

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

Tema: ASISTENCIA TÉCNICA EN CAMPO IPS CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS CENDIATRA SAS Calle 19 # 3 - 50 /16 Piso 12 Local 115 NIT: 800180176-0

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

Objetivo:	Fecha: 01 y 12 de junio 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 () Capacitación () Orientación (x) Acompañamiento () Otro () _____	
	Modalidad	Presencial (x) Virtual () Mixta ()	
	Lugar: <u>Calle 19 # 3 - 50 /16 Piso 12 Local 115</u>		
	Hora Inicio: <u>8:30 a.m.</u> Hora Fin: <u>16:00 p.m.</u>		
	Notas por: Andrea Daza Reyes, Clara Liliana Martínez, Gloria Lizethe Villegas, Martha Stella Sandoval, Paola Andrea Cruz, Diana Patricia Grillo, Rocio Padilla y Andrea Isabel Forero Morales		
	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 Centro De Diagnóstico Y Tratamiento Cendiatra Sociedad Por Acciones Simplificadas Cendiatra SAS. Calle 19 # 3 - 50 /16 Piso 12 Local 115 NIT: 800180176-0**

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

Actividad	Dia 1- Día 2
Reunión de apertura	01/06/2026 y 12/06/2026
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 los referentes de cada proceso de la institución.

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



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.
- 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

 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					

acorde a la frecuencia establecida en el manual de usuario, manual de usuario y cuando se requiera (para equipos generadores de radiaciones ionizantes) manual de instalación.

- 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.

El recorrido se realizó por los ambientes y áreas pertenecientes a los servicios de Consulta Externa de optometría, psicología, medicina del trabajo y medicina laboral, seguridad y salud en el trabajo y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje. 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

 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					

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:

ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

CONSULTA EXTERNA

11.1. ESTANDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

11.1.1. 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 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.*

337 OPTOMETRIA

Quien atiende la visita informa que cuentan con tres optómetras.

Observación: El prestador cuenta con documento en Excel nombrado “Capacidad instalada Cendiatra Principal” y documento Word “Capacidad instalada”. Quien atiente la visita informa que se destina un consultorio intramural durante el horario declarado en REPS que corresponde a la programación de la modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil para todos los días. Solo se presenta análisis de capacidad instalada en modalidad intramural. No se cuenta con análisis de riesgos en la atención y no se cuenta con descripción. No se observa el talento humano destinado para contingencia en las modalidades de prestación de servicio definidas y en el documento indica que realizan análisis de capacidad instalada mensual. Quien atiende la visita informa que lo ajustan a demanda según solicitud de las empresas con las que tienen contrato. Tras la verificación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se constató que el horario de atención es de lunes a viernes de 6:30 a. m. a 15:30 p. m., y los sábados de 6:30 a. m. a 12:00 m. Adicionalmente, el optómetra de consulta externa comparte su jornada para apoyar la toma de visimetrías en el servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo. Debido a esta duplicidad de funciones, no se garantiza la disponibilidad permanente del talento humano para la atención correspondiente.

Indicación: Incluir en los documentos toda la información que permita realizar trazabilidad para determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados en las modalidades y horarios declarados en el REPS, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Revisar la necesidad de realizar novedades según aplique.

344 PSICOLOGIA

 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					

Quien atiende la visita informa que cuentan con dos psicólogos.

Observación: Verificado el REPS el servicio se presta de lunes a viernes de 6:30 a 15:30 y sábados 6:30 a 12:00 en modalidades intramural y extramural unidad móvil y jornada de salud, No se asegura la, prestación del servicio en las modalidades declaradas en REPS.

Indicación: Incluir en los documentos toda la información que permita realizar trazabilidad para determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados en las modalidades y horarios declarados en el REPS, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Revisar la necesidad de realizar novedades según aplique.

Modalidad de telemedicina prestador remitir - prestador de referencia

Criterio 14. *Adicional a los criterios del estándar de talento humano enunciados que le aplique, el talento humano en salud que presta directamente un servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.*

Observación: Los funcionarios entrevistados refieren que los contenidos de la capacitación son del tema de telemedicina en general, mas no lo solicitado por el criterio que es el manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad. Además, cabe anotar que desde el servicio de seguridad y salud en el trabajo están realizando telemedicina interactiva con los pacientes, es decir que los exámenes físicos los están prestando por esa categoría, lo cual no está autorizado por la estructura del servicio y de igual manera al realizarlos por el servicio de medicina especializada que si cuenta con esa estructura en el REPS no es lo más adecuado en la prestación del servicio por la gestión del riesgo y la seguridad del paciente.

Indicación: Definir la continuidad de la prestación del servicio por la categoría adecuada que para el servicio de seguridad y salud en el trabajo es Telexperticia apoyándose de un prestador remitir, para ello deben ajustar los contenidos de la capacitación y acompañarse del proveedor de la plataforma de la videollamada utilizada para que la constancia de acciones de formación del personal asistencial corresponda al manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad; o establecer que por la misma esencia de la prestación de las pruebas de tamizaje no se realiza por dicha modalidad.

423 SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Criterio: *Complejidad mediana*

Modalidades intramurales, extramural unidad móvil y jornada de salud

1.2. Cuando se realicen pruebas complementarias de tamización (audiometría, visiometría, espirometría según aplique), disponibilidad de profesionales de la salud de conformidad con lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.

Observación: Tras la verificación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se constató que el horario de atención es de lunes a viernes de 6:30 a. m. a 15:30 p. m., y los sábados de 6:30 a. m. a 12:00 m en modalidad intramural y extramural unidad móvil y jornada

 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

de salud. Adicionalmente, el optómetra de consulta externa comparte su jornada para apoyar la toma de visimetrías y las audiometrías están a cargo del mismo fonoaudiólogo que presta los servicios de fonoaudiología y terapia del lenguaje. Debido a esta duplicidad de funciones, no se garantiza la disponibilidad permanente del talento humano para la atención correspondiente.

Indicación: Incluir en los documentos toda la información que permita realizar trazabilidad para determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados en las modalidades y horarios declarados en el REPS, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Revisar la necesidad de realizar novedades según aplique.

GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

11.3.1. SERVICIO DE TERAPIAS

740 FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE

Observación: Tras la verificación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se declara que el horario de atención es de lunes a viernes de 6:30 a. m. a 15:30 p. m., y los sábados de 6:30 a. m. a 12:00 m en modalidad intramural y extramural unidad móvil y jornada de salud. Según lo informado durante la visita las audiometrías son ejecutadas por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, y están a cargo del mismo fonoaudiólogo que presta los servicios de fonoaudiología y terapia del lenguaje. Debido a esta duplicidad de funciones, no se garantiza la disponibilidad permanente del talento humano para la atención correspondiente.

Indicación: Incluir en los documentos toda la información que permita realizar trazabilidad para determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados en las modalidades y horarios declarados en el REPS, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Revisar la necesidad de realizar novedades según aplique.

712 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Quien atiende la visita informa que cuentan con dos bacteriólogas para la prestación del servicio

Criterio 4.1. DEFINICIONES GENERALES

Disponibilidad

Es la existencia obligatoria del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos en el servicio en el momento en que se requieran y mientras se oferte y se preste; pueden estar ubicados fuera del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

Criterio:

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

2. Disponibilidad de:

 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					

Profesional de bacteriología quien realiza la supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar.

Observación: Tras la verificación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se declara que el horario de atención es de lunes a viernes de 6:30 a. m. a 15:30 p. m., y los sábados de 6:30 a. m. a 12:00 m en modalidad intramural y extramural unidad móvil y jornada de salud. Durante la visita se informó que no todas las modalidades de servicio cuentan con un profesional en bacteriología de manera permanente teniendo en cuenta que la toma de muestras está a cargo de auxiliares de laboratorio, una actividad que debe ser supervisada por dicho profesional.

Indicación: Asegurar disponibilidad de Profesional de bacteriología quien realiza la supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar en todas las modalidades de prestación de servicio.

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.

Observación: El predio está constituido por dos (2) edificios que cuenta con ingreso por varias puertas con nomenclaturas diferentes, sin embargo, se observa licencia de construcción solo para una de las nomenclaturas y esta licencia es para uso de vivienda multifamiliar. Licencia N° LC 09-5-0724 de fecha 08/10/2009.

Indicación:

La institución debe cumplir con lo reglamentado en la norma de ordenamiento territorial, que le aplica para la ciudad de Bogotá.

Edificaciones de uso exclusivo en salud

Criterio: 5. Cuando el prestador de servicios de salud cuente con más de una infraestructura y estas se puedan vincular funcionalmente entre sí, lo harán mediante túnel o puente cubierto, o muro(s) colindante(s) que cuente(n) con acceso(s) que intercomunique(n) las infraestructuras, de uso exclusivo del prestador y adicionalmente cumplen con las siguientes características:

 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					

5.3. Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas.

Observación: Durante el recorrido se observa que la institución realiza prestación de servicios de salud en el local 115 de la dirección: calle 19 # 3 – 16 y así mismo realiza prestación de servicios de salud en la dirección: calle 19 # 3 – 50, edificios que se encuentran conectados por un pasillo, sin embargo al revisar la licencia de construcción se evidencia únicamente la licencia de la dirección calle 19 # 3 – 16, la cual es de uso para vivienda multifamiliar, lo cual no aplica para la implementación de esta vinculación, ya que esta es válida para edificaciones de uso exclusivo en salud, así mismo, no se observó la aprobación de la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes.

Indicación: La institución deberá evaluar la separación de la inscripción de las sedes en el REPS teniendo en cuenta las direcciones de la infraestructura donde cada una se encuentran, así mismo, la licencia de construcción debe cumplir con la norma de ordenamiento para edificación destinada a la prestación de servicios de salud.

Criterio: 12. Si se tienen escaleras o rampas, el piso debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.

Observación: Durante el recorrido se observa, que el ingreso al local 115, cuenta con una rampa, la cual no cuenta con pasamanos.

Indicación: Se indica que se debe implementar el pasamanos a uno o ambos lados de la rampa.

Criterio: 13. Las edificaciones donde se presten servicios de salud cuentan con suministro de agua, energía eléctrica, conexión a la red de alcantarillado y sistemas de comunicaciones.

Observación: En el servicio de toma de muestras ubicado en el piso 12 de la dirección calle 19 # 3 – 50, la institución cuenta con lavamanos portátil el cual no cuenta con conexión a la red de alcantarillado formando depósitos de agua residual y agua limpia.

Indicación: Se indica que los lavamanos en general en áreas y ambientes donde se realice prestación de servicios de salud, deben contar con conexión a red de acueducto y alcantarillado.

Criterio: 14. En edificaciones donde se presten servicios de cirugía, atención del parto, laboratorio clínico, urgencias, gestión pre transfusional, diálisis, hospitalarios, imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico y los que requieran cadena de frío, cuentan con planta eléctrica.

Observación: Durante el recorrido se observa que la institución cuenta con una planta eléctrica, sin embargo, las misma no se encuentra conectada y es de uso manual.

Indicación: Se indica que la planta debe ser funcional y entrar en operación en el momento en el que exista alguna falla en el suministro de energía.

Criterio: 17. Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como

 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					

agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación.

Observación: La institución presenta acta de visita de concepto sanitario con fecha de enero de 2026, sin embargo, esta, solamente indica que es para el piso 12 consultorio 1202 y 1203, es decir no está para la totalidad del piso 12 y tampoco cuentan con concepto sanitario para el local 115.

Indicación: Solicitar el concepto sanitario para la totalidad del establecimiento incluyendo el local 115, adicionalmente gestionar el concepto sanitario del piso 12 que dé alcance a todo el piso y no solo a 3 consultorios.

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

Observación: Durante el recorrido se evidencia que áreas y ambientes como: unidades sanitarias y ambientes de aseo, no cuentan con ventilación

Indicación: Teniendo en cuenta la infraestructura, se deberá implementar ventilación natural o artificial.

Criterio: 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.*

Observación: Durante el recorrido se observaron planos desactualizados y sin indicar el punto de encuentro, quien atiende la visita, manifiesta que los planos están en proceso de actualización

Indicación: Tener en cuenta la indicación de rutas de evacuación, así como del punto de encuentro en los nuevos planos y ubicarlos en un lugar visible en cada uno de los pisos.

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

Criterio: 28. *Consultorio: Para efectos del presente Manual se definen los siguientes tipos de consultorios de acuerdo con la oferta de servicios:*

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

Observación: No se puede confirmar que los consultorios cumplan con las dimensiones mínimas de 10 m² (sin incluir la unidad sanitaria), ya que no se cuenta con planos acotados, ni medidas de los mismos.

Indicación: La institución debe garantizar la medida mínima de 10 m², así como la forma de poder confirmar dicha medida.

 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					

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.

Observación: Durante el recorrido se evidencia que ninguno de los consultorios ni del piso 12 ni del local 115, cuenta con separación por medio de barrera física

Indicación: Implementar en los consultorios para examen físico cuentan con separación por barrera física fija o móvil.

Criterio: 28.2. Consultorio donde se realizan procedimientos: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:

Observación: Durante el recorrido se evidencia que ninguno de los consultorios ni del piso 12 ni del local 115, cuenta con separación por medio de barrera física

Indicación: Implementar en los consultorios separación por barrera física fija o móvil

28.2.3. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija.

28.2.4. Mesón de trabajo.

Observación: Durante el recorrido se observa que en el consultorio identificado como 6 del piso 12 se realizan procedimientos (tamizado electrocardiograma), sin embargo, no se observa separación por barrera fija ni mesón de trabajo.

Indicación: Se indica que se debe implementar la barrera física fija, y el mesón de trabajo.

Criterio: 38. La unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida cuenta con:

38.3. Dimensiones que permita el desplazamiento del paciente y maniobra en su interior, las puertas tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas.

38.5. Accesorios que facilite la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario.

38.6. Alarma o sistema de llamado.

Observación: Durante el recorrido se observa en el piso 12 una unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida, sin embargo, las misma no cuenta con dimensiones que permitan el desplazamiento del paciente y maniobra en su interior, no cuenta con accesorios que faciliten la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario (solo cuenta con uno) y el sistema de llamado (timbre) se encontraba fallando.

Indicación: Se deberá adaptar la unidad sanitaria para personas con movilidad reducida, teniendo en cuenta el desplazamiento del paciente y maniobras al interior, los accesorios que faciliten la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario y el funcionamiento del sistema de llamado.

Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección:

 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					

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

Observación: Durante el recorrido se observa en consultorio de psicología del piso 12, acumulación de documentos, papelería expuesta y cajas de cartón, mueble con madera expuesta, dilataciones pronunciadas entre uniones de mueble de madera y techo y mueble de madera y pared así como desorden de cajas en la separación de la ducha del baño que se encuentra dentro de este consultorio, así como en el consultorio 8, también se observa acumulo de cajas y desorden en la separación del área de ducha del baño que se encuentra dentro de este consultorio; también se observa en este baño paredes y pisos con cemento expuesto y baldosas sin emboquillar.

Indicación: Se indica que las dilataciones deben ser selladas, y realizar mantenimiento correspondiente a los marcos de las ventanas para evitar la presencia de oxido y pintura levantada. Las superficies deberán ser de superficie lisa que permita adecuados procesos de limpieza y desinfección; los elementos diferente a los utilizados para la prestación de los servicios, deberán almacenarse en lugar que no interfiera con las condiciones de bioseguridad, y de limpieza y desinfección en consultorios.

Criterio: 42. *En las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, los pisos deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie.*

Observación: Durante el recorrido se observa que, en consultorios y poceta de aseo, los pisos presentan orificios, dilataciones juntas sin sellar.

Indicación: La institución debe garantizar continuidad en la superficie de los pisos así, como sellar las dilataciones y juntas en la totalidad de los pisos que hacen parte de la infraestructura de la institución.

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

Observación: El ambiente de aseo, baño de psicología y el baño del consultorio 8, presentan techos con superficie no lisa y continua, evidenciando en los mismos materiales rugosos y cemento.

El Ambiente de aseo, unidades sanitarias, baños, presentan paredes en baldosa con juntas sin sellar.

Indicación: La institución debe garantizar que los cielos rasos o techos y paredes o muros de la totalidad de la infraestructura de la institución sean lavables, sólidas, de superficie lisa y continua

Criterios de infraestructura para las modalidades extramural y telemedicina

Modalidad extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria

 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					

Criterio 47. Disponibilidad de ambiente o área para las labores de aseo, limpieza y desinfección para las unidades móviles.

Observación: La unidad móvil no se encontraba en el momento de la visita, por tal razón no se pudo verificar este criterio.

Indicación: Se le indica a la institución que debe disponer de este ambiente para la limpieza de las unidades móviles.

Modalidad extramural Unidad móvil, terrestre y acuática

50. La unidad móvil cuenta con:

50.1. De acuerdo con los servicios a prestar, los ambientes y áreas cumplen con los criterios del servicio de salud de la modalidad intramural.

50.2. Suministro de agua potable de manera permanente.

50.3. Tanque para el almacenamiento de aguas residuales. Las aguas residuales no se vierten en la vía pública o en el cauce fluvial.

50.4. Identificación visual como unidad móvil terrestre o acuática según aplique.

50.5. Acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa.

50.6. Señalización y condiciones que garanticen la seguridad durante el abordaje, incluyendo el ingreso de personas con discapacidad.

50.7. Estructuras firmes para el ingreso y salida de pacientes y usuarios, con protecciones laterales a espacios libres.

50.8. Señalización de áreas restringidas al interior de la unidad móvil.

50.9. Barreras o mecanismos que impidan el ingreso de usuarios a las áreas restringidas.

50.10. Para unidades móviles marítimas o fluviales, las uniones con tierra firme son continuas, sin desniveles y permiten el flujo de camillas y sillas de ruedas.

Observación: La unidad móvil no se encontraba en las instalaciones de la institución en el momento de la visita.

Indicación: Se indica a la institución que la unidad móvil debe cumplir con lo estipulado en el criterio 50 y debe presentarse para la visita de certificación

Modalidad telemedicina - prestador de referencia

52. Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con:

52.1. Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico).

 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					

52.2. Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia.

Observación: Durante la revisión documental no se observó que la conectividad garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice, así como tampoco se observó que las plataformas tecnológicas garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales.

Indicación: La institución debe garantizar las condiciones establecidas en el criterio 52, apoyándose en los proveedores correspondientes.

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

Criterio: 10. Disponibilidad de:

Criterio: 10.3. *Mínimo una (1) unidad sanitaria discriminada por sexo apta para personas con movilidad reducida, o batería sanitaria discriminada por sexo con mínimo una (1) unidad sanitaria apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con más de dos consultorios o ambientes de entrevista.*

Observación: La institución cuenta con más de dos consultorios, no tiene disponibilidad de (1) unidad sanitaria discriminada por sexo apta para personas con movilidad reducida, o batería sanitaria discriminada por sexo con mínimo (1) unidad sanitaria apta para personas con movilidad reducida.

Indicación: Se indica al prestador que teniendo en cuenta su infraestructura, debe disponer de (1) unidad sanitaria discriminada por sexo apta para personas con movilidad reducida, para lo cual deberá evaluar el lugar para implementar esta unidad sanitaria.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Criterio: 4. Cuenta con:

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

4.2. *Cubículo para la toma de muestras.*

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

Observación: Durante el recorrido se observa que la institución en el servicio de toma de muestras del piso 12 no cuenta con: área para recepción de muestras, información y entrega de resultados,

 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					

no cuenta con cubículo para tomas de muestras (este tampoco cuenta en el local 115) ni tampoco con área de preparación, embalaje y remisión de las muestras.

Indicación: Se deberá evaluar, teniendo en cuenta la infraestructura, la implementación de la totalidad de áreas que hacen parte del servicio, sí como del cubículo de toma de muestras.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Criterio: 8. Cuenta con:

8.1. Área para recepción de muestras, información y entrega de resultados.

8.2. Ambiente(s) técnico(s) de procedimientos que cuenta con:

8.2.4. Lavamanos.

Observación: Durante el recorrido se evidencia que la institución en su servicio de Laboratorio Clínico no cuenta con lavamanos en el ambiente técnico de procedimientos.

Al interior del servicio se encuentra en los ambientes administrativos madera expuesta y paredes sucias.

Indicación: Se deberá evaluar la instalación del lavamanos teniendo en cuenta la infraestructura y la disponibilidad de la red de acueducto y alcantarillado.

Realizar mantenimiento al mobiliario en madera y de pintura a las paredes.

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN:

Criterio: 1. El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:

1.1. Nombre del equipo biomédicos.

1.2. Marca.

1.3. Modelo.

1.4. Serie.

1.5. Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.

1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.

Observación: Presenta relación de equipos biomédicos, lo cual incluye las basculas en consultorios, sin embargo, no se puede validar el uso en salud.

Indicación: Se indica, que se deberá soportar mediante ficha técnica de la báscula, el uso en salud correspondiente.

Modalidad telemedicina

Criterio: 17. El prestador de servicios de salud realiza el mantenimiento de la tecnología de información y de comunicaciones para avalar la calidad de la información, y adicionalmente cuenta con:

 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					

17.2. Prestador de referencia

17.2.1. Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que:

17.2.1.1. Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantizan una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remitir como para el prestador de referencia,

17.2.1.2. El software utilizado se adapta al cambio de la disponibilidad del ancho de banda sin perder la conexión.

17.2.1.3. En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente.

17.2.2. Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 píxeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m² que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.

Observación: La institución presenta documento que describe las condiciones del aplicativo denominado GATO, el cual es un desarrollo propio para la consulta a través de la modalidad de telemedicina, sin embargo, dicho documento, no certifica que la transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantiza una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remitir como para el prestador de referencia, tampoco que el software utilizado se adapta al cambio de la disponibilidad del ancho de banda sin perder la conexión, que en el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente, ni tampoco certifica que las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 píxeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m² que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.

Indicación: Se indica que el presente estándar se deberá soportar a través de certificación firmada por el ingeniero de sistemas que avala el software, lo descrito previamente en el criterio, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

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

19.9. Báscula grado médico o pesa bebé, según la oferta del servicio.

Observación: No se puede validar el uso en salud de las básculas, a través de ficha técnica por parte del fabricante u otro soporte por parte de la institución.

Indicación: Se indica, que se **deberá** soportar mediante ficha técnica, el uso en salud correspondiente.

11.2.4. SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

 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					

Estándar de dotación Complejidad mediana Modalidades intramural y extramural unidad móvil, jornada de salud y telemedicina - prestador remisor.

Criterio: 6. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente:

Criterio: 7. El consultorio, cuenta con:

Criterio: 7.9. Báscula.

Observación: No se puede validar el uso en salud de las basculas, a través de ficha técnica por parte del fabricante u otro soporte por parte de la institución.

Indicación: Se indica, que se deberá soportar mediante ficha técnica, el uso en salud correspondiente.

ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS:

Criterio: 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, sin embargo, faltan datos como la vida útil; durante recorrido se evidencian jabón para lavado de manos, el cual tiene registro Invima de Dispositivo médico, pero no se observa el correspondiente registro.

Indicación: Se indica que, los jabones de manos deberán estar registrados con los datos descritos en el criterio previamente descrito.

Criterio: 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

 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					

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 denominado “Gestión de Dispositivos Médicos Insumos y Medicamentos”, con alcance a las sedes de CENDIATRA en Bogotá y a nivel nacional. Establece un proceso general, centralizado desde almacén, donde se llevan los registros generales y se distribuye a los diferentes servicios. Durante la asistencia técnica, presenta registros por separado, observando una recepción técnica para los servicios de consulta externa desde el almacén, y otra por parte de laboratorio clínico; tiene los criterios descritos en la normatividad, sin embargo, se indica que dadas las condiciones en que se lleva a cabo el proceso.

Indicación: Se deberá documentar donde coherencia a lo relatado, particularmente en la sede, con los registros por separado, que dé cumplimiento.

Criterio: 8. Para la aplicación del protocolo de lavado de manos o higienización, los servicios de salud cuentan con los insumos de aseo, limpieza y secado que garanticen su cumplimiento.

Observación: Durante recorrido se evidencian lavamos portátiles en los consultorios, los cuales, no garantizan el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, de acuerdo con las condiciones de infraestructura de la normatividad vigente.

Indicación: Se deberá subsanar las condiciones para el adecuado lavado de manos, en condiciones adecuadas de infraestructura y bioseguridad.

Criterio: 10. El prestador de servicios de salud cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran. El prestador de servicios de salud define su contenido de acuerdo con los medicamentos utilizados y lo sugerido por el fabricante en las fichas técnicas.

Observación: Se observa kit para manejo de derrames biológicos, y para medicamentos, en ambiente de laboratorio clínico, sin embargo, para los servicios de consulta externa no se cuenta con el kit, dado que están ubicados en el laboratorio clínico, y son los que apoyan toda la institución.

Indicación: Se indica que se deberá garantizar el kit para manejo de los derrames, que soporten todos los servicios, que estén ubicados en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en todos los servicios y ambientes donde se requieran.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

 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					

Criterio: 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 en el ambiente de toma de muestras gran cantidad de dispositivos médicos e insumos sin fechas de apertura o aviso de “en uso” que pueden ser considerados como reservas, además de estar utilizando gradillas en icopor.

Adicional no se cuenta con acceso a los listados de los medicamentos, dispositivos médicos ni reactivos en el servicio.

Indicación: Ajustar cantidades y formas de almacenamiento para las jornadas para que no queden dispositivos médicos e insumos en el ambiente del servicio, sin garantizar condiciones ambientales y de conservación, utilizar gradillas en material de fácil limpieza y desinfección.

Contar con acceso a los listados de los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos en el servicio con todos los ítems solicitados por el criterio 1, 2, y 3 del estándar de todos los servicios en la página 71.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Criterio: 14. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos para el procesamiento de las muestras, de acuerdo con las pruebas que realice.*

Observación: en los listados observados de dispositivos médicos se encuentra que falta la vida útil y el registro de algunos de los datos de los medicamentos no son los adecuados.

Se están utilizando gradillas en icopor en áreas de procesamiento.

El almacenamiento de muestras de sangre como “seroteca” se realiza en nevera de uso doméstico.

Indicación: Ajustar la información de la columna de vida útil y para que puedan compartir el listado con el servicio de toma de muestras incluir en otra columna la ubicación de los productos para que sea más eficiente la búsqueda para cada uno de los servicios.

Utilizar gradillas en material de fácil limpieza y desinfección.

El almacenamiento de muestras de sangre como “seroteca” se debe realizar en nevera con registro Invima como dispositivo médico.

11.1.5. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS

11.1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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 de la paciente documentada Código: PS-PL-02 transversal a los servicios ofertados, acorde con los lineamientos. No obstante, se identifica en la definición y especificidad de los objetivos de la política, deben

 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					

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 Consulta Externa de optometría, psicología, medicina del trabajo y medicina laboral, seguridad y salud en el trabajo y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, 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 de las sedes nivel Distrital.

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 de las actas del comité de seguridad del paciente; fecha de 28 abril 2026 adicional a soporte de presentación, sin embargo, el contenido presentado es básico frente a la operación y gestión de los 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.

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)*

Observación: Se evidenció en los registros clínicos información incompleta en los datos de identificación del paciente, Así mismo, en el documento no se evidencia enfoque diferencial asociado a la práctica segura.

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

 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					

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. Tener en cuenta enfoque diferencial, horario de atención, 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: Durante el recorrido se indaga con el personal asistencial los medios de reporte de sucesos de seguridad, no es claro el sistema, al verificar el código QR denominado REPORTES INSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS no se puede evidenciar contenido (No se tiene acceso)

Indicación: Se recomienda fortalecer la cultura del reporte mediante capacitación al personal en taxonomía, identificación y reporte de incidentes y eventos adversos.

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

Observación: En la verificación de cumplimiento se evidenció que el formato de consentimiento informado es entregado por el personal administrativo durante el proceso de ingreso al servicio. Se observó que el documento es leído y firmado por el paciente en la sala de espera, previo a la valoración por parte del profesional de salud responsable del procedimiento, sin que exista evidencia

 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					

de la provisión de información suficiente, clara y comprensible relacionada con la indicación del procedimiento, sus beneficios, riesgos, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones.

Indicación: Se recomienda Garantizar que el consentimiento informado sea explicado y obtenido por el profesional tratante durante la consulta, previo a la realización del procedimiento, asegurando que el paciente reciba información clara sobre riesgos, beneficios, alternativas y posibles complicaciones.

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 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: La institución dispone de Resolución de adopción de Guías de Atención Integral en Seguridad y Salud en el Trabajo Basadas en la Evidencia, para todo manejo de diagnóstico y tratamiento cuando se tenga sospecha de Enfermedad Profesional

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: Líder seguridad del paciente da a conocer soportes año 2025 en físico de listas de asistencia a capacitación de algunas prácticas seguras de Sede Corporativa.

Indicación: Se indica que se deberá presentar el soporte correspondiente al año 2026, en caso de no contar con lo mencionado acta que soporte el no cumplimiento para el año 2026 de capacitaciones.

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*

 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					

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.*

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: La institución dispone de Resolución de adopción de Guías de Atención Integral en Seguridad y Salud en el Trabajo Basadas en la Evidencia, para todo manejo de diagnóstico y tratamiento cuando se tenga sospecha de Enfermedad Profesional.

Indicación: se recomienda garantizar su socialización, implementación y aplicación en los procesos de diagnóstico, manejo, seguimiento y reporte de los casos con sospecha o confirmación de enfermedad laboral, dejando evidencia documental de su adopción y uso por parte del talento humano.

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: Durante el recorrido por las diferentes áreas y ambientes del servicio se evidenció el uso de alcohol etílico como producto para la limpieza rutinaria de superficies. Así mismo, se observó incumplimiento en el rotulado de algunos productos de limpieza y desinfección, impidiendo identificar de manera clara aspectos como contenido, concentración, fecha de preparación y fecha de vencimiento, según aplique. Se evidencian condiciones de la infraestructura y de la dotación, que no permiten garantizar adecuados procesos de limpieza y desinfección, ni adecuado lavado de manos, por tanto, no se garantizan las condiciones de bioseguridad en la prestación de los servicios.

Aunque la institución dispone de documentación relacionada con los procedimientos de aseo, limpieza, desinfección, bioseguridad y manejo de derrames de sangre u otros fluidos corporales, durante la verificación en campo no se evidenció adherencia a los lineamientos establecidos, observándose discrepancias entre lo documentado y las prácticas ejecutadas por el personal en las áreas visitadas.

Indicación: Fortalecer la implementación y seguimiento de los procedimientos institucionales de limpieza, desinfección y bioseguridad, garantizando el uso de productos validados para cada proceso, el adecuado rotulado de las sustancias utilizadas y la adherencia del personal a los protocolos establecidos mediante actividades de capacitación, supervisión y auditoría.

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.

 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					

- 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: La institución cuenta con protocolo de traslado de pacientes y formato de referencia que orientan el proceso de remisión y traslado. No obstante, durante la revisión documental no se evidencia la definición de una ruta específica para la referencia de pacientes identificados como víctimas de violencia sexual, conforme a lo establecido en el criterio. Como medida de fortalecimiento, se deja a disposición la infografía de la Secretaría Distrital de Salud relacionada con la ruta de atención y reporte de casos de violencia sexual, para su implementación y consulta en caso de presentarse este tipo de eventos.

Indicación: Actualizar la documentación institucional del proceso de referencia y traslado, incorporando de manera explícita la ruta de atención, referencia y contrarreferencia para víctimas de violencia sexual, incluyendo responsabilidades, mecanismos de activación y articulación con la red de servicios. Asimismo, socializar dicha ruta con el talento humano y conservar las evidencias correspondientes.

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 cuenta con un documento general para la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales; sin embargo, durante la verificación se evidenció que su contenido se encuentra formulado de manera general conforme a los lineamientos de la Resolución 459 de 2012, sin especificar las actividades, responsabilidades y procedimientos aplicables al servicio de consulta externa.

Adicionalmente, no se evidenció documentación que establezca de manera clara la activación de la ruta de atención para víctimas de violencias sexuales desde consulta externa, ni la conformación formal del equipo institucional responsable de la atención integral en salud de esta población, con definición de roles, responsabilidades y mecanismos de articulación para garantizar la atención oportuna, integral y continua.

Indicación: Actualizar y ajustar la documentación institucional para incluir la ruta específica de atención a víctimas de violencias sexuales aplicable al servicio de consulta externa, definiendo los mecanismos de activación, remisión y seguimiento, así como formalizar y documentar la conformación del equipo institucional responsable de la atención integral, con roles y responsabilidades claramente establecidos.

Modalidad extramural - unidad móvil

 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					

Criterio 28. *Orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud.*

Criterio 29. *Mecanismos que garanticen comunicación para el seguimiento de los pacientes que lo requieran.*

Criterio 30. *Mecanismos de supervisión de las actividades realizadas en el marco de los eventos de interés en salud pública, cuando aplique.*

Observación: No se evidencia información documentada correspondiente.

Indicación: Se deberá presentar la información solicitada en los criterios previamente descritos, dando cumplimiento a lo solicitado por la modalidad en el estándar de procesos prioritarios.

Modalidad telemedicina - prestador de referencia

Criterio 32. *Adicional a los criterios solicitados para el prestador remitente, cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos de los servicios que oferte, 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: Presentan documento que describe el proceso de atención, pero enfocado al procedimiento administrativo para acceder a la consulta por la modalidad de telemedicina; el prestador manifiesta realizar consulta por telemedicina para los servicios de seguridad y salud en el trabajo y medicina laboral y medicina del trabajo, sin realizar el examen físico correspondiente definido por la evidencia científica tomada para tal fin, como lo establece el criterio previamente mencionado; por tanto, no se establecen las actividades y procedimientos de los servicios que oferte, 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.

Indicación: Se deberá considerar la prestación de servicios a través de esta modalidad para los servicios en que actualmente se está ofertando y prestando, dado que, según evidencia, se requiere de un examen físico para emitir dichos conceptos o diagnósticos.

11.2.4. SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Estándar de procesos prioritarios

Criterio: 11. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada:

 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					

Pruebas complementarias de tamización documentadas (audiometría, visiometría, espirometría), cuando se realicen.

Observación: La institución cuenta con protocolos para la realización de pruebas complementarias de tamización (audiometría, visiometría y espirometría); sin embargo, al realizar la revisión documental se evidencian parámetros incompletos relacionados con el enfoque diferencial y la descripción de los insumos requeridos para la ejecución de dichas pruebas. Adicionalmente, no se aportan evidencias que demuestren la socialización, capacitación o divulgación de estos protocolos al talento humano responsable de su aplicación.

Indicación: Actualizar y fortalecer los protocolos de realización de pruebas complementarias de tamización (audiometría, visiometría y espirometría), incorporando los lineamientos de enfoque diferencial, la descripción de los insumos requeridos y demás criterios aplicables. Asimismo, implementar y documentar las actividades de socialización y capacitación dirigidas al talento humano responsable de su ejecución, conservando las evidencias correspondientes para su seguimiento y verificación.

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:

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

Observación: Al revisar el documento se encuentra que no se describen todos los temas mencionados en el criterio o que esta disgregados en otros documentos y estos tampoco están ajustados a las condiciones técnico-científicas, ni con el hacer de la institución, por ejemplo, en lo referente a las acciones de prevención de los tipos de flebitis en el manual solo se mencionaba un tipo porque estaba en otro documento, pero en ese documento tampoco estaban desplegadas.

El tema de recepción e identificación están descritos en otros documentos, pero se debe tener en cuenta que en la identificación de muestras de pacientes se cuenta con una práctica segura para ser desarrollada e implementada.

El transporte no está descrito y los mensajeros que utilizan de manera directa por la institución no cuentan con las acciones de formación en el manejo de muestras de tipo peligroso por ser clasificadas como riesgo biológico.

Como es un documento transversal a todas las sedes de la entidad, el tema de la remisión no se encuentra documentada acorde a lo que ocurre en cada sede

Indicación: Ajustar el documento con todos los temas que se mencionan en el criterio siendo coherentes y consistentes con lo que se realiza en las sedes y adheridos a las condiciones técnico-científicas de las actividades

 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					

Criterio 9.2. Entrega de resultados.

Observación: Se comenta por parte de la coordinadora del servicio que el envío de resultados es por WhatsApp sin una autorización expresa de los usuarios

Indicación: Dejar descrito en el documento el medio institucional por el cual enviar los reportes, y de manera complementaria realizar los ajustes necesarios para la implementación del sistema de gestión de protección de datos de los pacientes con los formatos de autorización.

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

Observación: Aunque se evidencian formatos de listas de chequeo de la realización de supervisión no se cuenta con un documento donde se describa la frecuencia, actividades ni el personal designado para realizar dichas actividades en el servicio.

Indicación: Generar el documento con las condiciones de cada una de las sedes y las actividades a realizar con la frecuencia y medios de supervisión.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitior.

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

Criterio: 16.7. Limpieza y desinfección del material que se utilice en el procesamiento de las muestras, cuando aplique.

Observación: No se encuentra documento que describa la Limpieza y desinfección del material como las gradillas, las loncheras, el material de vidrio que se utiliza en el servicio

Indicación: Generar el documento donde se describan las actividades de Limpieza y desinfección del material con indicadores de control para el detergente y desinfectante

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 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: Durante la verificación de las historias clínicas se evidenció que los consentimientos informados se encuentran diligenciados y disponibles en formato físico; sin embargo, estos documentos no se encuentran integrados al sistema de historia clínica electrónica utilizado por la institución.

Indicación: Se recomienda al prestador evaluar la implementación de mecanismos que permitan la integración y almacenamiento de los consentimientos informados dentro de la historia clínica

 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					

electrónica, con el fin de fortalecer la disponibilidad, integridad, trazabilidad y consulta oportuna de la información clínica, favoreciendo la gestión documental y la continuidad de la atención

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

Observación: Durante la revisión de la historia clínica electrónica se evidenció que los registros generados en formato digital PDF no incluyen la hora de atención o de realización del registro clínico, lo que limita la trazabilidad cronológica de la atención prestada y la identificación precisa de la secuencia de los eventos asistenciales.

Indicación: Se indica al prestador implementar las acciones necesarias para garantizar que los registros de la historia clínica electrónica incluyan fecha y hora de atención o de elaboración del registro, de manera que se asegure la trazabilidad, secuencia cronológica, oportunidad e integralidad de la información clínica, conforme a los lineamientos institucionales y la normatividad vigente aplicable al manejo de la historia clínica. Se debe realizar la revisión del anexo técnico de la Resolución 866 de 2021 que dan las actuales condiciones de los campos de información para la historia clínica electrónica.

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: Durante la revisión de las historias clínicas se evidenciaron registros asistenciales y evoluciones médicas con espacios en blanco, situación que no garantiza el diligenciamiento completo de la información clínica ni la trazabilidad integral de la atención prestada

Indicación: Se indica al prestador fortalecer la adherencia a los lineamientos institucionales para el diligenciamiento de la historia clínica y los registros asistenciales, garantizando que estos se realicen de forma completa, clara, cronológica y sin dejar espacios en blanco. Así mismo, deberá implementar mecanismos de seguimiento y auditoría que permitan verificar la calidad de los registros clínicos y la adherencia del talento humano a los procedimientos institucionales establecidos para la gestión de la información asistencial.

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: Durante la revisión de las historias clínicas se evidenció que los registros generados en formato PDF no incluyen la hora de realización de la atención o del registro clínico. Adicionalmente, al verificar los consentimientos informados, se observó que estos cuentan con la identificación y firma del paciente; sin embargo, no se evidencia la identificación, nombre ni firma del profesional responsable de brindar la información y realizar el proceso de consentimiento informado. Lo anterior no permite garantizar la identificación completa del autor de los registros ni la trazabilidad integral de la atención prestada.

Indicación: Se indica al prestador implementar las acciones necesarias para garantizar que todos los registros asistenciales consignados en la historia clínica incluyan la fecha y hora de realización, así como la identificación completa del profesional responsable de su elaboración. De igual manera, deberá asegurar que los consentimientos informados contengan los datos de identificación, nombre y firma del profesional que brinda la información al paciente y obtiene el consentimiento,

 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					

garantizando la trazabilidad, integridad y calidad de los registros clínicos de conformidad con los lineamientos de la normatividad vigente.

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: Durante la revisión de los consentimientos informados se evidenció que los formatos cuentan con el registro y firma del paciente o su representante; sin embargo, no incluyen criterios de identificación que permitan determinar el profesional responsable de suministrar la información y obtener el consentimiento. Lo anterior no garantiza la trazabilidad del proceso de consentimiento informado ni permite verificar el profesional que efectuó la explicación de los riesgos, beneficios, alternativas y demás aspectos relacionados con el procedimiento o tratamiento propuesto.

Indicación: Se indica al prestador implementar las acciones necesarias para garantizar que los formatos de consentimiento informado incluyan la identificación completa del profesional responsable de brindar la información al paciente y obtener el consentimiento, incorporando como mínimo nombre completo, profesión u ocupación, firma y demás datos definidos por la institución. Así mismo, deberá asegurar la correcta aplicación y diligenciamiento de este proceso, de manera que se garantice la trazabilidad, integridad y verificabilidad del consentimiento informado dentro de la historia clínica.

Modalidad telemedicina - Prestador Remisor - Prestador de Referencia Cuenta con:

Criterio: 15. *Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique:*

15.1. *Los mecanismos que garanticen la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente.*

15.2. *Los mecanismos de compresión utilizados por el prestador para que la información recuperada corresponda al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas).*

15.3. *El método utilizado para el uso de la firma electrónica o digital.*

15.4. *La encriptación de la información para su transmisión y mecanismos de acceso a la misma de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud.*

15.5. *Los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario. cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto.*

Criterio: 16. *Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos.*

Criterio: 17. *Todos los eventos y transacciones que se realicen con ocasión de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina son documentados y almacenados, y son parte integral de la historia clínica.*

Criterio: 18. *Registro de las atenciones realizadas en la modalidad de telemedicina.*

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

Observación: El prestador no cuenta con lo descrito previamente para los criterios 15, 16, 17 y 18; presenta documento que describe el proceso, y certificación, pero no describe, lo solicitado en estos criterios.

Indicación: Se deberá soportar, mediante documento firmado por el ingeniero de sistemas, que los mecanismos garantizan la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente; que los mecanismos de compresión utilizados por el prestador para que la información recuperada corresponda al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas); que la encriptación de la información para su transmisión y mecanismos de acceso a la misma de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud; y, que los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario, cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto. Igualmente, deberá soportar documentalmente el plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos, los eventos y transacciones de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina son documentados y almacenados, y son parte integral de la historia clínica, y los registros de las atenciones realizadas en la modalidad de telemedicina.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

Criterio: 10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios

Observación: se encuentran planillas de consentimiento informado en el servicio donde no se evidencia quien realiza la actividad de informar, además de incluir información que pertenece a un registro diario de pacientes más que a un formato de consentimiento.

Indicación: Ajustar el formato y la actividad de brindar la información para obtener el consentimiento informado de los pacientes, asegurando que aparezcan los datos del personal asistencial que realiza la actividad en el servicio.

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA

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: En la primera visita del 1 de junio se presenta contrato para la interdependencia con el laboratorio clínico COLCAN, pero no se había realizado supervisión, ya para la segunda visita se informa de la asistencia el 10 de junio a las instalaciones del laboratorio clínico de Colcan realizando su primera supervisión.

 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					

Indicación: Se indica que la institución deberá dejar establecida la frecuencia de la 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)

1. Para el componente PAMEC, el prestador presenta soportes de PAMEC proyectados para 2025 y 2026, se verifica en el portal Vigilados de la Supersalud y presentan cargue del reporte de la Circular 012 de 2016, que se encuentra con 31 registros de 14 municipios donde hacen presencia, con fecha 27 de febrero de 2026, se encuentra en el primer renglón, 12 actividades planeadas, 8 actividades ejecutadas, 7 auditorías de seguimiento a la ejecución del PAMEC y 7 auditorías realizadas, 0 documentos soporte, de los procesos priorizados se reporta procesos como son prestación de servicios, laboratorio clínico, toma de muestras, mantenimiento de equipos biomédicos, se da retroalimentación de agrupar de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente, se revisa Documento PAMEC, que mezcla información de Sistema Único de Acreditación, Riesgos en procesos misionales, se dan recomendaciones de ajuste. Para la implementación de la Ruta Crítica, presentan matriz separada por pestañas por cada etapa, presentan mapa de procesos, presentando como proceso misional la gestión comercial y la prestación de servicios, se explica la intensión de la distribución de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo.

Se explica cómo se ingresa a la página de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 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 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 ajustadas y/o 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 correspondientes de acuerdo con los servicios habilitados, para las encuestas de satisfacción se recuerda que se debe dejar el espacio para que el paciente elija la opción "NO RESPONDA", en los indicadores de Satisfacción Global y Recomendaría, se evidencia reporte de 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 Monitoreo de la Calidad - MOCA, se revisa un tablero de indicadores en el cual se realiza 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

 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					

implementación de estas, se da recomendación de analizar el ciclo completo de 2025 agrupando la información y de acuerdo al cumplimiento de cada indicador, documentar las acciones de mejora desarrolladas para mejorar o mantener dicho comportamiento. Se recomienda descargar de la página www.saludcapital.gov.co 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>, donde se explica la necesidad del alistamiento institucional para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

- Para el **paciente trazador** se elige 1 historia clínica al azar, de un paciente que asiste para exámenes de ingreso de la Universidad que tiene convenio la Institución, que incluye examen médico ocupacional, examen visual y examen auditivo, es un paciente de sexo masculino mayor de edad, al verificar en historia clínica física y digital del Software GATO, se evidencia que no se cumple con lo normado en la Resolución 1995 de 1999, en cuanto a la identificación del paciente como es estado civil, dirección y teléfono del domicilio, lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante, nombre teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario y tipo de vinculación a la aseguradora a la que pertenece.
Se verifica en físico el consentimiento informado y se evidencia que la recepcionista es quien hace firmar sin ninguna explicación de riesgos, beneficios ni relevancia de la información que diligencia el mismo paciente en este anexo de la historia clínica.
Se verifican las atenciones de examen médico ocupacional de ingreso, optómetra, fonoaudióloga, pero se evidencia que el certificado solo es firmado por la Dra. Leidy Karolina Erazo Giraldo, y quien le hace el examen inicial es la Dra. Catalina, no encontrando correlación entre profesional que valora al inicio y la profesional que emite el concepto.

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, el paciente accede sin barreras a las consultas requeridas. Sin embargo, como no se evidencian registro de atenciones recibidas no se garantiza la accesibilidad al paciente.
Oportunidad	Por tratarse de consulta particular, el paciente recibe las consultas requeridas. Se garantiza disponibilidad de recurso humano facilitando la entrada oportuna al sistema, dando manejo como paciente VIP, por el convenio con la Universidad que lo remite.
Seguridad	Se evidencian registros de las diferentes atenciones recibidas, se considera una atención segura brindada al paciente.
Pertinencia	Por tratarse de consulta particular, el paciente accede sin barreras a las consultas requeridas y según la remisión de la Universidad el paciente obtiene el certificado de aptitud ocupacional.
Continuidad	Se evidencia articulación entre los diferentes servicios, garantizando el diligenciamiento de cada atención y garantizando la continuidad en la atención integral del paciente

ANEXO FOTOGRÁFICO



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

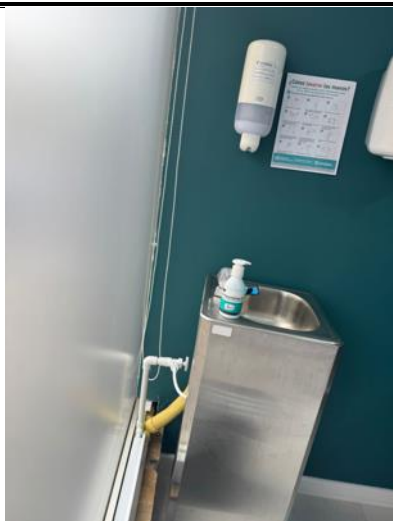
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



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



A. Lavamanos portátil en consultorio.



B. Black Out en consultorio, con superficie porosa, que no permite adecuados procesos de limpieza y desinfección.



C. Escalerilla en consultorio, con borde desprendido, que no permite garantizar procesos de limpieza y desinfección.



D. Camilla en consultorio con sabana desechable y plástico debajo.



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



E. Black Out en consultorio, con superficie porosa, y bordes desgastados, que no permite adecuados procesos de limpieza y desinfección.



F. Área para toma de muestras de laboratorio clínico piso 12, al fondo del ambiente.



G. Contenedores con torundas de algodón en área de toma de muestras de laboratorio clínico.



H. Silla para toma de visiometría y Optometría, con apoya pies desprendido y cojinería desgastada.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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



ACTA DE REUNIÓN

Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

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



I. Silla para toma de visiometría y Optometría, con cojinería desgastada.



J. Lavamos portátil en ambiente de consulta de Optometría y visiometría.



K. Orificios en pisos de consultorios



L. dilataciones entre vidrio y marco de ventana con presencia de acumulación de material particulado



 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					

	
S. Mobiliario en madera desgastado al interior del servicio de laboratorio clínico	T. Ausencia de mediacaña en el servicio de Laboratorio clínico

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
NA	NA	NA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

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

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión
--

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) No ()	Se anexa listado de asistencia

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

LISTADO DE ASISTENCIA



**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

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

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

Asistencia Técnica Centro Diagnóstico y Tratamiento Cendiatra
Tema: Sociedad de Acciones Simplificadas Cendiatra SAS

Fecha: 01-06-2026

Hora Inicio: 8:30

Hora Fin: 15:30

Lugar: Calle 19 # 3-50 / 16 Piso 12 Local 115

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Charliere Bance	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	619890	charliere@saludcapital.gov.co	Charliere Bance
2	Yviana Suarez	Cendiatra	As. Asesoría	31637373	YVIANA.SUAREZ@CENDIATRA.COM	Yviana Suarez
3	Natalia Cardenas	Cendiatra	Coord. Laboratorio	318644182	laboratorio.principal@cendiatra.com	Natalia Cardenas
4	Esli Ariza	Cendiatra	As. Asesoría	312253873	biomedica@cendiatra.com	Esli Ariza
5	Alcandio Rojas	Cendiatra	Coord. Calidad	300735863	calidad@cendiatra.com	Alcandio Rojas
6	Andrea Ramos	Cendiatra	Ger. Operat.	31481647	andrea.ramos@cendiatra.com	Andrea Ramos
7	Fredy Taborda	Cendiatra	Prof. Asesoría	31888888	fredy.taborda@cendiatra.com	Fredy Taborda
8	Karen Tatiana Gaitán	Cendiatra	Recepcionista	83456254	kendiatras@cendiatra.com	Karen Tatiana Gaitán
9	Daniela Paredo	Cendiatra	Recepcionista	31653084	daniela.paredo@cendiatra.com	Daniela Paredo
10	Heidi Parra	Cendiatra	Ger. Asesoría	310874019	heidi.parra@cendiatra.com	Heidi Parra
11	María Fernanda Ayala	Cendiatra	As. Asesoría	312330205	conductora@cendiatra.com	María Fernanda Ayala
12	Katherine Gaitán	Cendiatra	Infraestructura	300735863	katherinegaitan@gmail.com	Katherine Gaitán
13	Cristina Arias	Cendiatra	As. Asesoría	324833776	cristina.arias@outlook.com	Cristina Arias
14	Martha Beto Sarmiento	SDS-SCSSS	Prof. Especial	3132118253	mssandona@saludcapital.gov.co	Martha Beto Sarmiento
15	Rocio Catalina Padilla	SDS-SCSSS	Prof. Especial	3649090	rcapadilla@saludcapital.gov.co	Rocio Catalina Padilla
16	Rodrigo Andrés Cruz	SDS-SCSSS	Prof. Especial	3649090	rodrigo@saludcapital.gov.co	Rodrigo Andrés Cruz
17	Gloria Lidette Villagras	SDS-SCSSS	Prof. Especial	3213741673	glvillagras@saludcapital.gov.co	Gloria Lidette Villagras

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas sólo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-01



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 Manguillo Erazo

[illegible]

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



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

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

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

Tema: Asistencia en campo CENDIATRA S.H. S.H. Fecha: 12 de Junio de 2026

Hora Inicio: 8:30 am Hora Fin: 16:30 Lugar: Jefe CENDIATRA Centro

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Gloria Lizette Villegas	SDS-SCSSS	Prof. Espe	321374675	gvillegas@saludcapital.gov.co	
2	Paula Andrea Cruz	SDS-SCSSS	Prof. Espec	3649090	pacruz@saludcapital.gov.co	
3	Rocio Catalina de la Borda	SDS-SCSSS	Prof. Especial	3649090	rocio@saludcapital.gov.co	
4	Diana P. Gálvez	SDS-SCSSS	Prof. Espec	3649090	dpgalvez@saludcapital.gov.co	
5	Natalia Cardenas	Cendiatra	Coord. Nac Lab	3186244182	laboratorio.principal@cendiatra.com	
6	María Fernanda Angulo	Cendiatra	Jefe STH	318330205	coordinadora@cendiatra.com	
7	Niriana Suarez	Cendiatra	Asistente	316336923	niriana.suarez@cendiatra.com	
8	Andrés Ramos	Cendiatra	Prof. Especial	324516412	andres.ramos@cendiatra.com	
9	Roberto Velasco	Cendiatra	Prof. Especial	317800005	roberto.velasco@cendiatra.com	
10	Andrea Isabel Forero	SDS-SCSSS	Prof. Esp	3649090	aiforero@saludcapital.gov.co	
11	Eduard Rojas N.	Cendiatra	Coord. Calidad	300737263	calidad@cendiatra.com	
12	Martina Zela Sanchez	SDS-SCSSS	Prof. Especial	313211855	mssanchez@saludcapital.gov.co	
13	Carolina de la Cruz	SDS-SCSSS	Prof. Esp	3649090	caroladecruz@saludcapital.gov.co	
14	Luis Algodora Noguera	Cendiatra	Director Técnico	3722654429	luis.algodora@cendiatra.com	
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

1030562508