

 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:	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se da inicio a la visita de orientación técnica y seguimiento a la IPS Clínica de la mujer en el marco del plan de choque por eventos de MM en la ciudad de Bogotá, la cual tiene como soporte presentación de oficio de visita nocturna en la IPS.



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. - 2024-EE-130643

012100

LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.

El decreto 160 de 2016 en cumplimiento de las competencias legales dispone del funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calificación en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, orientado al mejoramiento de los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En este sentido y teniendo como insumo las premisas que se establecieron en las líneas de acción emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el plan de planeación para la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal, que llegan al establecido en la resolución 3290, junto con la emisión de la Circular 0047 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, la ley 2044 del 11 de julio 2022 y el decreto 4471 de 2022, se generan nuevas herramientas que servirán a los equipos para sumar esfuerzos en pro de la atención integral de los usuarios.

En consecuencia, con las necesidades en salud de la ciudad y los compromisos de la actual administración, a partir de los eventos priorizados por el Modelo de Atención en Salud de Bogotá + MAS Renovar, priorizar los procesos de certificación de los estándares de calidad en la atención y el monitoreo de efectos en salud, orientados a eliminar o minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud materna e infantil. La Secretaría Distrital de Salud, dispone de un equipo técnico, para establecer acciones de identificación y seguimiento por medio de asistencias técnicas en los diferentes horarios del día, a continuación, se presentan las siguientes profesionales a la visita:

Nombres	Documento
Diana Carolina Franco Pardo	82818888
Diana Paola Suarez Santana	1318020279
Maria Espinoza Delgado Minnie	89100741
Ledy Degan Mateo Mantilla	80273888
Andrea Paola Velandia Morisy	82308100
Chauco Deira Nieto	82440718
Diego Alejandro Baeza	91532582



BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

Martha Patricia Baeza

Se perjuicio a lo anterior y en desarrollo de la diligencia de visita, la institución podrá conocer por medio del acta, cualquier irregularidad o hallazgo que se evidencie con relación a la prestación de servicios de salud, así mismo, la solicitud de actualización y/o adaptación a guías, protocolos y demás documentos que mejoren la atención de la población.

Contablemente,

Diana M. Walteros

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Basura: Diana Franco – Subdirectora Vigilancia Salud Pública
Revisó: Diana Franco – Subdirectora Vigilancia Salud Pública

SECCIÓN 1: SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA MM 2026

En lo corrido del 2026 se han presentado 10 eventos de mortalidad materna en el Distrito.

Un porcentaje importante de los casos de mortalidad materna se consideran eventos evitables, específicamente aquellos asociados a causas directas relacionadas con la gestación; estos casos representan el mayor reto de intervención para el Distrito Capital. De acuerdo con lo anterior, se ha presentado en los últimos años, una tendencia al aumento de las muertes maternas por causas indirectas, guardando relación con la contingencia que vive la ciudad en cuanto al fenómeno migratorio (principalmente de población venezolana). Adicionalmente, el indicador (RMM) se ve afectado directamente por las variaciones en el denominador que corresponde al número de nacidos vivos; este con una tendencia importante al descenso en los últimos años en el Distrito Capital. Por lo tanto, aun cuando se evidencia una disminución en el número de casos, no ocurre proporcionalmente con la razón de muerte materna.

Así mismo, se hace un llamado a las instituciones en el fortalecimiento de estrategias de captación temprana en las gestantes y la demanda inducida del a la prestación del servicio, que permita el acceso a los servicios y el empoderamiento de la mujer y familia gestante frente a los signos de alarma., monitorear a las usuarias principalmente los primeros días después de presentar el evento de MME y evento obstétrico, puesto que, este es el periodo más sensible y donde se presenta el mayor número de casos asociados a estas causas. Adicionalmente, se recalca la articulación de las rutas específicamente la de cáncer donde se concentra el mayor número de casos de muerte materna asociados a causas indirectas y tardías.

SECCIÓN 2: SEGUIMIENTO A COMPROMISOS DE VISITA ANTERIOR

El seguimiento administrativo de los compromisos se realiza en la visita de la jornada del día, en la noche se hace seguimiento operativo al proceso.

ACCIÓN	OBSERVACIONES	% AVANCE
--------	---------------	----------

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tercera reiteración: Garantizar la implementación, cumplimiento y seguimiento continuo de las Escalas de Alerta Temprana, asegurando su aplicación sistemática en los servicios asistenciales correspondientes, conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes.	En el servicio de expansión de urgencias adultos se cuenta con la disponibilidad de escala de alertas tempranas	N/A
Garantizar la toma oportuna, seguimiento y registro de gases arteriales para la detección temprana de alteraciones clínicas y la orientación del manejo en emergencias obstétricas.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Garantizar el uso medido y basado en la evidencia clínica de cristaloides, limitando su administración y priorizando el inicio temprano de los demás hemo componentes, según la condición clínica, el estado hemodinámico y la respuesta de la paciente, conforme a los protocolos y guías vigentes.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Garantizar la oportunidad de pruebas viscoelásticas para generar alertas oportunas y orientar el manejo hemostático en emergencias obstétricas, trabajar de manera conjunto el protocolo, desde choque moderado.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Actualizar los protocolos de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo y del Código Rojo Obstétrico, garantizando criterios claros de activación y desactivación oportunas, así como un manejo basado en evidencia, que incluya la recomposición del paquete transfusional con glóbulos rojos, plasma y plaquetas, además del uso de crioprecipitados, concentrado de fibrinógeno o concentrado de complejo protrombínico para la corrección temprana de la hipofibrinogenemia.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Implementar alertas tempranas frente a alteraciones en plaquetas, fibrinógeno y tiempos de coagulación para orientar el manejo oportuno en emergencias obstétricas.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Vigilancia continua y registro en la historia clínica digital del seguimiento de las constantes vitales en la atención del parto y de las emergencias obstétricas, por parte de los servicios de sala de partos, urgencias, UCI, hospitalización y salas de cirugía.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Asistir a la Unidad de Análisis según comunicación y programación	Se registra asistencia a las unidades de análisis	100%
Establecer la no delegación para la administración segura de medicamentos, garantizando supervisión y cumplimiento de los protocolos.	Se debe actualizar documento	50%
Implementar y realizar seguimiento a la administración segura de medicamentos, garantizando dilución, registro, tiempos y vía de administración correctos.	Se debe actualizar documento, se encontró administración no segura de medicamentos	50%
Garantizar la disponibilidad de un stock mínimo del paquete transfusional para la atención oportuna de emergencias obstétricas.	Se revisa y actualiza el Plan de Abastecimiento del Servicio de Gestión Pretransfusional, bajo la metodología AABB aprobada por el INS. Se mantienen las cantidades definidas para glóbulos rojos, crioprecipitados y plasma fresco congelado, así: 6 unidades de glóbulos rojos O positivo, 4 unidades de glóbulos rojos O negativo, 12 unidades de crioprecipitados y 6 unidades de plasma fresco congelado. Para el caso de las plaquetas por aféresis, se contará con una unidad de stock permanente.	100%
Decidir oportunamente el inicio de soporte vasopresor según la condición clínica y el escalonamiento requerido.	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A
Actualizar NALS a los neonatólogos y pediatras, así como el minuto de oro a enfermeras y terapeutas respiratorias que trabajen en sala de partos, recién nacidos y alojamiento conjunto	Se realizará seguimiento en proxima visita del segundo semestre	N/A

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Garantizar el adecuado diligenciamiento del formato de control de administración de componentes sanguíneos.	Se evidencia que el compromiso presenta un avance parcial. No obstante, continúa pendiente la implementación de los ajustes en los formatos institucionales para garantizar la trazabilidad del proceso transfusional, específicamente el registro de la fecha y hora de solicitud de hemocomponentes al SGPT en el formato de relación de pacientes transfundidos y la inclusión de la hora de activación del código rojo y la hora de recibido en el servicio hospitalario en el formato RCM-1637 , de conformidad con las recomendaciones emitidas.	50%
Realizar el reporte del incidente de seguridad del paciente relacionado con la inoportunidad de entrega de 1 CUPde plaquetas para las pacientes identificadas con CC 1.013.586.326. y CC 1.024.545.437.	Se realizó el reporte del incidente de seguridad del paciente en ALMERA, identificación del caso n.º 3858, relacionado con la inoportunidad en la entrega de una unidad de concentrado único de plaquetas (CUP) para las pacientes identificadas con CC 1.013.586.326 y CC 1.024.545.437, adicional se evidencia el reporte correspondiente al Banco de Sangre IDCBIS. En la respuesta emitida por el banco de sangre se refiere que, si bien en el contrato vigente se contemplan los tiempos de respuesta para solicitudes urgentes, no se establecen de manera específica los tiempos de entrega para hemocomponentes modificados, los cuales requieren procesos adicionales para su preparación, disponibilidad y entrega. Por lo anterior, recomiendan realizar la revisión y ajuste de los acuerdos contractuales relacionados con los tiempos de respuesta y entrega de hemocomponentes modificados. Asimismo, se recomienda fortalecer los canales de comunicación entre el banco de sangre y el Servicio de Gestión Pretransfusional, especialmente ante solicitudes urgentes que involucren hemocomponentes modificados, garantizando la información oportuna sobre los tiempos estimados de disponibilidad y entrega. De igual manera, realizar revisión interna del flujo operativo asociado a la priorización, procesamiento y envío de hemocomponentes solicitados bajo condición de urgencia, así como efectuar seguimiento y monitoreo de los eventos relacionados con la oportunidad en la entrega, en el marco del mejoramiento continuo y la seguridad transfusional. Adicionalmente, se revisa y actualiza el Plan de Abastecimiento del Servicio de Gestión Pretransfusional, bajo la metodología AABB aprobada por el INS. Se mantienen las cantidades definidas para glóbulos rojos, crioprecipitados y plasma fresco congelado, así: 6 unidades de glóbulos rojos O positivo, 4 unidades de glóbulos rojos O negativo, 12 unidades de crioprecipitados y 6 unidades de plasma fresco congelado. Para el caso de las plaquetas por aféresis, se contará con una unidad de stock permanente.	100%
Reporte del evento de las unidades de GR con sello nacional de calidad B26019399 y B26019428, que estuvieron en el servicio hospitalario durante 2 horas y con posterior reintegro al stock de SGPT y transfusión a pacientes de la institución, con levantamiento de planes de mejora correspondientes.	Se realizó el reporte en Almera del incidente identificado con el código M620261146240505. En el marco del análisis del evento, se efectuó la revisión de la documentación existente asociada al proceso de devolución de hemocomponentes enviados a transfundir.	

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	Como resultado de la revisión, se realizó ajuste al documento APD.LAB.PRO.006 "Procedimientos del Servicio de Gestión Pretransfusional", el cual fue remitido a la Dirección Médica para su revisión y aprobación. El ajuste incluye aspectos relacionados con las variables de devolución de hemocomponentes y la incorporación de un espacio para el registro de temperatura. Adicionalmente, se realizó la revisión y actualización del formato RCM-1726 "Devolución de hemocomponentes enviados a transfundir incluyendo de manera específica los aspectos que deben validarse en los hemocomponentes que son liberados desde el Servicio de Gestión Pretransfusional. Finalmente, se realizó la divulgación al equipo del Servicio de Gestión pre transfusional documentado para la devolución de hemocomponentes, con el propósito de fortalecer la estandarización, trazabilidad y seguridad del proceso transfusional.	100%
--	---	------

SECCION 3: SEGUIMIENTO A CASOS DE EN SALA DE ESPERA, TRIAGE, REVALORACIÓN, TOMA Y LECTURA DE PARACLINICOS

- En los horarios de la mañana y tarde se cuenta con el servicio de admisiones para el ingreso de las gestantes
- Se cuenta con servicio de triage obstétrica realizado por profesional de enfermería, cuenta con sistema ue permite semaforizar el triage obstétrico, por colores. Triage 1 (Color rojo), Triage 2 (Color naranja), Triage 3 (Color amarillo), Triage 4 (Color verde).
- Se dispone de dos ginecobstetras y un médico general para valoraciones y revaloraciones en triage
- Se cuenta con escala de alertas tempranas sistematizadas en la historia clínica
- De acuerdo con información brindada mediante entrevista a profesional de ginecología se menciona la orientación de las usuarias de acuerdo al triage asignado:
 - Triage I: Ingreso inmediato a sala de reanimación
 - Triage II: Sala de espera sala de observación
 - Triage III y IV: Sala de espera de urgencias
- Durante la visita se realiza revisión de atención a usuaria que se encontraba en sala de observación y consultorio de triage

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN, EDAD Y EPS	DE	LUGAR DE LA USUARIA (SALA DE ESPERA, CONSULTORIO)	DESCRIPCIÓN DEL CASO	OBSERVACIONES/ EVIDENCIAS SECRETARIA DE SALUD
53012070		Sala de observación	Gestante de 20 semanas, ingresa a las 11:08 am a triage G3A2, aplicación alerta temprana de 5, antecedente de Hipertensión e hipotiroidismo. Consulta por tos, odinofagia, triage II 11:33 am Valoración por GO. Solicitud de laboratorios y analgésico VO, IV 12:25 pm Emisión de resultados de laboratorio clínico 2:32 pm Valoración por medicina interna, lectura de paraclínicos. Dx Infección por influenza tipo A. Manejo hospitalizar.	Con respecto a la clasificación del Triage II estuvo correctamente asignado al tratarse de una gestante con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo y un puntaje de alerta temprana de 5 ya que la paciente requiere una evaluación médica rápida para evitar el deterioro. Se evidencia atención por ginecobstetra dentro de los tiempos, resultado de laboratorios en un tiempo eficiente menor a una hora. La valoración por medicina interna se realiza con una oportunidad de mas de tres horas, no debería esperar más de dos horas por la interconsulta especializada una vez los laboratorios están listos, especialmente ante el riesgo de complicaciones respiratorias.

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

1030520629	Consultorio del triage	Ingres a IPS 9:15 pm, hora de atención triage 9:20 pm Gestante de 21 semanas consulta por cuadro de contracciones uterinas de braxton hicks, escala de alerta temprana puntuación de 1 por FR. No signos de alarma, se clasificación triage III. Se direcciona a sala de espera para valoración ginecobstetricia.	Se evidencia atención por profesional de enfermería de manera oportuna, en cuanto a la clasificación de triage al interrogar al profesional sobre los criterios de clasificación se evidencia ue no hay claridad, se solicita el protocolo de clasificación de triage el cual no se ubica. Se solicita dentro de los compromisos actualizar la infografía de criterios para clasificación de triage y socializarla.
H C	Sala de espera de urgencias	Gestante que ingresa a las 20 horas por primera vez con triage dentro de los primeros 30 minutos, y realización de monitores dentro de la primera hora.	Se evidencia atención dentro de los tiempos establecidos, al momento de la visita solamente 1 gestante en sala.

SECCIÓN 4: ADHERENCIA A LAS GUIAS

ADHERENCIA	DOCUMENTO	PORCENTAJE	OBSERVACIONES/ EVIDENCIAS SECRETARIA DE SALUD
ADAPTACION NEOANTAL	1065628776	100%	Muy buena articulacion, apoyo de neonatologia

SECCIÓN 5: ENTREVISTA A USUARIAS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, EDAD Y EPS	LUGAR DE LA USUARIA (SALA DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN, UCIN)	DESCRIPCIÓN DEL CASO	OBSERVACIONES/ EVIDENCIAS SECRETARIA DE SALUD
1020819391	Hospitalización	Paciente en puerperio quién tuvo acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, refiere recibir buen trato y recomendar la atención en la institución. Sale con método anticonceptivo inyección trimestral.	se sugiere mantener las estrategias institucionales que promueven el parto humanizado, el acompañamiento durante el trabajo de parto y el trato digno y respetuoso, garantizando el cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP). De igual forma, se recomienda reforzar la educación antes del egreso sobre signos de alarma maternos y del recién nacido, lactancia materna, cuidados durante el puerperio y continuidad del método anticonceptivo seleccionado, asegurando el acceso oportuno a los controles posparto y de planificación familiar.

SECCIÓN 6: VERIFICACIÓN DE TALENTO HUMANO

SERVICIO	TALENO HUMANO PROGRAMADO (DESCRIBA LOS PERFILES Y NÚMERO DE PERSONAS ASIGNADAS AL PERFIL Y SERVICIO)	TALENTO HUMANO EVIDENCIADO EN VISITA DE SEGUIMIENTO	NÚMERO DE PACIENTES	OBSERVACIONES/ EVIDENCIAS SECRETARIA DE SALUD
TRIAGE	Enfermero Aux Enfermería	1 enfermero, 1 auxiliares de enfermería. Se encuentra un servicio de expansión donde hay 1 enfermero y 2 auxiliares de enfermería.	1 usuaria	Se evidenció la asignación de una profesional de enfermería en el área de Triage I, responsable de la evaluación inicial y la priorización de las gestantes, garantizando la identificación oportuna de signos de alarma, la clasificación del riesgo y el

 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:	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

				direccionamiento oportuno para la atención.
URGENCIAS	Medico Enfermero Aux Enfermería	1 enfermero, 2 auxiliares de enfermería. Se encuentra un servicio de expansión donde hay 1 enfermero y 2 auxiliares de enfermería adicionales.	3 usuarios	Durante el recorrido por el servicio de urgencias se verificó que las áreas de reanimación, observación y procedimientos se encuentran claramente delimitadas. Al momento de la visita, no se evidenciaban usuarios en reanimación; el área de observación contaba con tres usuarios y el área de procedimientos no registraba pacientes en atención.
HOSPITALIZACIÓN	Médico Enfermero Aux Enfermería Camillero	Piso 3: 1 Médico, 1 enfermero, 2 auxiliares de enfermería. Piso 5: 1 Médico, 1 enfermero, 2 auxiliares de enfermería. 1 camillero para servicio de hospitalización que acude según requerimiento	10 usuarias algunas en seguimiento por diversas patologías otras en alojamiento conjunto, habitaciones unipersonales igual en 3 y 5 piso.	Se revisaron las notas de ingreso de los pacientes correspondientes al turno nocturno y se verificó la entrega de turno. Durante la revisión documental no se evidenció la aplicación de las Escalas de Alerta Temprana como parte de la valoración y el seguimiento clínico. Asimismo, se evidenció que la toma de signos vitales se realiza de forma manual y posteriormente la información es transcrita al sistema institucional, el cual calcula automáticamente la Escala de Alerta Temprana. Este proceso puede generar un intervalo superior a una hora entre la valoración inicial y la identificación de una posible alerta, lo que podría retrasar la activación de las intervenciones correspondientes.
SALA DE PARTOS Y SALAS DE CIRUGÍA	Médico Enfermero Aux Enfermería Camillero	2 ginecólogos 1 pediatra 2 enfermeros en sala de cirugía 2 enfermeros en salas TPR 2 instrumentadores quirúrgicos 1 anestesiólogo 8 Auxiliares de enfermería • 4 para salas TPR • 2 salas de cirugía • 2 recuperación	3 pacientes en salas TPR cubículo unipersonal de las cuales 1 esta programada para cirugía y ya esta en cesárea y 1 usuaria en laparotomía.	Se realizó recorrido por la Sala de Partos y Salas de Cirugía, sin evidenciar novedades relacionadas con el personal asistencial. Posteriormente, en conjunto con Neonatologa, se efectuó la evaluación del proceso de atención en la sala de cesáreas, dejando registro documental y videográfico como soporte de la verificación realizada.
UCIN	Médico Enfermero Aux Enfermería Camillero	1 pediatra 1 neonatólogo 2 enfermeros 4 auxiliares de enfermería 2 terapeutas respiratorios	7 pacientes en estancia básica 2 pacientes en estancia intermedia 8 pacientes en estancia intensiva 2 pacientes en aislamiento	Se evidenció la disponibilidad del talento humano de acuerdo con la programación establecida para el servicio. Asimismo, se verificó que la dotación de personal se mantiene constante en todos los turnos, garantizando la continuidad de la atención.
LABORATORIO SERVICIO PRE TRANSFUSIONAL	Bacteriólogo Auxiliar de laboratorio	1 bacteriólogas 1 auxiliar de laboratorio	N/A	Durante la verificación se constató que el servicio cuenta con el talento humano completo conforme a la programación establecida. De igual manera, se evidenció que la asignación de personal es homogénea en los diferentes turnos, favoreciendo la continuidad y oportunidad en la prestación del servicio.

 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:	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

SECCIÓN 7: VERIFICACIÓN DE INSUMOS TRAZADORES

SERVICIO O UNIDAD	TIPOLOGIA	EVIDENCIA (REGISTRE NUMERO)	OBSERVACIONES SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO TRANSFUSIONAL PRE	GLOBULOS ROJOS DISPONIBLES PARA CODIGO ROJO Y OTROS	A+ 2 unidades O + 6 unidades O – 2 unidades	Al comparar con el paquete establecido por la institución, se evidenció un faltante de 2 unidades de glóbulos rojos O negativo. Al verificar la trazabilidad, se identificó que la última solicitud de estas unidades fue realizada el 10 de junio; sin embargo, no se obtuvo respuesta por parte de los bancos de sangre y no se continuó con la gestión hasta la fecha actual.
SERVICIO TRANSFUSIONAL PRE	PLAQUETAS	1 unidad	Si requieren se pide al Ibcbis, Hemolife
SERVICIO TRANSFUSIONAL PRE	CRIOPRECIPITADOS	12 unidades	
SERVICIO TRANSFUSIONAL PRE	PLASMA	6 unidades	
SERVICIO TRANSFUSIONAL PRE	BANCO DE SANGRE DE APOYO	IDCBIS Kalay San Rafael	
LABORATORIO CLINICO	POCT SIFILIS	15 unidades	Las muestras se toman en los servicios y las auxiliares las llevan al laboratorio, en donde son procesadas las muestras y se generan los reportes. Este proceso tarda más de una hora dado que cuentan con una auxiliar que realiza recorrido cada dos horas aproximadamente.
LABORATORIO CLINICO	POCT VIH	43 unidades	
LABORATORIO CLINICO	Pruebas rápidas DUAL IgG IgM Toxoplasmosis	3 unidades	

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Misoprostol 200 mg	60 unidades
Mifepristona	18 unidades
Kit de AMEU: Jeringa AMEU Cánula 7mm Cánula 6 mm Cánula 9 mm Cánula 12 mm	5 Jeringa AMEU 10 Cánula 9mm 12 Cánula 11 mm 7 Cánula 5 mm 11 Cánula 9mm 9 Cánula 7 mm 10 canulas 4mm 8 canulas de 6mm 10 canulas de 8mm

EVENTOS DE TRANSMISION MATERNO INFANTIL

Penicilina Benzatínica 1.200.000	6 unidades en la central bodega 3 unidades
Penicilina Benzatínica 2.400.000	15 unidades
Penicilina Cristalina 1.000.000	47 unidades
Penicilina Cristalina 5.000.000	15 unidades
Zidovudina	Suspensión 1 unidades (kit de código blanco) Ampolla 4 unidades
Kits de código blanco	1 kit
Formula Láctea	Si hay disponibilidad
	N/A

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Gammaglobulina anti HB	No hay	Cuando se requiere se solicita a la subred Norte
ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTETRICO (PARTO CESAREA ABORTO IVE)		
Preservativos	250 unidades	Se cuenta con métodos anticonceptivos (MAC) disponibles en la institución.
DIU	7 unidades	
DIU Levonorgestrel	6 unidades	
Inyectable trimestral	30 unidades	
Inyectable mensual	0 unidades	
Oral mensual	4 unidades	
Implante subdérmico	5 unidades	

SECCION 8 KIT DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

INSUMO	KIT EN 3 PISO	KIT URGENCIAS	KIT SALAS DE CIRUGIA
CATETER PERIFERICO #16	5	5	5
CATETER PERIFERICO #18	5	5	5
Equipo de macrogoteo	5	6	6
Equipo de microgoteo	5	NA	NA
Equipo de Transfusión	Entregado con hemo componente	g1	1
Solución Hartmann Lactato de Ringer (500 ml)	5	10	10
Solución salina normal (500 ml)	5	10	10
Sulfato de Magnesio ampollas x 2 gr	20	20 ampollas	20
Labetalol frascos x 100 mg	1	1 ampollas	1
Hidralazina ampolla x 20 mg	0	0	0
Nifedipino tab o cap x 10 mg	20 Tab	Caja por 20 tabletas	Desabastecimiento
Nifedipino tab o cap x 30mg	10 Tab	10 Tab	30 Tab
Oxitocina ampollas x 10 UI	7 (en nevera)	120 en la ips y en kit 5 ampollas	20
Metilergonovina ampollas x 0.2 mg	En farmacia	26 en la ips y 1 en el kit de emergencias	0 unidades
Misoprostol tabletas x 200 mcg	12 Tab	12 Tab	28 Tab
Antibiotico	Ampicilina Sulbactam 4 ampolla	Ampi sulbactam 4 ampollas	Piperacilina tazobactam 2 ampollas Ceftriaxona 1 Ampi sulbactam 4 ampollas
Gluconato Calcio	2	2 ampollas	2 ampollas
Betametasona ampolla x 4 mg	6	6 ampollas	6
Furosemda 20 mg/2 ml	Carro de paro	0	0
Nitroprusiato de sodio 50 mg/2 ml	Carro de paro	0	0
Nitroglicerina 50 mg/10 ml	Carro de paro	0	0
Noradrenalina 4 mg/4 ml	Carro de paro	0	0
Dopamina	Carro de paro	0	0
Metoprolol 50 mg tabletas	Carro de paro	0	0
Sonda vesical foley-cistoflo	1	1	1
Cánula nasal-humidificador	1	1	1

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Guantes estériles	2 pares	6 pares	6 pares
Acido tranexámico de 500 mg	2 ampollas	6 ampollas	2
Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemorragia posparto o Condón, seda trenzada y sonda de Nelaton N 14 con equipo de venoclisis).	De sala de partos	1	1
Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	En sala de partos	1	0

SECCION 9: SIMULACROS EN ATENCION MATERNO PERINATAL

SIMULACRO NEONATAL

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Metodología	Simulación de baja fidelidad, caso de reanimación neonatal	Profesionales del servicio en atención de usuaria con paciente hijo de madre con 38 semanas quien presento liquido amniótico meconiado, era un paciente real
Objetivos	Identificar roles de cada integrante del equipo de atención Identificar disponibilidad y reconocimiento de insumos del kit de emergencia reanimación neonatal Identificar uso de protocolo de comunicación entre integrantes de equipo de respuesta rápida, con técnica de asa cerrada.	Realizan adecuadamente
Duración del Simulacro	40 minutos,	1 hora
Tema	Reanimación neonatal	Se da asistencia técnica en nuevas recomendaciones de la AHA 2025
Servicio	Salas de cirugía	No cuentan con algoritmo de reanimación actualizado en la sala de cirugía
Resultado	Se aplica lista de chequeo de simulacro con resultado del 100%	100%
Debriefing	Se realiza debriefing identificando fortalezas en el equipo de respuesta rápida, conocimiento de la secuencia de acciones previstas en el lineamiento técnico materno perinatal. Se identificó: conformación de equipo de respuesta rápida interdisciplinar, hubo comunicación en asa cerrada, uso de listas de chequeo	Se asignan los roles adecuadamente y se verifica e equipo previamente Se realizo preparación adecuada de adrenalina, hay comunicación en asa cerrada, no llevan el tiempo de reanimación,
Equipo de Respuesta rápida	1 auxiliares de enfermería 1 profesional en enfermería 1 Médico (especialista) 1 neonatólogo 1 terapia respiratoria	Adecuado y activan a neonatología , requirió CPAP (ventilación no invasiva)
Protocolo de activación de la emergencia	Cuenta con botón de código azul	Si emplean protocolo de comunicación en asa cerrada. Activan el código azul

SIMULACION PISO HOSPITALIZACION 3

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Metodología	Simulación de baja fidelidad, caso de hemorragia obstétrica.	Usuaria en puerperio, historia de nacimiento por vía abdominal, en habitación de hospitalización piso 3,

 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	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

		con sangrado con coágulos, hipotonía uterina ,índice de choque 1.9, taquicardia, 134 lpm.
Objetivos	Identificar estrategia institucional para conformación de equipo de respuesta rápida multidisciplinar. Identificar protocolo de activación de emergencia obstétrica en la institución. Reconocer disposición de insumos y medicamentos para la activación de la emergencia.	No aplica.
Duración del Simulacro	30 minutos,	30 minutos.
Tema	Emergencia obstétrica hemorragia obstétrica	Emergencia obstétrica hemorragia obstétrica
Servicio	Hospitalización piso 3	Hospitalización piso 3
Resultado	Se aplica lista de chequeo de simulacro con resultado del 97%	97% porque no lista de chequeo,
Debriefing	Se realiza debriefing identificando fortalezas en el equipo de respuesta rápida, conocimiento de la secuencia de acciones previstas en el lineamiento técnico materno perinatal. Se identificó: conformación de equipo de respuesta rápida interdisciplinar, hubo comunicación en asa cerrada, uso de listas de chequeo	Se asignan los roles adecuadamente y se verifica el equipo previamente Se recomienda fortalecer reconocimiento y ejecución de roles entre los integrantes del equipo, particularmente, asignación para el aporte de oxitocina,
Equipo de Respuesta rápida	2 auxiliares de enfermería 1 profesional en enfermería 1 Médico especialista obstetricia 1 médico general 1Medico especialista en Cuidado intensivo	No aplica
Protocolo de activación de la emergencia	Realizan activación de emergencia obstétrica mediante llamado por extensión telefónica interna (radio telefono) y perifoneo	Realizan activación de emergencia obstétrica mediante llamado por extensión telefónica interna y perifoneo

SIMULACION PISO URGENCIAS

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Metodología	Simulación de baja fidelidad, caso de hemorragia obstetrica asociado a cetoacidosis diabética	Paciente adolescente de 14 años, quien ingresa con compromiso del estado de conciencia, historia de diabetes tipo 1. No se conoce planificación o intención reproductiva. Paciente durante atención de cetoacidosis diabética presenta sangrado genital, se realiza barrido ecográfico diagnosticando gestación de 16 semanas. Examen físico con cervix abierto y sangrado profuso. Ta 90/40 fc 150 sato2 92% fr 19 t 36. lc 1.66
Objetivos	Identificar estrategia institucional para conformación de equipo de respuesta rápida multidisciplinar. Identificar protocolo de activación de emergencia obstétrica en la institución.	No aplica
Duración del Simulacro	35 minutos,	35 minutos.
Tema	Emergencia obstétrica código rojo	Emergencia obstétrica código rojo
Servicio	Urgencias Adultos	Urgencias Adultos

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Resultado	Se aplica lista de chequeo de simulacro con resultado del 79.4%	No se aplicó triage obstétrico. No se indagó estado de gestación No uso de listas de chequeo No hay sistema estandarizado de volumen de sangrado en urgencias, se usa índice de choque. No hay posicionamiento adecuado de la paciente, no se elevan extremidades. No reevaluación del índice de choque a los 15 min No se aplica antibioticoterapia. No se aplican líquidos tibios para reanimación con cristaloides. Debe reforzarse comunicación en asa cerrada.
Debriefing	Se realiza retroalimentación a equipo y se debe continuar entrenamiento bajo metodología de simulación para garantizar conocimiento de roles y funciones, uso proactivo de listas de chequeo, familiarización con kit de emergencia obstétrica medicamentos y dosis, uso continuo de asa cerrada.	
Equipo de Respuesta rápida	1 ginecoobstetra 1 medico general 1 terapeuta respiratoria 1 jefe de enfermería 2 auxiliares 1 camillero	No aplica
Protocolo de activación de la emergencia	Realizan activación de emergencia obstétrica mediante llamado por extensión telefónica interna, radio y perifoneo.	Realizan activación de emergencia obstétrica mediante llamado por extensión telefónica interna, radio y perifoneo.

SIMULACION SALA DE PARTOS

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Metodología	Simulación de baja fidelidad, caso preeclampsia severa / Eclampsia. Momento motivacional inicial haciendo recuento de roles de los y las integrantes del equipo de respuesta rápida.	NA
Objetivos	- Uso de escalas de alerta temprana, activación de equipo de respuesta rápida y emergencia obstétrica. - Identificar roles de cada integrante del equipo de atención - Reconocer el tipo de emergencia obstétrica planteada y sus criterios de severidad - Identificar disponibilidad y reconocimiento de insumos del kit de emergencia obstétrica. - Dan manejo a las emergencias obstétricas según los medicamentos planteados en la resolución 3280. - Identificar uso de protocolo de comunicación entre integrantes de equipo de respuesta rápida, con técnica de asa cerrada.	-Se cuenta con EAT, pero no se hacen uso de estas en el contacto con la paciente obstétrica. -El equipo de respuesta rápida no se presenta completo tras la activación de la emergencia. -Reconocen el tipo de emergencia obstétrica y sus criterios de severidad. - Cuentan con kit de emergencias obstétricas que se encuentra completo. - Conocen y usan de manera adecuada los medicamentos de primera línea para el manejo de la emergencia obstétrica, sus dosis y efectos adversos. -Utilizan estrategia SBAR para presentación de casos en emergencia obstétrica, No realizan comunicación entre los integrantes del equipo de respuesta rápida en ASA cerrada. - Utilizan las listas de chequeo.

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	7. Uso de lista de chequeo durante el ejercicio simulado	
Duración del Simulacro	35 minutos.	NA
Tema	Emergencia hipertensiva	NA
Servicio	Sala de partos	NA
Resultado	Se aplica lista de chequeo de simulacro con resultado del 81.5%	
Debriefing	Se realiza debriefing identificando fortalezas y debilidades en el equipo de respuesta rápida, conocimiento de la secuencia de acciones previstas en el lineamiento técnico materno perinatal.	
Equipo de Respuesta rápida	1 ginecoobstetra 1 jefe de enfermería 1 auxiliar	Equipo de respuesta rápida incompleto
Protocolo activación de la emergencia obstétrica	Realizan activación de emergencia obstétrica mediante perifoneo por radio.	NA

SECCIÓN 10: SEGUIMIENTO Y ORIENTACION TECNICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE SEGURIDAD PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN LÍNEA - ISABEL

Puntaje estimado 91,8% en aplicación durante la asistencia técnica. Encuesta aplicada con numero 4445

CATEGORIA INSTRUMENTO ISABEL	CONCLUSIÓN GENERAL DEL ITEM EN LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO ISABEL	ASISTENCIA TECNICA
Preparación Institucional.	Se dispone de servicio de triage obstétrico realizado por profesional de enfermería, no se tiene claridad de los criterios de clasificación. Durante la visita se verifica uso y aplicación de escalas de alertas tempranas ue se sistematiza directamente en historia clínica, sin embargo el equipo debe reconocer su uso en las emergencias. Se encuentra en la IPS la disponibilidad de kit de emergencia obstétrica en urgencias sala de cirugía y en sala de partos. Se cuenta con servicios de laboratorio clínico, farmacia, especialidades.	Se informa que se debe realizar reconocimiento de las escalas en el 4 piso de hospitalización al igual que las listas de chequeo.
Prevención y Reconocimiento de Complicaciones.	Durante entrevista a personal de enfermería del servicio de expansión observación de urgencias adultos se informa que no se ha realizado simulacros para el año 2026, en los demás servicios cuentan con entrenamiento del talento humano en emergencias obstétricas, disponibilidad de escalas de alerta temprana, Escalas de clasificación de choque, de sepsis y listas de chequeo en los servicios	Disponer de suficiencia de talento humano en hospitalización
Respuesta a la Emergencia Obstétrica.	Se cuenta con equipo de respuesta rápida con definición de roles en el servicio de obstetricia.	Se requiere continuidad en los simulacros en el servicio de expansión observación de urgencias adultos, hospitalización del 4 piso,

 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:	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	En el servicio de expansión observación de urgencias adultos no se tienen definidos los roles por parte del personal de enfermería, no se realiza aplicación de lista de chequeo, no se ha realizado entrenamiento en TANN	así mismo hacer uso de las listas de chequeo durante eventos de emergencias obstétricas. En sala de parto y hospitalización del 1 piso hay manejo de las emergencias .
Remisión en Condiciones que Salvan Vidas.	Es una IPS de mediana complejidad y realiza proceso de remisión según red de prestadores de la EAPB. .	Se requiere que se establezcan los criterios de remisión de pacientes por escrito.
Reporte y Aprendizaje Institucional	Se cuentan con proceso de capacitación y entrenamiento al talento humano de la IPS	Se han realizado capacitaciones en el manejo de código rojo, código azul, emergencia obstétrica. El 22 y 23 de mayo se manejaron las 3 emergencias obstétricas. Para el mes de junio se cuenta con la programación de código azul obstétrico.
Respeto y Humanización	Cuentan con equipo interdisciplinario para análisis de eventos sigviga 549 y PQRS	Se realiza abordaje con usuarias quienes refieren buena atención en la IPS.

SECCIÓN 11: BARRERAS DE SEGURIDAD – CALIDAD

BUENA PRÁCTICA	OBSERVACIÓN	RECOMENDACIONES
Identificación de pacientes, incluye identificación de riesgo	Se pregunta a paciente NRF, cc. 1014596442, si le explicaron para que sirve la manilla/riesgos y ella enfáticamente manifiesta que no le mencionaron; Paciente DNQQ, cc. 1004614815, igualmente no se le explican para qué es la manilla/riesgos, sólo la colocan. Tercera paciente postquirúrgico con igual falencia: no se le explicó sobre el uso de las manillas, no sabe para qué son, ni tampoco se le explican riesgos postprocedimiento. Por último 5 A piso hospitalización.	Se explica que se debe contar con el paciente para que las manillas que se usan para identificar riesgos cuenten con el compromiso del paciente. De lo contrario la información es sólo para el equipo y se queda corta pues se pueden materializar los riesgos. Compromiso: Socializar la Guía de buena práctica de identificación.
Identificación de pacientes, incluye identificación de riesgo	Se revisa Guía de Buena práctica: Identificación correcta de los pacientes, Código GC.SP.POL.002. Esta contiene el código de colores para los riesgos y otros puntos necesarios de aplicación en la IPS se verifican en físico con la jefe del 5 A piso hospitalario y 5 B. Eso es positivo, sin embargo, en la Guía no se encuentran situaciones de riesgo, acciones inseguras relacionadas con las fallas en la identificación que incluye riesgos. Así como tampoco probables factores contributivos y barreras para cada situación. Esto es un lineamiento de la práctica segura incluido en el paquete instruccional del Ministerio de Salud, q incluso está en la bibliografía del documento, pero no se encuentra a la revisión de lo previamente mencionado.	Se recomienda actualizar la Guía de buena práctica de Identificación, incluir situaciones probables de riesgo con acciones inseguras relacionadas con identificación que pueden causar eventos adversos, definiendo factores contributivos y barreras protectoras
Prevención de Caídas	Se revisa documento Reducción de riesgos de daños al paciente como resultado de caídas, código GC.SP.POL.001, 10.02.2025. Se encuentran las escalas para evaluación del riesgo de caída, tanto adultos como pediátrica. Son Downton y Humpty Dumpty. sin embargo, en la Guía no se encuentran situaciones de riesgo, acciones inseguras relacionadas con las fallas en la identificación que incluye riesgos. Así como tampoco probables factores contributivos y barreras para cada situación. Esto es un lineamiento de la práctica segura incluido en el paquete instruccional del Ministerio de Salud, q incluso está en la bibliografía del documento, pero no se encuentra a la revisión de lo previamente mencionado.	Incluir situaciones probables de riesgo con acciones inseguras relacionadas con CAIDAS que pueden causar eventos adversos, definiendo factores contributivos y barreras protectoras
Binomio Madre Hijo	Se entrevista paciente de Útero Subrogado DNQQ, cc. 1004614815. Post cesárea por preeclampsia severa del 10 de junio. Se le pregunta si sabe para que son las manillas y manifiesta que no, se le pregunta si se le explicaron los riesgos y la forma de detectarlos. Que	Dado el hallazgo en la paciente de Útero Subrogado con preeclampsia severa que desconoce riesgos: Se recomienda mejorar la educación a las pacientes ginecobstetricas en cuanto a riesgos, enfatizando en la verificación 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:	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	debe contar si tiene dolor de cabeza, dolor abdominal intenso, epigastralgia incluso al salir, fosfenos y otras y la paciente manifiesta que no se le ha explicado ningún punto de esos. Se hace educación a la paciente. Se le pregunta sobre anticoncepción dado que es una G3 con pre-eclampsia severa y útero subrogado y manifiesta que no desea anticoncepción quiere dejar que se regulen sus hormonas. Dado el momento se requerirá otro abordaje.	la comprensión de dicha información. Incluye la necesidad de anticoncepción por carga de morbilidad que genera riesgo y antecedente inmediato. Esta educación debe enfatizar en la utilidad de las manillas y contar con el autocontrol de los pacientes.
Binomio Madre Hijo	Se revisa el documento de la buena práctica de binomio madre hijo y se encuentra que hay documento del 2016 que se encontró en pie de página, pero la versión no aparece, está muy desactualizado y no oficializado. No menciona riesgos, no hace escenarios simulados con factores contributivos y otros. Es decir, la Guía no se encuentra en funcionamiento oficial y no se especifican situaciones de riesgo, acciones inseguras relacionadas con las fallas en la identificación que incluye riesgos. Así como tampoco probables factores contributivos y barreras para cada situación. Esto es un lineamiento de la práctica segura incluido en el paquete instruccional del Ministerio de Salud, q incluso está en la bibliografía del documento, pero no se encuentra a la revisión de lo previamente mencionado.	Actualizar, Socializar e implementar la Guía de buena práctica binomio madre-hijo de forma urgente.
Medicamento Seguro	No se encuentra la buena práctica de Medicamento Seguro, se encontró una Guía muy completa sobre administración de medicamentos en enfermería	Actualizar, Socializar e implementar la buena práctica medicamento seguro con riesgos, factores contributivos y barreras protectoras
Manejo de pacientes en duelo	Se pregunta a persona de servicios generales que está en el piso 5 A, quien manifestó que no conoce la señalización para esto, se hace explicación	Se hacen recomendaciones puntuales y se enseña el letrero que se cuelga en la puerta
Identificación de Riesgo historia clínica	No hay médicos hospitalarios, están en urgencias y se demoran al llamado. Se hizo simulacro con un médico al llamado y se conversó con él. Pero se revisó en una historia clínica del día anterior y se llamó un médico para apoyo hospitalario y subió en tres horas. Esto se considera un riesgo a tener en Cuenta.	Se transmite para suficiencia de personal
Identificación de Riesgo historia clínica	Se hace revisión de las alertas tempranas obstétricas en 10 historias clínicas, estas se encuentran reportadas, pero se hace toma de signos que se registran manualmente y luego se hace el cálculo de la alerta, puede pasar una hora.	Hacer calculo inmediato de la Escala de Alerta temprana para que no pierda la función para la cual fue creada.

SECCIÓN 11: FORMULACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE LOS COMPROMISOS

Amerita formulación de plan de gestión:

SI ____ NO X ____

Fecha de entrega programada para radicar plan de gestión (Cinco -5- días hábiles): _____

Fecha de seguimiento al plan de gestión por parte de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud (Seguimiento no mayor a noventa -90 - días): _____

Se finaliza la visita de orientación técnica y seguimiento, se hace lectura de los aspectos registrados en el acta para conocimiento y aprobación por parte de la IPS, de igual manera se realiza socialización de los compromisos establecidos.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Garantizar el reconocimiento de las listas de chequeo, uso de medicamentos, uso del kit de emergencias obstétricas, comunicación en ASA cerrada, uso de líquidos tibios, uso de antibióticos, cuantificación de sangrado, colocación de TANN y activación de emergencia obstétrica en el servicio de urgencias de adultos y expansión observación urgencias	Líder de servicio de urgencias de adultos	Julio 15 de 2026

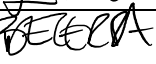
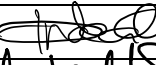
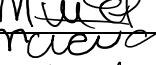
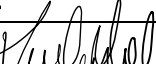
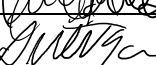
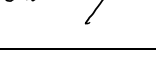
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés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

Fortalecer la entrega de paciente a través de la metodología SBAR o la designada por la IPS desde el triage al servicio de urgencias.	Líder del servicio de urgencias de adultos	Julio 15 de 2026
Garantizar la disponibilidad de POCT de embarazo en el servicio de urgencias de adultos y de pediatría con el fin de garantizar el diagnóstico oportuno de gestación no referida según resolución 943 de 2026.	Líder del servicio de urgencias de adultos y de pediatría	Julio 15 de 2026
Analizar de acuerdo con la demanda de atención si hay o no requerimiento de un camillero adicional en el turno noche.	Gerencia	Julio 15 de 2026
Realizar seguimiento estricto de la semaforización de medicamentos de todos los kits de emergencias obstétricas verificando fechas de caducidad de estos.	Líder de enfermería	Inmediato
Continuar realizando sesiones de simulación de baja fidelidad en emergencias obstétricas en el servicio de atención, incluyendo turno mañana, tarde y noche, con escenarios de hemorragia, trastorno hipertensivo y sepsis. Enfatizar en disposición de tubos para recolección de muestras de sangre.	Líder de salud materna.	26 junio de 2026 y mensual
Disponer de los criterios para clasificación de triage obstétrico para reconocimiento y aplicación de los mismos logrando mayor adherencia al procedimiento	Líder de urgencias	30 julio de 2026
Realizar ejercicios para uso de escala de alertas tempranas con énfasis en el ítem de % de FIO2 para alcanzar meta de oxígeno >95% que permita garantizar una adecuada aplicación y registro en historias clínicas	Dirección de enfermería	15 de julio 2026 y continuo
Garantizar asignación de roles al personal auxiliar de enfermería para atención en emergencias obstétricas en todos los servicios y turnos.	Dirección de enfermería	15 de julio 2026 y continuo
Se recomienda actualizar la Guía de buena práctica de Identificación, incluir situaciones probables de riesgo coacciones inseguras relacionadas con identificación que pueden causar eventos adversos, definiendo factores contributivos y barreras protectoras.	Coordinadora de calidad	15 de julio 2026
Incluir situaciones probables de riesgo con acciones inseguras relacionadas con CAIDAS que pueden causar eventos adversos, definiendo factores contributivos y barreras protectoras.	Coordinadora de calidad	15 de julio 2026
Dado el hallazgo en la paciente de Útero Subrogado con preeclampsia severa que desconoce riesgos: Se recomienda mejorar la educación a las pacientes ginecobstétricas en cuanto a riesgos, enfatizando en la verificación de la comprensión de dicha información.	Coordinadora de calidad	15 de julio 2026
Actualizar, Socializar e implementar la Guía de buena práctica binomio madre-hijo de forma urgente.	Jefe de calidad	Inmediato
Actualizar, Socializar e implementar la buena práctica medicamento seguro con riesgos, factores contributivos y barreras protectoras.	Coordinadora de calidad	15 de julio 2026
Socializar con las auxiliares de laboratorio el proceso de código rojo, con el fin de que puedan actuar como filtro inicial dentro del procedimiento, teniendo en cuenta parámetros clave como la hora de activación, tiempos de respuesta, temperatura de los hemocomponentes y demás aspectos críticos del proceso.	Líder de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Revisar y fortalecer el mecanismo de activación del código rojo, garantizando que siempre se realice a través del radio del Servicio de Gestión Pretransfusional y mediante el sistema de parlante institucional, con el fin de asegurar una comunicación oportuna y efectiva.	Líder de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Realizar seguimiento a la adherencia posterior a las capacitaciones del personal, teniendo en cuenta que se evidenciaron falencias en la aplicación del proceso. Este seguimiento permitirá verificar la comprensión, apropiación y cumplimiento de los lineamientos socializados.	Líder de servicio pretransfusional	15 de julio 2026

 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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Socializar los resultados del análisis del indicador de oportunidad en la entrega de hemocomponentes con los bancos de sangre proveedores pendientes, con el propósito de identificar oportunidades de mejora e implementar acciones correctivas o preventivas orientadas a optimizar los tiempos de respuesta.	Lider de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Registrar la fecha y hora de solicitud de hemocomponentes realizada desde el servicio hospitalario al SGPT en el formato de relación de pacientes transfundidos de la Clínica de la Mujer, de manera que se garantice la trazabilidad del indicador de oportunidad desde el momento real de la solicitud hasta la entrega del hemocomponente.	Lider de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Incluir en el formato "Unidades enviadas bajo código rojo y urgencia vital", código RCM-1637, la hora de activación del código rojo y la hora de recibido en el servicio hospitalario, con el fin de fortalecer la trazabilidad, el análisis de oportunidad y la evaluación del cumplimiento del proceso.	Lider de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Garantizar la reposición o disponibilidad oportuna de las unidades de glóbulos rojos O negativo utilizadas en el paquete de código rojo, gestionando de manera prioritaria con los bancos de sangre proveedores hasta asegurar nuevamente la disponibilidad de estas unidades, dada su importancia en la atención de urgencias vitales.	Lider de servicio pretransfusional	15 de julio 2026
Realizar intervención a las neveras de transporte de hemocomponentes identificadas con los códigos 081657 y 153200013252, con el fin de ajustar y verificar funcionamiento y calibración de los termómetros para garantizar la veracidad en la medición de la temperatura. Fecha de cumplimiento 30 de junio de 2026. Responsable Dra Lina Marcela Jaramillo.	Lider de servicio pretransfusional	15 de julio 2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELEFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Leidy Cruz	leidy.cruzd@quironsalud.com	3057697095	Clínica de la Mujer SAS	
2	Diego Becerra	dabecerra@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS DPSS	
3	Andrea Villamizar	Ap1villamizar@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS DPSS	
4	Dayan Mateus	ldmateus@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS DPSS	
5	Claudia Devia	cpdevia@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS DPSS	
6	Maria Eugenia Delgado	medelgado@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS SDDS	
7	Mónica Cuevas	Monicaa.cuevase@quironsalud.com	SD	Clínica de la Mujer SAS	
8	Carolina Martinez	dcmartinez@saludcapital.gov.co	Ext. 9869	SDS DPSS	
9	Luis Enrique Gómez Arciniegas	LEgomez@saludcapital.gov.co	Ext. 9466	SDS SDCSSS	

ASISTENTES

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

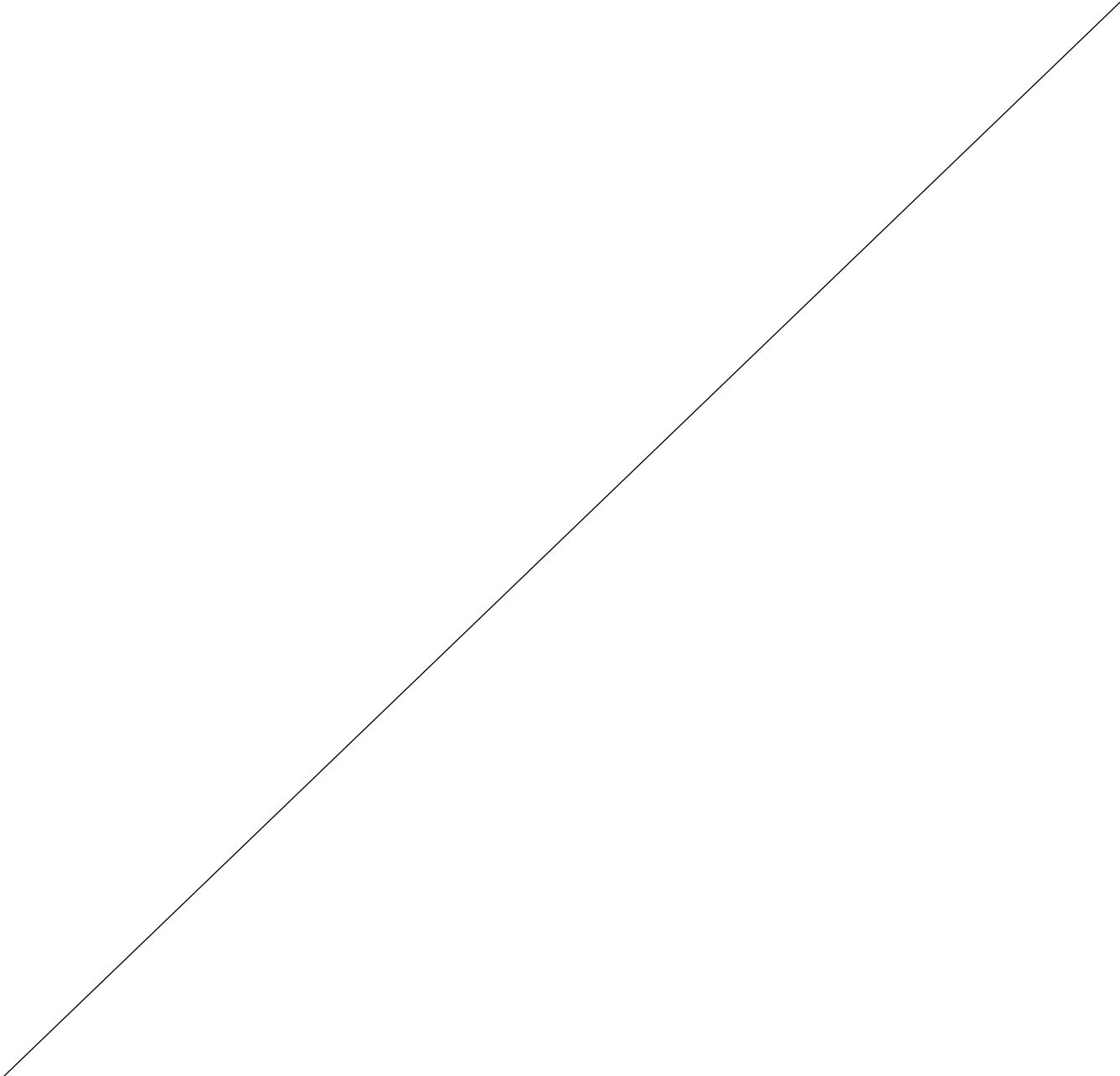
Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

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

Evaluación y cierre de la reunión
--

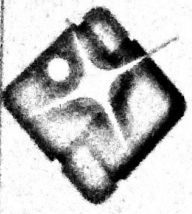
¿Se logró el objetivo?		Observaciones (si aplica)
Si (X)	No ()	Se realiza lectura de los compromisos en donde se realiza acuerdo con los representantes de la IPS y el equipo de SDS, se hace envío por correo para lectura haciendo la salvedad que los compromisos no tienen cambio dado que se acordaron en la visita con todo el equipo.

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

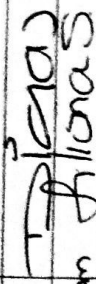
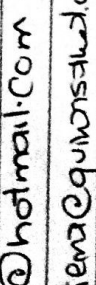
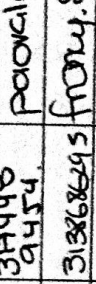
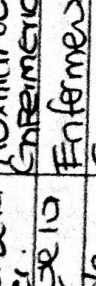
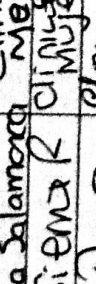


SEGUIMIENTO A LOS ACTORES DE LA RED DISTRITAL DE SANGRE FRENTE A NOVEDADES O EVENTOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA CADENA TRANSFUSIONAL						
Código	SDS-GTS- FT-172		Fecha:	2025/09/18		Versión
1. DATOS GENERALES						
PROGRAMA/ RUTA/TEMA			Programa de Hemovigilancia			
TIPO DE ENTIDAD	Servicio de Gestión Pre transfusional	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CLINICA DE LA MUJER S.A.S.			
HORA	19:00	FECHA	12 de junio de 2026	MODALIDAD DEL SEGUIMIENTO	Presencial	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL SEGUIMIENTO		Sonia Garcia		CARGO	Profesional Especializado	
NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL SEGUIMIENTO		Lina Marcela Jaramillo		CARGO	Bacterióloga de Calidad del Servicio de Gestión pre transfusional	
		Nelly Gomez Molina			Bacteriología operativa del a Servicio de Gestión pre transfusional	
DIRECCIÓN	Carrera 19 C # 91-17		CELULAR	3203058998		
CORREO ELECTRÓNICO			mjaramillo@compensarsalud.com		TIPO DE GESTIÓN	SEGUIMIENTO
2. OBJETIVO GENERAL						
Realizar asistencia técnica desde la red Distrital de Sangre en los casos de mortalidad materna asociados a hemorragia obstétrica, código rojo y/o transfusión masiva en la Clínica de la Mujer.						
4. ALCANCE		Desde los procesos relacionados con bancos de sangre proveedores, disponibilidad de paquetes de código rojo, solicitud, entrega, recepción, administración y seguimiento de hemocomponentes utilizados o requeridos en los casos de mortalidad materna asociados a hemorragia obstétrica, código rojo y/o transfusión masiva.				
7. METODOLOGÍA		Se aplicará lista de chequeo con parámetros establecidos y asignación de clasificación de acuerdo al puntaje obtenido. Se brindarán recomendaciones según las observaciones realizadas durante la visita.				
ÍTEM	PARÁMETRO		OBSERVACIONES		EVALUACIÓN	PUNTAJE
SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES (Asistencia tecnica 5 de mayo/2026)						
1	Incluir dentro del contrato con el Banco de Sangre Hemolife los tiempos de oportunidad para entrega de las solicitudes de hemocomponentes en casos de urgencia		Se realizó socialización en el Comité Transfusional del 28 de mayo de 2026, en la cual se evidenció la presentación del ajuste propuesto para incluir, dentro del contrato con el Banco de Sangre Hemolife, los tiempos de oportunidad para la entrega de solicitudes de hemocomponentes en casos de urgencia. Sin embargo, se informó que dicho ajuste deberá realizarse una vez finalice el contrato vigente, con el fin de incorporar este ítem en el nuevo proceso contractual o en la respectiva actualización del contrato.		CUMPLE	2
2	En el formato RCM-1647 Seguimiento oportunidad de entrega de Hemocomponentes por parte del Banco desangre en el campo de observaciones registrar el motivo del no cumplimiento a la demanda.		Se evidencia el formato RCM-1647 "Seguimiento a la oportunidad de entrega de hemocomponentes por parte del banco de sangre", correspondiente al mes de junio, en el cual se registran los motivos de no cumplimiento de la demanda para los días 3, 10 y 11 de junio. Dentro de las causas reportadas se identifican: producción en horas de la tarde, producción al mediodía y ausencia de disponibilidad de glóbulos rojos O positivo.		CUMPLE	2
3	En el procedimiento actualizar directorio de bancos de sangre proveedores, en lo relacionado con correos y teléfonos de contacto.		Se realizó revisión del documento "Procedimientos del Servicio de Gestión Pretransfusional", código APD-LAB-PRO.006, en el cual se evidencia la actualización del directorio de los bancos de sangre proveedores.		CUMPLE	2
4	Socializar resultados del análisis del indicador de oportunidad de entrega de hemocomponentes con los bancos de sangre proveedores con el propósito de implementar acciones de mejora		Se evidencia la gestión realizada ante el banco de sangre IDCBIS; sin embargo, aún no se ha realizado dicha gestión con los demás bancos de sangre proveedores.		CUMPLE PARCIALMENTE	1
5	En el procedimiento "Plan de abastecimiento servicio de gestión pre transfusional Codigo ADD-TRA-I-001, Versión 2", incluir en el caso de no disponibilidad y una vez agotadas las opciones establecidas enviar la alerta al correo de la Red Distrital de la Red Sangre de acuerdo con lo establecido en la Resolución 943 de 2025 de SDS.		Se realizó ajuste al procedimiento "Plan de abastecimiento del Servicio de Gestión Pretransfusional", código ADD-TRA-I-001, en el cual se evidencia la actualización de acuerdo con lo establecido en la Circular 943 de 2025. En el documento se describe la acción a realizar y se especifica el correo electrónico dispuesto para la notificación a la Red Distrital de Sangre de la Secretaría Distrital de Salud: sdsredsangre@saludcapital.gov.co.		CUMPLE	2
6	Realizar registro de la hora y fecha de solicitud de hemocomponentes desde el servicio hospitalario al SGPT que permita realizar la trazabilidad de oportunidad de entrega desde el momento de la solicitud.		aun no se ha implementado		NO CUMPLE	0
SEGUIMIENTO A COMPROMISOS (Asistencia tecnica 5 de mayo/2026)						
7	Realizar el reporte del incidente de seguridad del paciente relacionado con la inoportunidad de entrega de 1 CUP de plaquetas para las pacientes identificadas con CC 1.013.586.326, y CC 1.024.545.437. Fecha de cumplimiento 15 de mayo de 2026. responsable Dra Lina Marcela Jaramillo.		Se realizó el reporte del incidente de seguridad del paciente en ALMERA, identificación del caso n.º 3858, relacionado con la inoportunidad en la entrega de una unidad de concentrado único de plaquetas (CUP) para las pacientes identificadas con CC 1.013.586.326 y CC 1.024.545.437, adicional se evidencia el reporte correspondiente al Banco de Sangre IDCBIS. En la respuesta emitida por el banco de sangre se refiere que, si bien en el contrato vigente se contemplan los tiempos de respuesta para solicitudes urgentes, no se establecen de manera específica los tiempos de entrega para hemocomponentes modificados, los cuales requieren procesos adicionales para su preparación, disponibilidad y entrega. Por lo anterior, recomiendan realizar la revisión y ajuste de los acuerdos contractuales relacionados con los tiempos de respuesta y entrega de hemocomponentes modificados. Asimismo, se recomienda fortalecer los canales de comunicación entre el banco de sangre y el Servicio de Gestión Pretransfusional, especialmente ante solicitudes urgentes que involucren hemocomponentes modificados, garantizando la información oportuna sobre los tiempos estimados de disponibilidad y entrega. De igual manera, realizar revisión interna del flujo operativo asociado a la priorización, procesamiento y envío de hemocomponentes solicitados bajo condición de urgencia, así como efectuar seguimiento y monitoreo de los eventos relacionados con la oportunidad en la entrega, en el marco del mejoramiento continuo y la seguridad transfusional. Adicionalmente, se revisa y actualiza el Plan de Abastecimiento del Servicio de Gestión Pretransfusional, bajo la metodología AABB aprobada por el INS. Se mantienen las cantidades definidas para glóbulos rojos, crioprecipitados y plasma fresco congelado, así: 6 unidades de glóbulos rojos O positivo, 4 unidades de glóbulos rojos O negativo, 12 unidades de crioprecipitados y 6 unidades de plasma fresco congelado. Para el caso de las plaquetas por aféresis, se contará con una unidad de stock permanente.		CUMPLE	2
8	Reporte del evento de las unidades de GR con sello nacional de calidad B26019399 y B26019428, que estuvieron en el servicio hospitalario durante 2 horas y con posterior reintegro al stock de SGPT y transfusión a pacientes de la institución, con levantamiento de planes de mejora correspondientes. Fecha de cumplimiento 15 de mayo de 2026. responsable Dra Lina Marcela Jaramillo.		Se realizó el reporte en Almera del incidente identificado con el código M620261146240505. En el marco del análisis del evento, se efectuó la revisión de la documentación existente asociada al proceso de devolución de hemocomponentes enviados a transfundir. Como resultado de la revisión, se realizó ajuste al documento APD.LAB.PRO.006 "Procedimientos del Servicio de Gestión Pretransfusional", el cual fue remitido a la Dirección Médica para su revisión y aprobación. El ajuste incluye aspectos relacionados con las variables de devolución de hemocomponentes y la incorporación de un espacio para el registro de temperatura. Adicionalmente, se realizó la revisión y actualización del formato RCM-1726 "Devolución de hemocomponentes enviados a transfundir" incluyendo de manera específica los aspectos que deben validarse en los hemocomponentes que son liberados desde el Servicio de Gestión Pretransfusional. Finalmente, se realizó la divulgación al equipo del Servicio de Gestión pre transfusional documentado para la devolución de hemocomponentes, con el propósito de fortalecer la estandarización, trazabilidad y seguridad del proceso transfusional.		CUMPLE	2
SEGUIMIENTO A COMPROMISOS (Asistencia tecnica 5 de mayo/2026)						

 SEGUIMIENTO A LOS ACTORES DE LA RED DISTRITAL DE SANGRE FRENTE A NOVEDADES O EVENTOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA CADENA TRANSFUSIONAL						
Código	SDS-GTS- FT-172		Fecha:	2025/09/18	Versión	1
9	Seguimiento a Simulacro deCodigo Rojo :		1. Activación de código rojo en Hospitalización, quinto piso Se realiza activación del código rojo en el servicio de Hospitalización, quinto piso, a las 8:55 p. m., a través del radio de la auxiliar de recepción de muestras. Sin embargo, no se escuchó la activación en el radio del Servicio de Gestión Pretransfusional ni mediante el sistema de parlanteo. El componente sanguíneo fue enviado a las 8:56 p. m., diligenciando el Formato para registro de unidades enviadas bajo código rojo y urgencia vital, código RCM-1637, el cual se encontraba debidamente diligenciado. En este se relacionó la unidad de glóbulos rojos B26024604, entregada a la auxiliar Paula Arce, quien se dirigió al servicio de Hospitalización del quinto piso. De acuerdo con el proceso establecido, la auxiliar debe permanecer en el servicio hasta que se reciba la unidad y se entreguen las muestras de la paciente. La auxiliar regresó al Servicio de Gestión Pretransfusional a las 9:32 p. m., momento en el cual se realizó verificación de temperatura. La nevera registró una temperatura de 9 °C; sin embargo, al verificar con termómetro infrarrojo, se evidenció una temperatura de 4 °C. Por lo anterior, se requiere realizar revisión y verificación del termómetro de la nevera de transporte. 2. Activación de código rojo en Reanimación de Urgencias Se realiza activación del código rojo en el servicio de Reanimación de Urgencias a las 9:06 p. m., a través del radio del Servicio de Gestión Pretransfusional; sin embargo, no se realizó activación mediante el sistema de parlanteo. El componente sanguíneo fue enviado a las 9:08 p. m., diligenciando el Formato para registro de unidades enviadas bajo código rojo y urgencia vital, código RCM-1637, el cual se encontraba debidamente diligenciado. En este se relacionó la unidad de glóbulos rojos L100826238457, entregada a la auxiliar Laura González, quien se dirigió al servicio de Reanimación de Urgencias. De acuerdo con el proceso establecido, la auxiliar debe permanecer en el servicio hasta que se reciba la unidad y se entreguen las muestras de la paciente. La auxiliar regresó al Servicio de Gestión Pretransfusional a las 9:15 p. m., momento en el cual se realizó verificación de temperatura. La nevera registró una temperatura de 3,4 °C; sin embargo, el termómetro no presentó estabilidad en la medición y finalmente se apagó. Por lo anterior, se requiere realizar revisión técnica del termómetro y de la nevera de transporte utilizada. Verificación del conocimiento del proceso por parte del personal auxiliar Se realizó indagación a las auxiliares participantes en el proceso de código rojo, relacionada con la verificación de temperatura de los componentes sanguíneos y los controles que deben efectuarse al momento de la entrega de los hemocomponentes. Durante la verificación se identificaron inconsistencias en el conocimiento y aplicación del proceso. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la socialización del procedimiento de código rojo y realizar seguimiento a la adherencia del personal involucrado, con el fin de garantizar la correcta aplicación de los lineamientos establecidos, la trazabilidad y la seguridad transfusional. Verificación del paquete de código rojo Adicionalmente, se realizó verificación del paquete de código rojo, encontrando disponibilidad de 6 unidades de glóbulos rojos O positivo, 2 unidades de glóbulos rojos O negativo, 12 unidades de crioprecipitados, 6 unidades de plasma fresco congelado y 1 unidad de plaquetaféresis. Al comparar con el paquete establecido por la institución, se evidenció un faltante de 2 unidades de glóbulos rojos O negativo. Al verificar la trazabilidad, se identificó que la última solicitud de estas unidades fue realizada el 10 de junio; sin embargo, no se obtuvo respuesta por parte de los bancos de sangre y no se continuó con la gestión hasta la fecha actual. Por lo anterior, se recomienda realizar seguimiento continuo a las solicitudes de hemocomponentes críticos, especialmente glóbulos rojos O negativo, hasta garantizar su disponibilidad conforme al paquete definido institucionalmente para la atención de código rojo y urgencia vital.		CUMPLE PARCIALMENTE	1
Resultado de la visita					9	
Ponderado	12		Clasificación según riesgo		75%	
SATISFACTORIO (SUPERIOR AL 80%)		SE CUMPLE CON LO ESPERADO DEL PROCESO				
ACEPTABLE ENTRE EL (71% AL 80%)		SE CUMPLE PARCIALMENTE Y REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS ÍTEM QUE NO CUMPLEN				
INSATISFACTORIO INFERIOR O IGUAL AL 70%		NO CUMPLE Y REQUIERE PLAN DE GESTIÓN				
4. RECOMENDACIONES						
*Socializar con las auxiliares de laboratorio el proceso de código rojo, con el fin de que puedan actuar como filtro inicial dentro del procedimiento, teniendo en cuenta parámetros clave como la hora de activación, tiempos de respuesta, temperatura de los hemocomponentes y demás aspectos críticos del proceso. *Revisar y fortalecer el mecanismo de activación del código rojo, garantizando que siempre se realice a través del radio del Servicio de Gestión Pretransfusional y mediante el sistema de parlanteo institucional, con el fin de asegurar una comunicación oportuna y efectiva. *Realizar seguimiento a la adherencia posterior a las capacitaciones del personal, teniendo en cuenta que se evidenciaron falencias en la aplicación del proceso. Este seguimiento permitirá verificar la comprensión, apropiación y cumplimiento de los lineamientos socializados. *Socializar los resultados del análisis del indicador de oportunidad en la entrega de hemocomponentes con los bancos de sangre proveedores pendientes, con el propósito de identificar oportunidades de mejora e implementar acciones correctivas o preventivas orientadas a optimizar los tiempos de respuesta. *Registrar la fecha y hora de solicitud de hemocomponentes realizada desde el servicio hospitalario al SGPT en el formato de relación de pacientes transfundidos de la Clínica de la Mujer, de manera que se garantice la trazabilidad del indicador de oportunidad desde el momento real de la solicitud hasta la entrega del hemocomponente. *Incluir en el formato "Unidades enviadas bajo código rojo y urgencia vital", código RCM-1637, la hora de activación del código rojo y la hora de recibido en el servicio hospitalario, con el fin de fortalecer la trazabilidad, el análisis de oportunidad y la evaluación del cumplimiento del proceso. *Garantizar la reposición o disponibilidad oportuna de las unidades de glóbulos rojos O negativo utilizadas en el paquete de código rojo, gestionando de manera prioritaria con los bancos de sangre proveedores hasta asegurar nuevamente la disponibilidad de estas unidades, dada su importancia en la atención de urgencias vitales.						
5. COMPROMISOS						
Realizar intervención a las neveras de transporte de hemocomponentes identificadas con los códigos 081657 y 153200013252, con el fin de ajustar y verificar funcionamiento y calibración de los termómetros para garantizar la veracidad en la medición de la temperatura. Fecha de cumplimiento 30 de junio de 2026. Responsable Dra Lina Marcela Jaramillo.						
6. REQUIERE PLAN DE GESTIÓN						
SI	NO	X	FECHA DE REMISIÓN DE PLAN DE GESTIÓN A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD :			
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO			FIRMA DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO			
Sonia Janeth García Herrera-Profesional Especializado						
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN(ES) RECIBE (N) EL SEGUIMIENTO			FIRMA DE QUIEN (ES) RECIBE (N) EL SEGUIMIENTO			
Neilyn Gomez Molina-Bacteriologa operativa del a Servicio de Gestión pre transfusional						
Lina Marcela Jaramillo-Bacterióloga de Calidad del Servicio de Gestión pre transfusional			Asistencia virtual			

 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-FT-004 Versión: 1			
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Orientación técnica a los JPS en las intervenciones para la atención
 Tema: manejo farmacológico en el manejo de la PAPEM en los centros de salud 12-06-2016
 Hora Inicio: 20:00 Hora Fin: 22:30 Lugar: Clinica de la Mujer

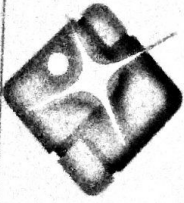
No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TÉLEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Paola Salazar	Clinica de la Mujer	Auxiliar de enfermería	3144489454	paolacl@hotmail.com	
2	Liliana Siemra	Clinica de la Mujer	Enfermera	313868495	frany.siemra@quinsistucionfilinas	
3	M= Helene Dren	Clinica de la Mujer	Enfermera	311468036	mahelene@gmail.com	
4	Mareo F. Pérez	Clinica de la Mujer	G/O	3148206835	m.perez72@outlook.com	
5	Carolina Gómez	Clinica de la Mujer	Enfermera	314115046	Kendrewerk@hotmail.com	
6	Paola Díaz Erazo	Clinica de la Mujer	Pediatrica	310805579	pediatricaerazo@gmail.com	
7	Diana P. Pedraza	Clinica de la Mujer	Neonatal	3143140736	dianappp19@hotmail.com	
8	Deyan Yethy H	SDS- DPSS	Prof Esp	3006583628	ldmteus@saludcapital.gov.co	
9	Diana Leticia Yanabara	SDS- DPSS	Prof. Especial	3134969288	dianabara19@saludcapital.gov.co	
10	Nellya Speers Pérez	SDS- SUP	Prof. Especial	3137735418	NTORAC@saludcapital.gov.co	
11	Luis E. Gómez A	SDS- SCSS	Prof. Especial	3150028517	legomez@saludcapital.gov.co	
12	Andrés Villamizar	SDS- DPSS	Prof E	3192355134	apvillamizar@saludcapital.gov.co	
13	Ledy J. Cruz Díaz	Clinica de la Mujer	Coord. Salud	3057697058	ledy.une@saludcapital.gov.co	
14	Monica Cuevas	Clinica de la Mujer	Dir. GRC	3137917409	monica.cuevas@saludcapital.gov.co	
15	Concepción Hincapié	SDS- DPSS	Prof. Especial	3118746536	sgarcia@saludcapital.gov.co	
16	MARIA GUERNA RIVERO	SDS- SUP	Prof. Esp	315409970	webelg@saludcapital.gov.co	

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.



**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: **Alvaro Amado Camacho** / Revisado por: **Samir Andrés Salazar** / Aprobado por: **Luz Angela Manquillo**

Erazo

Tema: Oncoeducación a la 105, en empresas de la ciudad, con metodología de
Simulación de fidelidad en el manejo de la información
Resolución 443, de 2005 de la Secretaría de Salud
Hora inicio: 20:00 **Hora fin:** 22:30 **Lugar:** Clinica de la Mujer

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Tamara Gomez	Clinica de la mujer	Enfermera	3102858888	tamara.gomez@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
2	Paulo Daniela Arce	Clinica de la mujer	Enfermera	3114782999	Paulo.daniel@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
3	Jessica Camacho	Clinica de la mujer	Fisioterapeuta	3213022629	lorecamacho23@gmail.com	<i>[Firma]</i>
4	Camila Borda	Clinica de la mujer	Medico hospitalaria	8023084514	camila.borda@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
5	Marcos Pérez	Clinica de la mujer	G/O	3118206881	MARCOFPEREZ@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
6	Natalia Montoya	Clinica de la mujer	Aux. Enfermera	31112586	Nataliamontoya@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
7	Gloria Helena	Clinica de la mujer	Nux Enf.	3223457	gloria.helena@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
8	Fabola Hostos	Clinica de la mujer	Aux. Enf.	350537185	fabolhostos@outlook.com	<i>[Firma]</i>
9	Angelica Camacho	Clinica de la mujer	Enfermera	820909972	maria.camacho@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
10	Angelica Maria Perez	Clinica de la mujer	Aux. Enfermera	3115285851	angelica.perez@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
11	Alvaro Pineda Sanchez	Clinica de la mujer	Enfermero	3114611452	alvaro.pineda@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
12	Edna C. Lora	Clinica de la mujer	Aux. Enf.	316386094	Edna.lora@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
13	Quiana Arela	SSSA - SDS	Comunicaciones	80144194	quiana.arella@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
14	San Diego Galan	SDS - OAC	Comunicaciones	3118206881	san.diego.galan@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
15	Diana Carolina Martinez	SDS - OPS	Prof. Especial	3118206881	diana.carolina.martinez@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>
16	Claudia P. Peña	SDS - OPS	Verificación	3118206881	claudia.pena@quimsalud.com	<i>[Firma]</i>

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.



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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angella Manquillo Erazo

Tema: Simulacro de Emergencia Obstétricas - HRP Fecha: 12/06/2026

Hora Inicio: 20:30 Hora Fin: 22:00 Lugar: Clinica de la mujer

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alvaro Ponce S.	Urgencias	Enfermero	3114011452	duarromerosunche@gmail.com	Juan
2	Laura Gonzalez	Aux laboratorio	Aux laboratorio	3103211116	gonzalezlaura@gmail.com	Laura Gonzalez
3	Katherine Noguera Torres	Ases Enfermería	Ases	3124986963	k110941525@hotmaril.com	KATE
4	Aracely Villalobos	Cumilleria	Cumilleria	3239471022	aracelyvillalobos@gmail.com	Aracely
5	Gladius Cristobal C.	Urgencias	Enfermera	32366553	gladiuscristobal@gmail.com	Gladius C
6	Haribel Ali Tanco	Ve adultos	Tratamiento	3118751515	marilynp@yahoo.com	Haribel
7	Kelly Rodriguez Jancos	Urgencias	Médico Hospital	3023666553	Kellyjancos@gmail.com	Kelly
8	Adriana Barriaga	Coord UCI Adulto	Coord UCI Adulto	3105728209	frisabella9@yahoo.es	Adriana
9	Elizabeth Gardulla	Cruz Verde	Ases Farmacia	3134635558	elizabethg1101@gmail.com	Elizabeth
10	Marta Elena Dyer	Chic Magn.	Chic Magn.	3146862641	medicun@gmail.com	Marta
11						
12						
13						
14						
15						
16						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.