Cuando se trate de sedes de un mismo prestador no requiere convenio o contrato.*

**10.4.** *Contrato o convenio escrito con el servicio de patología cuando se recepcione fragmentos de tejidos, órganos (biopsias) y material citológico de origen humano para su estudio. Cuando se trate de sedes de un mismo prestador no requiere convenio o contrato.*

**Observación:** Aunque presentan software de historia clínica, se llevan registros en formatos en físico que no cuentan con toda la información relevante para el registro tanto de pacientes como de muestras a remitir. No se remiten patologías. Se lleva la firma del consentimiento en planilla no se tienen formatos por paciente.

**Indicación:** Se indica la revisión con el proveedor del software de la Resolución 866 de 2021 para dar cumplimiento a los campos de información y de ser posible contar con los registros en el sistema, incluyendo el consentimiento informado, o en su defecto llevarlo de la manera adecuada por paciente como un registro anexo a la historia clínica y dar cumplimiento con su custodia y archivo como lo establece la Resolución 839 de 2017.

### **ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA**

 <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					

**Criterio** 1. Cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal, estableciendo como mínimo:

- 1.1 Calidad en la entrega de los productos.
- 1.2 Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente.
- 1.3 Tiempos de entrega de los productos.
- 1.4 Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.

**Observación:** No presentan contrato o convenio para la interdependencia del servicio de Radiología Odontológica ni para el laboratorio clínico.

**Indicación:** Se indica que la institución deberá soportar el contrato o convenio acorde a lo solicitado en el criterio previamente descrito.

#### **Criterio 11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA**

##### Estándar de interdependencia

29. Para la consulta odontológica especializada disponibilidad de:

29.1. Servicio de radiología odontológica

**Observación:** No presentan contrato o convenio para la interdependencia del servicio de Radiología Odontológica.

**Indicación:** Se indica que la institución deberá soportar el contrato o convenio acorde a lo solicitado en el criterio previamente descrito.

#### **11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

*Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria*



11. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente disponibilidad de: Servicio de laboratorio clínico.

**Observación:** aunque se presenta contrato con IDIME y un servicio de laboratorio habilitado como profesional independiente para la interdependencia del servicio, en su contenido no se incluye la supervisión a realizar ni los términos que indica el estándar aplicable a todos los servicios.

**Indicación:** Se recomienda hacer un otro si con los laboratorios de referencia IDIME y el prestador Laboratorio Dra. Gladys Jaramillo en donde en cada convenio quede explícito: Calidad en la entrega de los productos, Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente 1.3 Tiempos de entrega de los productos, la Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado y adicional se indica dejar incluido en el contrato la realización de la supervisión a la auxiliar de dicho servicio, definiendo las frecuencias y modos de dicha supervisión.

**Para la auditoría de calidad, de normas complementarias y paciente trazador:**

**Se hace verificación de los componentes Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y Sistema de Información de la Calidad en Salud (SIC)**

 <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. Para el componente PAMEC, el prestador presenta en el portal Vigilados de la Supersalud, de cargue del reporte de la Circular 012 de 2016, que se encuentra con estado error no cargue, con fecha 23 de Febrero de 2026, no se presenta archivo plano para verificar contenido del reporte, para el Documento PAMEC y la implementación de la Ruta Crítica, elaboración del mapa de procesos, entre otros, se ingresa a la página de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co) y se hace entrega de los siguientes documentos para que se tengan en cuenta para el desarrollo de este componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud:

- a) [Guía para implementación PAMEC](#)
- b) [Anexo Guía PAMEC 1 Seguridad del Paciente](#)
- c) [Anexo Guía PAMEC 2 Riesgos en Procesos Misionales](#)

Se hace el ejercicio ajustado al servicio de odontología y de ortodoncia para ejecutar la ruta crítica, planteamiento del Plan de Mejora, su ejecución y auditoría interna de seguimiento de esta implementación, como su aprendizaje organizacional correspondiente. 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. La ejecución de la ruta crítica tiene falencias que se recomiendan sean aclaradas en asistencia técnica y/o participación a las capacitaciones impartidas por esta Subdirección. Se recomienda completar estos soportes para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

2. Para el componente SIC, el prestador presenta el reporte de los indicadores que le corresponden de acuerdo con los servicios habilitados, se verifica directamente, en la plataforma PISIS, se verifican enlace que lleva a las encuestas de satisfacción y se encuentra que no tienen el espacio para que el paciente NO RESPONDA, se da la recomendación de incluir este ítem en los indicadores de Satisfacción Global y Recomendaría, se descargan bases de reporte de estos indicadores desde el Observatorio Nacional de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para su consulta, donde se evidencian reportadas caídas en hospitalización, urgencias, complicaciones de medicamentos en los servicios de hospitalización, urgencias y úlceras por presión que no corresponde a los servicios habilitados por la institución, se explica el ciclo del MOCA, se recomienda crear un tablero de indicadores en el cual se realice unificación de los datos de cada trimestre donde se puede desarrollar la etapa de análisis, priorización y acciones de mejora, con su correspondiente seguimiento de la implementación de estas, se entrega el documento guía 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 necesidad del alistamiento institucional para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

3. Para el **paciente trazador** se elige 1 historia clínica al azar, del servicio de ortodoncia, quien es una paciente sexo femenino menor de edad quien no refiere acompañamiento de un responsable de su tratamiento, los registros, se llevan en historia clínica física, con radiografías de perfil y panorámica y fotografías intraorales y extraorales sin análisis en la historia clínica por parte del profesional tratante, se evidencian deficiencias en el diligenciamiento encontrando siglas, espacios en blanco, ni registro de hora de la atención, en cuanto a los datos básicos de identificación, se encuentran incompletos, no se encuentra diligenciado el motivo de consulta, no se encuentra diagnóstico que soporte la necesidad del tratamiento de ortodoncia, ni

 <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					

diligencian el acompañante ni el responsable de la paciente, no se evidencia evaluación por odontología general y al revisar el odontograma, se encuentran caries sin tratar pero con tratamiento de ortodoncia en curso, se encuentra consentimiento informado firmado por la paciente, sin discriminar los riesgos, beneficios ni alternativas de tratamiento.

Los atributos de calidad se cumplen, de acuerdo con lo descrito a continuación.

Atributos de Calidad	Análisis del paciente Trazador
Accesibilidad	Por tratarse de consulta particular, la paciente accede sin barreras a la consulta de ortodoncia. Se garantiza disponibilidad de recurso humano facilitando la entrada oportuna al sistema
Oportunidad	Se recomienda evaluar el manejo integral de la paciente accediendo a consulta por odontología general para el manejo de las caries.
Seguridad	Según lo evidenciado en dotación y procesos prioritarios, el profesional ingresa con su instrumental a la institución sin realizar un proceso de desinfección/ esterilización adecuada.
Pertinencia	Por no evidencia un tratamiento asociado al manejo de la patología de la paciente ni de adopción de guías institucionales de atención para determinar pertinencia del tratamiento en curso.
Continuidad	Se recomienda mejorar la articulación entre los diferentes servicios, garantizando continuidad en la atención integral de la paciente


### ANEXO FOTOGRÁFICO

RELACIÓN O LISTADO DEL RECURSO HUMANO ASISTENCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO O PROFESIÓN	SERVICIO EN QUE LABORA	HORARIO DE ATENCIÓN	FECHA DE CONTRATACIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO	TÍTULO DE ESPECIALIDAD (UNIVERSIDAD)	VERIFICACIÓN DE TÍTULOS
Jose Uriel Nillo	Medico General	Consulta Externa	8am - 12am	sep-17	Indefinido		SI
Jose Uriel Nillo	Medico en Seguridad y salud del trabajo	Consulta Externa	2pm - 5pm		Indefinido	Universidad ECCO Especialista en SST	SI
Elizabeth Barrera	Odontologa	Consulta Externa	8am - 4pm	feb-25	P. Servicios	SA	SI
Carlos Adolfo Prieto	Ortodoncista	Consulta Externa	4 veces al mes por programación de agenda	feb-10	P. Servicios	Universidad Del Baeque Especialista en Ortodoncia	SI
Angie Carolina Rozo Velasquez	Auxiliar de Enfermeria	Consulta Externa	8am - 5pm	sep-08	Indefinido	UNISALUD	SI
Carolina Nillo Rozo	Secretaria	Consulta Externa	8am - 5pm	abr-26	Indefinido	Montemoreales home school	SI

A. Talento humano presentado por la IPS

B.



Mueble de almacenamiento de equipos y dispositivos médicos en consultorio de Medicina General.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

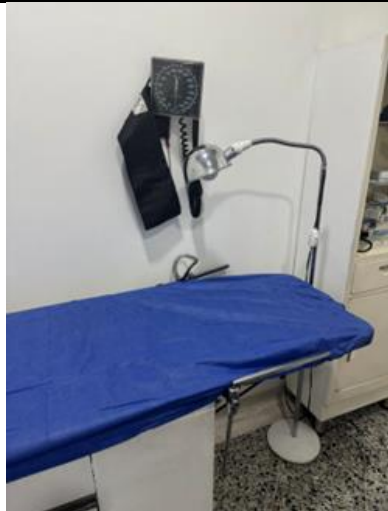
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL  
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL

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



C.

Camilla con estribos ubicada en consultorio destinado para consulta de Medicina General, con sabana desechable, y lámpara cuello de ganso



D.

Escalerilla ubicada en consultorio destinado para consulta de medicina general, con superficies desgastadas.



E.

Bascula ubicada en consultorio destinado para Medicina General, con superficie oxidada.



F.



Ambiente destinado para Toma de Muestras de laboratorio Clínico; mesa, nevera, centrifuga, tubos y contenedor rígido con tapa.



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

G.



Lavamanos en ambiente destinado para la Toma de muestras de laboratorio clínico, con jabón de manos reenvasado.

H. Mueble ubicado en ambiente denominado “Consultorio No 2”, con superficies desgastadas en parte inferior y puertas, donde se realiza el proceso de esterilización.



I.



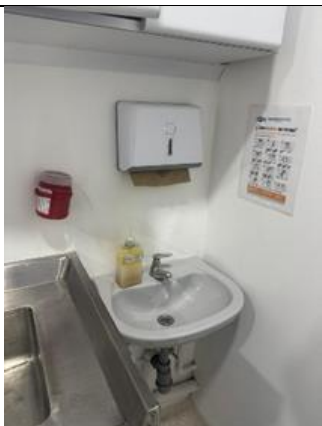
Mueble ubicado en ambiente denominado “Consultorio No 2”, con poceta para lavado de instrumental, recipiente plástico con jabón para lavado de manos reenvasado.

J.



Consultorio señalado como “Odontología”, con unidad odontológica, mueble con mesón y poceta para lavado.



K.




Lavamanos en consultorio señalado como “Odontología”, recipiente plástico






L. Mesa auxiliar ubicada en consultorio señalado como “Odontología”, con rejillas y superficies con oxido.

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

<p>con jabón para lavado de manos reenvasado.</p>	
 <p>M. Lampara de fotocurado que en su filtro protector color naranja, se observa material adherido tipo resina</p>	 <p>O. Mango de lampara de fotocurado compuesta por dos partes que en su unión en la parte media esta mal alineado el mecanismo que los une: la rosca,</p>
 <p>P. Equipos empacados en una misma bolsa</p>	 <p>Q. Lampara cuello de cisne con cinta adhesiva</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				
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	
R. Tensiómetro con cinta adhesiva en la unión con el cable	

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
NA	NA	NA

<b>REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA</b>
---------------------------------------

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

<b>Evaluación y cierre de la reunión</b>
--

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


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



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

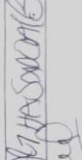
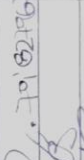
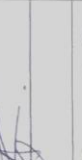









Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

## LISTADO DE ASISTENCIA

 <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			
Código:		SDS-DFO-FT-004	Versión:	1	
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES					
Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Tema: Asistencia Técnica en Campo Fecha: 27 Mayo 2026

Hora Inicio: 9:00 am Hora Fin: 4:30 pm Lugar: Unidad Médica Rafaela SAS - Cra 140 #70-246 - 900167710-3

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	MARTHA SANDOVAL	SDS-SCSSS	Prof esp	3132118255	msandoval@saludcapital.gov.co	
2	Andrés Ischelforero Troncoso	SDS-SCSSS	Prof esp	36490970	arisforero@saludcapital.gov.co	
3	José Uziel Niño	Unidad Médica Rafaela	Médico General	314 297730	yaphomedica@hotmail.com	
4	Elizabeth Barrera	Unidad Médica Rafaela	Odontólogo	3184535376	liza-essasa@outlook.com	
5	Carolina Niño Poto	Unidad Médica Rafaela	Secretaria	324 349894	carlomedica@outlook.com	
6	Lirio A. Campo	SDS-SCSSS	Prof esp	36490970	campose@saludcapital.gov.co	
7	Paula A. Cruz	SDS-SCSSS	Prof. FSG	36490970	pacruz@saludcapital.gov.co	
8	Angie Roto	Unidad Médica Rafaela	Asistente	312136902	yapha.medica@sas@saludcapital.gov.co	
9	Clara Patricia Villalón	SDS-SCSSS	Prof FSG	649890	clarahere@saludcapital.gov.co	
10	Rafaela Medina	SDS-SCSSS	Prof Especialista	36490970	rafaelmed@saludcapital.gov.co	
11	José Sánchez	Unidad Médica Rafaela	Auditor	30856631	adito@saludcapital.gov.co	
12	Carla Vazquez Villalón	SDS-SCSSS	Prof. FSG	3213741673	quill@saludcapital.gov.co	
13	María Carolina Niño Poto	Unidad Médica Rafaela	Asistente	324 349894	carlamedica@outlook.com	
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](http://www.saludcapital.gov.co)