

 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					

	Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico Servicio de laboratorio clínico Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas Servicios quirúrgicos
--	---

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



Reunión de apertura

El grupo de asistencia técnica informa que se verificarán 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, 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:

- Una vez la institución se encuentre inscrita en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), deberá verificar de manera inmediata que la información registrada coincida plenamente con los servicios efectivamente ofertados y prestados.
Es responsabilidad del prestador confirmar que los datos relacionados con modalidad, complejidad, talento humano, sedes, horarios, capacidad instalada y demás características del servicio correspondan a la realidad operativa de la institución, a fin de evitar inconsistencias que puedan generar observaciones o eventuales medidas por parte de la autoridad sanitaria.
- 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

 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					

guías de práctica clínica, procedimientos de atención, protocolos y otros documentos que el prestador determina; esta información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos.

- Las hojas de vida de los colaboradores relacionados en el listado de personal aportado por el prestador deben estar disponibles en la sede de manera física o magnética.
- Todos los dispositivos médicos y equipos biomédicos, especialmente los clasificados en riesgo IIB, deben contar con los documentos de adquisición (por ejemplo, facturas), permiso sanitario (registro sanitario o permiso de comercialización), hoja de vida con registros de mantenimiento acorde a la frecuencia establecida en el manual de usuario, manual de usuario y cuando se requiera (para equipos generadores de radiaciones ionizantes) manual de instalación.
- 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, se evidencia acompañamiento del personal de apoyo, los cuales toman atenta nota de las observaciones, evaluaciones, indicaciones e instrucciones. Asimismo, en la inspección visual se realizan



ACTA DE REUNIÓN

Versión:	1
----------	---



entrevistas al personal involucrado en los procesos de los servicios asistenciales, y sobre el terreno se hacen las propuestas de modificaciones para mejorar la seguridad de los procesos.

Servicios y Modalidades

(19) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0114887
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0114888
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	217 -OTRAS CIRUGÍAS	DHSS0114889
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	232 -CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	DHSS0114890
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	301 -ANESTESIA	DHSS0114891
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	312 -ENFERMERÍA	DHSS0114893
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0114894
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0114895
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0114896
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	355 -UROLOGÍA	DHSS0114897
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	DHSS0686328
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	364 -CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	DHSS0114898
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	368 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	DHSS0673027
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	420 -VACUNACIÓN	DHSS0114899
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0114900
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0114901
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0114902
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0114903
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100108995	01	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0114904

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa		Número Distintivo de Habilitación del Servicio DHSS0114899				
Servicio	420-VACUNACIÓN						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:30A18:00	07:30A18:00	07:30A18:00	07:30A18:00	07:30A18:00	07:30A15:00	
	Intramural						
	Intramural						
	SI						
	Extramural						
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
NO	SI	SI					
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	NO	NO	NO		NO		
	Telemedicina Prestador de Remisor						
Tele experticia				Tele monitoreo			
NO		NO					

SERVICIO							
Grupo	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica			Número Distintivo de Habilitación del Servicio DHSS0114901			
Servicio	712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	06:30A19:00	06:30A19:00	06:30A19:00	06:30A19:00	06:30A19:00	07:00A16:30	
	Intramural						
	Intramural						
	SI						
Modalidades	Extramural						
	Modalidad extramural Unidad móvil		Modalidad extramural Domiciliario		Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
	NO	NO	SI				
	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	NO	NO	NO	NO	NO		
	Telemedicina Prestador de Remisor						
	Tele experticia		Tele monitoreo				
	NO	NO					



**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

SERVICIO						
Grupo	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica			Número Distintivo de Habilitación del Servicio DHSS0114904		
Servicio	749-TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS					
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:30
	Intramural					
	SI					
	Extramural					
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	SI			
Modalidades	Telemedicina					
	Telemedicina Prestador de Referencia					
	Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	NO	NO		NO	NO	
	Telemedicina Prestador de Remisor					
	Tele experticia		Tele monitoreo			
	NO	NO				

SERVICIO						
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio DHSS0686328		
Servicio	356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD					
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	07:00A12:00-13:00A19:00		07:00A14:00	14:00A18:00	07:00A14:00	
	Intramural					
	SI					
	Extramural					
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	NO			
Modalidades	Telemedicina					
	Telemedicina Prestador de Referencia					
	Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	SI	NO		NO	NO	

SERVICIO						
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio DHSS0114897		
Servicio	355-UROLOGÍA					
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	10:00A12:00	07:00A16:00	07:00A11:00	07:00A12:00		13:00A16:00
	Intramural					
	SI					
	Extramural					
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	NO			
Modalidades	Telemedicina					
	Telemedicina Prestador de Referencia					
	Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	SI	NO		NO	NO	
	Telemedicina Prestador de Remisor					
	Tele experticia		Tele monitoreo			
	NO	NO				



**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

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio			
Servicio	344-PSICOLOGIA						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:00	
Intramural	Intramural						
	SI						
Extramural	Extramural						
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	SI				
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	SI		NO		NO	NO	
	Telemedicina Prestador de Remisor						
	Tele experticia			Tele monitoreo			
	NO			NO			

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio			
Servicio	328-MEDICINA GENERAL						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:30	
Intramural	Intramural						
	SI						
Extramural	Extramural						
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	NO				
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	SI		NO		NO	NO	
	Telemedicina Prestador de Remisor						
	Tele experticia			Tele monitoreo			
	NO			NO			

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio			
Servicio	320-GINECOBISTETRICIA						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:30	
Intramural	Intramural						
	SI						
Extramural	Extramural						
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	NO				
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia	Tele monitoreo	
	SI		NO		NO	NO	
	Telemedicina Prestador de Remisor						
	Tele experticia			Tele monitoreo			
	NO			NO			

 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

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0114893			
Servicio	312-ENFERMERIA						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:30	
Intramural	Intramural						
	SI						
Extramural	Modalidad extramural Unidad móvil		Modalidad extramural Domiciliario		Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
	NO		NO		SI		
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia		Tele monitoreo
	SI		NO		NO		NO
Telemedicina Prestador de Remisor	Tele experticia				Tele monitoreo		
	NO				NO		

SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa			Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0114891			
Servicio	301-ANESTESIA						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A16:00	
Intramural	Intramural						
	SI						
Extramural	Modalidad extramural Unidad móvil		Modalidad extramural Domiciliario		Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
	NO		NO		NO		
Modalidades	Telemedicina						
	Telemedicina Prestador de Referencia						
	Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia		Tele monitoreo
	SI		NO		NO		NO
Telemedicina Prestador de Remisor	Tele experticia				Tele monitoreo		
	SI				NO		

OBSERVACIONES E INDICACIONES

ESTANDAR DE TALENTO HUMANO:

11.1 ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

Criterio 4. El prestador de servicios de salud que actúe como escenario de práctica formativa en el área de la salud, cuenta con:

4.1. Convenio vigente con la institución educativa autorizada por la entidad competente.

4.2. Información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento.

4.3. Estudio de capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los "lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos" publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Observación: Cuenta con convenio docencia servicio celebrado entre la fundación universitaria sanitas y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA de 30 de mayo de 2019 por 10 años. Quien atiende la visita informa que apoya servicio de **MEDICINA GENERAL**.

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

Convenio de integración docencia – servicio entre la universidad de los Andes y PROFAMILIA de 22 de enero de 2018 por 10 años. Quien atiende la visita informa que apoya servicio de **MEDICINA GENERAL**.

Convenio marco de cooperación para el desarrollo de la relación docencia servicio, entre la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA y la universidad del bosque del 10 de noviembre de 2017 vigencia de 10 años Quien atiende la visita informa que apoya servicio de **MEDICINA GENERAL**.

Convenio regulador de la relación docencia servicio, entre la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA y la universidad nacional de Colombia facultad de **enfermería** del 16 de abril de 2018 duración 10 años.

Convenio regulador de la relación docencia servicio, entre la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA y la universidad nacional de Colombia facultad de **medicina** del 30 de marzo 2017 duración 10 años.

Indicación: Se indica asegurar todos los documentos y soportes donde se observe la trazabilidad de la supervisión permanente del personal en entrenamiento y estudio de capacidad instalada por jornada para cada servicio que se utilice como escenario de practica por convenio.

Modalidad de telemedicina prestador remitior - 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: La institución cuenta con plataforma educativa 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.

Indicación: 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

312 ENFERMERÍA

Quien atiende la visita informa que cuentan con dos enfermeras jefes que soportan el servicio en horario de 7:00 am a 1:00 pm y de 1:00pm a 7:00 pm y los sábados de 7:00 am 1:00 pm y otro de 10:00 am a 4:30 pm.

Camila Andrea Montenegro Suarez. Cuenta con contrato individual de trabajo a término fijo y otro si con prorrogas anuales, cargo enfermera jefe, se obliga a laborar en jornada semanal de 36 horas establecidas por el empleador cumpliendo con turnos y horarios que se señale, en archivo nombrado “rotación enfermería mayo y junio 2026” se observa asignación de turno jornada mañana turno 6 horas en el consultorio 202 A de 7:00 am a 1:00 pm un sábado de 7:00am a 1:00pm y otro de 10:00 am a 4:30 pm.

 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					

Verificado el registro especial de Prestadores de Servicio de Salud – REPS se observa que el servicio de enfermería se encuentra habilitado en modalidad intramural y telemedicina prestador de referencia interactiva.

No 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. Cuentan con plataforma “**PIENSE**”, que es una plataforma de aprendizaje virtual para el acceso de todos los contenidos de formación virtual para la organización se activa a necesidad o demanda, no están documentados los contenidos que permita la trazabilidad con lo solicitado en la norma para la modalidad de telemedicina asegurando la 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.

Indicación: Se indica asegurar el soporte de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador para todo el talento humano en salud que presta directamente un servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina utilizando herramientas tecnológicas.

301 ANESTESIA

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.*

Observación: Alix Juliana Maldonado Colmenares, Cristian Briceño, Cristina Benavides, Cristian Borrero German Ramos, Gustavo Ayarza, Islena Mancera, Laura Pinzón, Sandra Gutiérrez y William Oliveros. Quien atiende la visita informa que el talento humano de anestesia disponible para los servicios del GRUPO QUIRÚRGICO se cubre en caso de contingencia con el talento humano del servicio de anestesia. Quien atiende la visita informa que se destinan dos consultorios, 10 anestesiólogos para apoyar 4 servicios del grupo quirúrgico y servicio de anestesia.

Indicación: Se indica que no se puede compartir talento humano en el mismo turno asignado por agenda para cubrir un servicio.

320 GINECOOBSTETRICIA

368 CIRUGIA GINECOLOGICO LAPAROSCOPICA

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.*

Observación: Quien atiende la visita informa que cuentan con 9 ginecólogos:

Angela Castilla, 320 Ginecobstetricia turnos y horarios que se señale en archivo nombrado “horarios” lunes de 7:00am a 5:00pm. Martes-viernes 7:00am a 2:30 pm, dos sábados al mes de 7:00am a 4:30pm. Talento humano de 204 cirugía ginecológica.

Martha Cortes, apoyo 368 Cirugía ginecológica laparoscópica y 320 Ginecobstetricia,

 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					

German Barón 320 Ginecobstetricia, cuenta con soporte de participación en el curso de servicio de telemedicina duración 1 hora.

Laura Torres 320 Ginecobstetricia y apoya 368 Cirugía ginecológica laparoscópica y 204 cirugía ginecológica.

Nancy torres 320 Ginecobstetricia y apoya 368 Cirugía ginecológica laparoscópica.

María Liliana Gálvez 320 Ginecobstetricia apoya Cirugía ginecológica laparoscópica 368.

Gustavo Rey 320 Ginecobstetricia apoya 368 Cirugía ginecológica laparoscópica.

José Luis Rojas Urquijo Cuenta con contrato individual de trabajo a término fijo y otro si con prorrogas anual, cargo ginecólogo. Se obliga a laborar en jornada semanal de 36 horas establecidas por el empleador cumpliendo con turnos y horarios que se señale en archivo nombrado "horarios". Quien atiende la visita informa que el Dr. Hace parte del talento humano del servicio de 320 ginecobstetricia y 368 Cirugía ginecológica laparoscópica. El profesional solo pertenece a consulta externa y apoya los servicios cuando se presenta alguna novedad como incapacidades o calamidad.

Cristian Javier Peroza Burgos, cuenta con contrato individual de trabajo a término fijo y otro si con prorrogas anual, cargo ginecólogo. Se obliga a laborar en jornada semanal de 36 horas establecidas por el empleador cumpliendo con turnos y horarios que se señale en archivo nombrado "horarios" de lunes a miércoles de 7:00am a 7:00pm, jueves de 7:00am a 1:30pm y dos sábados al mes de 7:00am a 4:30pm, 204 cirugía ginecológica. Los lunes de 7:00am a 7:00pm y 320 ginecobstetricia martes y miércoles de 7:00am a 7:00pm, jueves de 7:00am a 1:30 pm y dos sábados al mes de 7:00am a 4:30pm.

Indicación: Se indica organizar o rediseñar el formato de turnos con la finalidad de evidencia en forma clara que servicio cubre cada profesional por turno y horarios para 320 ginecobstetricia, 368 Cirugía ginecológica laparoscópica y 204 cirugía ginecológica.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA

Criterio: 10.5. TRÁMITE DE NOVEDADES

Para efectos de la solicitud de trámite de las novedades definidas en la presente resolución, los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con las siguientes tablas (3 a 6), deben anexar y radicar en físico los documentos que se relacionan para cada clase prestador ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. En los casos que se indique trámite en línea, el registro de la novedad queda aplicada de manera inmediata en el REPS.

Observación: Verificado el REPS el prestador tiene declarado horario de prestación de servicio el domingo de 7:00am a 4:00 pm en modalidad intramural. Quien atiende la visita informa que no se está prestando servicio el domingo.

Indicación: Se indica pasar la novedad de servicio cambio de horario de prestación de servicio. Adicional cuentan con modalidad extramural jornada de salud quien atiende la visita informa que no se presta. Se indica realizar novedad de servicio cierre de modalidad.

 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. *Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y **servicios del grupo quirúrgico** en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.*

Observación:

- Cristian Briceño anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.
- German Ramos anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.
- Gustavo Ayarza anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.
- Islena Mancera anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.
- Laura Pinzón anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.
- Sandra Gutiérrez anesthesiologist. No cuenta certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.

Indicación: Se indica, que se debe contar con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.

Complejidades mediana y alta

Modalidades: intramural, extramural jornada de salud, unidad móvil y telemedicina - prestador remitir

Criterio 2. *Disponibilidad de:*

2.2. Profesional de la medicina especialista en anestesiología, con permanencia durante los procedimientos documentados por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios, quien realizará solo un procedimiento a la vez y estará presente durante todo el acto quirúrgico.

Observación: Alix Juliana Maldonado Colmenares, Cristian Briceño, Cristina Benavides, Cristian Borrero German Ramos, Gustavo Ayarza, Islena Mancera, Laura Pinzón, Sandra Gutiérrez y William Oliveros. Quien atiende la visita informa que el talento humano de anestesia disponible para los servicios del GRUPO QUIRÚRGICO se cubre en caso de contingencia con el talento humano del servicio de anestesia.

Indicación: Se indica que no se puede compartir talento humano en el mismo turno asignado por agenda para cubrir un servicio se deben definir horarios.

11.3 GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

 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					

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Estándar de talento humano

Criterio 2. Disponibilidad de:

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

Observación: Se encuentra a la profesional Karen Medina, bacterióloga encargada de realizar supervisión a auxiliares de toma de muestras

Indicación: Se indica definir funciones y horarios, adicional asegurar el talento humano para cada servicio en las modalidades que tengan declaradas en REPS.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Estándar de talento humano

Modalidades: intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y telemedicina - prestador remitir.

Criterio 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:

1.1. Profesional de bacteriología.

Observación: Quien atiende la visita informa que se **comparte el profesional de bacteriología para el servicio de laboratorio clínico y servicio de tomas de muestras de laboratorio clínico** en el mismo horario.

Indicación: Se indica definir funciones y horarios adicional asegurar el talento humano para cada servicio en las modalidades que tengan declaradas en REPS.

ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA:

4.3. DEFINICIONES DEL ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA

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: Se observan 2 edificaciones con ingreso por varias puertas con nomenclaturas diferentes y solo se observa licencia de construcción para una de ellas (LC 4622/1971).

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

11.1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

11.1.2. Estándar de infraestructura

Edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto

Criterio 8. Los prestadores de servicios de salud ubicados en edificaciones de hasta tres (3) pisos o niveles contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo o tercer nivel o piso, cuentan con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. El sistema alternativo de elevación no puede ser utilizado cuando se presten servicios hospitalarios, cirugía, urgencias, o de atención del parto.

Observación: Se evidenció que la institución cuenta con un sistema alternativo de elevación para el transporte de pacientes entre los pisos 1A y 1B; sin embargo, este no puede ser utilizado al tener habilitado y en funcionamiento el Servicio de Cirugía.

Indicación: Teniendo en cuenta el criterio en mención y la prestación del servicio de cirugía, este sistema de elevación no podría ser utilizado. El prestador debe garantizar de forma obligatoria que el transporte vertical y la accesibilidad de los usuarios se realice exclusivamente mediante ascensor.

Criterio 10. Las edificaciones con más de tres (3) pisos o niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, cuentan con ascensor.

Observación: Durante el recorrido se observa que la edificación cuenta con más de tres (3) pisos o niveles, a partir del nivel más bajo construido, cuenta con ascensor, sin embargo, el ascensor no realizar paradas en todos los niveles, solo para nivel de por medio.

Indicación: Evaluar la implementación de las paradas del ascensor en la totalidad de los niveles de la edificación y así garantizar la accesibilidad a las personas con movilidad reducida en todos los niveles y pisos.

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 evidenció que la rampa exterior de acceso presenta una superficie discontinua e irregular que no garantiza un piso uniforme ni continuo en su trayecto, adicionalmente se encuentra una rampa de acceso que no cuenta con pasamanos, así como la ubicada al interior del consultorio 205A.

Indicación: Garantizar piso completamente liso, uniforme y continuo que permita el tránsito seguro en las rampas y escaleras, así mismo se indica instalar pasamanos a uno o dos lados en las rampas evidenciadas durante el recorrido.

Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus 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					

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

Observación: Durante el recorrido no se observa ventilación en el ambiente de aseo del piso 2A y del piso 4B, así como tampoco en salas de cirugía ni central de esterilización. Durante la asistencia técnica se evidencia ausencia de ventilación natural o artificial en áreas y ambientes de los servicios del grupo de apoyo diagnóstico.

Indicación: Evaluar el mecanismo de ventilación sea natural o artificial en todas las áreas y ambientes de la infraestructura presentada por el prestador e implementarlo.

Criterio 19. Las áreas de circulación de los servicios están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.

Observación: Durante el recorrido por la sala de procedimientos de colposcopia, se observa que la circulación no permite la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos. Adicionalmente, se evidenciaron barreras arquitectónicas consistentes en escalones en los accesos a las unidades sanitarias, consultorios, salas de espera, el área de lava patos del servicio de cirugía, y las unidades sanitarias internas de los ambientes de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas.

Indicación: Teniendo en cuenta la infraestructura, evaluar la opción de implementar rampas o suavizar los escalones para permitir la movilidad, eliminando barreras arquitectónicas y garantizando accesibilidad a todas las áreas y ambientes de los servicios habilitados.

Criterio 21. En los servicios del grupo quirúrgico, los ambientes y áreas clasificados como no restringidos, semi restringidos y restringidos, deben señalizarse mediante la demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, utilizando los siguientes colores:

- 21.1. Verde: Ambientes o áreas no restringidas
- 21.2. Amarillo: Ambientes o áreas semirrestringidas
- 21.3. Roja: Ambientes o áreas restringidas

Observación: Durante el recorrido por el servicio de cirugía se evidenció que los ambientes y áreas que lo conforman no cuentan con señalización mediante demarcación permanente en piso que permita identificar claramente las zonas no restringidas, semi restringidas y restringidas, de acuerdo con la clasificación establecida para este servicio. Adicionalmente, durante el recorrido se evidenció la ubicación de área de descanso ubicada fuera de los vestidores de talento humano, previo al ingreso a salas de cirugía donde se realiza consumo de alimentos en zona restringida.

Se evidenció, que el servicio de cirugía no cuenta con área de transferencia de camillas con la señalización de la circulación entre áreas no restringidas, semi restringidas y restringidas con líneas de demarcación en el piso verde, amarilla y roja respectivamente.

Indicación: Se indica que, de conformidad con lo establecido en el *criterio 21*, el prestador debe implementar la señalización mediante demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, identificando las áreas no restringidas, semi restringidas y restringidas mediante los colores establecidos en la normatividad vigente, de manera que se facilite el control de acceso y circulación dentro del servicio. Por lo anterior, a la salida de los vestidores que

 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					

funcionen como filtro para pacientes y para talento humano indicados para el servicio de cirugía, se demarcará en rojo para dar ingreso a la zona aséptica del servicio, garantizando las condiciones de bioseguridad. Por normas de bioseguridad no es indicado el consumo de alimentos en las áreas asistenciales.

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: Los planos de emergencia observados durante todo el recorrido no indicaban punto de encuentro.

Indicación: Los planos indicativos de las rutas de evacuación, se deben ubicar en cada uno de los pisos con la señalización y ubicación del punto de encuentro conforme a lo establecido por el prestador.

Criterio 23. *Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados, tiene disponibilidad de un área con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir.*

Observación: Se evidenció que el prestador realiza procedimientos de transfusión sanguínea en el servicio de cirugía, sin contar con habilitación del servicio de gestión pre transfusional. No obstante, durante el recorrido no se identificó la disponibilidad de un área destinado exclusivamente para la ubicación de equipos biomédicos y dotación requerida para los componentes sanguíneos.

Indicación: Disponer un área exclusiva dentro del servicio de cirugía para la dotación de componentes sanguíneos, garantizando condiciones óptimas de iluminación y ventilación para el funcionamiento de los equipos, así como puntos eléctricos que aseguren la continuidad de la cadena de frío.

Criterio 27. *El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en una central de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:*

27.1. Ambiente de recibo y lavado de material contaminado.

27.2. Ambiente limpio con las siguientes áreas:

27.2.1. Área de secado.

27.2.2. Área de empaque.

27.2.3. Área de esterilización

27.3. Ambiente para almacenamiento del material estéril.

Observación: En el recorrido por la central de esterilización, se evidencia que para ingresar a la central, se debe realizar el cambio de ropa en una unidad sanitaria, dentro de la cual se encuentra el área de aseo y los casilleros; continuando con el recorrido, se evidencia que la central cuenta con las diferentes áreas y ambientes, sin embargo, el área de empaque se encuentra señalizada como área de secado, razón por la cual, esta área se debe señalar como corresponde.

Se observa que el proceso no es unidireccional, ya que la entrega de material estéril para el servicio de consulta externa y procedimientos, se realiza por medio de una esclusa la cual queda al lado del empaque de material lo cual requiere que crucen devuelta por el área de secado y empaque,

 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					

también se observó, que el área administrativa se encuentra al lado del área de empaque, así mismo, se evidenció que por una misma esclusa ingresa el material contaminado y sale el material limpio no estéril.

Indicación: Se sugiere, evaluar la infraestructura para realizar las intervenciones a las que se tenga lugar o definir procesos para garantizar la unidireccionalidad del proceso y evitar cruces al ingreso de los ambientes y para realizar los procesos de limpieza y desinfección.

Para cumplimiento de la Resolución 914 de 2025 se deben considerar la vigencia y transitoriedad del artículo 14 y 15 en la que se indica:

“La presente resolución deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, especialmente, la Resolución 2183 de 2004 y los siguientes numerales del Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019:

Numerales 25, 26 y 27 del segmento “Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características” del estándar 11.1.2, “Estándar de infraestructura”, del servicio 11.1, “Estándares y Criterios Aplicables a Todos los Servicios (...)”

Artículo 15. Vigencia: *La presente resolución rige dieciocho (18) meses después de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.*

Se aclara que la Resolución 914 fue publicada en el Diario Oficial 53170 el 03 de julio de 2025, fecha en la que comienza a regir los 18 meses de entrada en vigencia.

En cuanto a las áreas y ambientes requeridos en el MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE REPROCESAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y ELEMENTOS REUTILIZABLES (DMER)

Se encuentran publicados en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/manual-practicas-reprocesamiento-dmer.pdf>

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:*

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

28.2.4. Mesón de trabajo.

28.2.5. Poceta, *cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.*

Observación: Durante el recorrido se observa que en los consultorios: 204B, 201B, 402B, 401B, 403B, 404B, 405B, 501, 502, 503, se realizan procedimientos, sin embargo, no cuentan con mesón de trabajo; así mismo se observa que en consultorio 202^a se realizan procedimientos en los cuales se utiliza instrumental que no cuenta con poceta para lavado del instrumental.

Durante el recorrido se observa que el consultorio 203A, es área de tránsito hacia un área donde se encuentra un sistema de aire en desuso (según quien atiende la visita)

 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: Debido a lo observado, se sugiere independizar el ambiente del consultorio 203A, y así dar cumplimiento a la definición de Ambiente: “Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo.”, así mismo teniendo en cuenta los requerimientos para consultorios con procedimientos, se sugiere implementar el mesón de trabajo en los consultorios donde hace falta, así como la poceta de lavado de instrumental en el consultorio 202^a conforme a lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.

Criterio 30. Sala de procedimientos

Es el ambiente donde se realizan procedimientos derivados de los servicios de salud. Para efectos del presente manual, se definen los siguientes tipos de sala:

30.1. Sala de procedimientos o curaciones. Ambiente con mínimo 8 m2, que cuenta con:

30.1.1. Mesón de trabajo.

30.1.2. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.

30.1.3. Lavamanos.

Observación: Durante el recorrido se observan dos (2) ambientes denominados: sala de procedimientos y consultorio (donde se realiza anamnesis ginecología) ambos se encuentran dentro de un ambiente denominado colposcopia, sin embargo, se evidencia que el consultorio de anamnesis no cuenta con los 10 m2, mencionados en la norma.

Indicación: Se sugiere evaluar el realizar tanto el procedimiento de colposcopia como la anamnesis en un ambiente de consultorio con procedimientos y así garantizar el cumplimiento normativo.

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

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 que las medias cañas en general se encuentran con pintura desprendida, superficies rugosas, con dilataciones en uniones con pared o piso, se evidencian en diferentes partes de la infraestructura de los consultorios, se encuentran pintura levantada, uniones o juntas en pisos y en uniones en muebles o ventanas con paredes sin sellar y no lisas, así mismo, se deben realizar los mantenimientos correspondientes, también se observa en el consultorio 202B vidrio de ventana rugoso, en este caso se debe garantizar que el mismo tenga superficie lisa de fácil limpieza y desinfección.

Se observa en central de esterilización muebles de madera con madera expuesta y deteriorados, por lo cual se debe garantizar que las superficies de los muebles sean lisas, continuas y faciliten procesos de limpieza y desinfección.

Indicación: Se sugiere realizar revisiones e intervención de mantenimiento en la infraestructura en general, enfocándose donde se observa pintura levantada, uniones o juntas en pisos, muebles con madera expuesta y superficies no uniformes.

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.*

 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: Durante el recorrido por la infraestructura se evidenciaron pisos con dilataciones y juntas sin sellar en diferentes ambientes, incluidos consultorios y la central de esterilización, situación que no garantiza la continuidad de la superficie exigida para este tipo de áreas.

Indicación: El prestador deberá realizar una revisión integral de la infraestructura, particularmente en los consultorios y la central de esterilización, e implementar las acciones de mantenimiento que correspondan para garantizar el adecuado sellamiento de las juntas y dilataciones identificadas, asegurando el cumplimiento de las condiciones locativas definidas en el criterio en mención.

Criterio 43. Los cielos 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: Durante la verificación de la unidad sanitaria destinada para mujeres se evidenció ausencia de cielo raso, encontrándose expuestas las redes e instalaciones ubicadas sobre este ambiente, por lo que no se garantiza una superficie continua conforme a las condiciones exigidas para los acabados locativos. Así mismo, en el consultorio 405B se observó que el techo sobre la ventana no presenta una superficie continua.

Adicionalmente, en la central de esterilización se evidenciaron discontinuidades en las uniones entre pared y media caña, y en el ambiente de aseo del nivel 4B se observó un techo modular de superficie no lisa.

Indicación: Implementar las adecuaciones locativas necesarias en la unidad sanitaria para mujeres, garantizando la instalación de cielo raso que permita cubrir las redes expuestas en el techo del consultorio 405B y en las uniones entre pared y media caña de la central de esterilización. Así mismo, deberá garantizar que el techo del ambiente de aseo del nivel 4B se encuentre construido en material impermeable, lavable, sólido, resistente a factores ambientales e incombustible, con superficie lisa y continua, en cumplimiento de las condiciones exigidas por el *criterio 43*.

Criterio 44. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinamia e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas.

Observación: Durante el recorrido por los servicios de cirugía y laboratorios, así como los consultorios donde realizan procedimientos, se evidencia ausencia de media caña en la unión formada entre pisos y muros o divisiones en vidrio, lo cual no garantiza procesos adecuados de limpieza. Adicionalmente, se observa guarda escobas instalado en los muros de varios ambientes del Servicio de Laboratorio Clínico, condición que no corresponde a las características exigidas para las uniones entre piso y muro en los ambientes donde se requieren procesos de limpieza y asepsia más rigurosos.

Indicación: de conformidad con lo establecido en el *criterio 44*, el prestador deberá instalar media caña en las uniones formadas entre paredes y pisos en todas las áreas y ambientes del servicio quirúrgico, garantizando la continuidad de la superficie y evitando la formación de aristas o esquinas que dificulten los procesos de limpieza y desinfección. Así mismo, deberá implementar las adecuaciones necesarias en las uniones formadas entre pisos y divisiones en vidrio, de manera

 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					

que se garantice la continuidad de la superficie y se favorezcan las condiciones de asepsia requeridas en los ambientes donde se realizan procedimientos y demás áreas a las que le aplica el presente criterio conforme al servicio indicado.

Criterio 45. En los **servicios de cirugía**, atención del parto, ambiente TPR y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas.

Observación: durante el recorrido por el servicio de cirugía, se evidencia falta de media caña en la unión formada en muros y/o divisiones en vidrio con el techo, así como las uniones formadas entre muros con divisiones en vidrio.

Indicación: instalar media caña en todas las uniones formadas entre techo y muro de las áreas y ambientes del servicio quirúrgico y ambiente de esterilización, incluyendo las formadas con las divisiones en vidrio que funcionen como barrera física o muro al interior del servicio de cirugía evitando la formación de aristas dificultando procesos de limpieza y desinfección.

Modalidad telemedicina - prestador de referencia

Criterio 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).

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: la institución presenta certificado de Claro para soportar el internet de la institución, presentan certificado de plataforma Siesa pero sin tarjeta del ingeniero de sistemas de la plataforma, y al indagar como se realizaba la videollamada se indica que se hace a través de otra plataforma denominada Jitsy meet de la cual no se tiene certificado.

Indicación: Garantizar los certificados de las plataformas tecnológicas que utilizan en la institución para la transmisión de la videollamada con la copia de la tarjeta vigente de los ingenieros de sistemas.

11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA

11.2.3. SERVICIO DE VACUNACIÓN

Estándar de Infraestructura

Criterio 4. Consultorio o ambiente que, de acuerdo con la oferta, cumple con los siguientes requisitos: Para los servicios en modalidad intramural de prestadores de servicios de salud que separen el servicio de vacunación en dos ambientes cuenta con:

(...) 4.2 Ambiente para almacenamiento y alistamiento de dispositivos y termos que cuenta con:

4.2.4 Lavamanos.

 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: Durante el recorrido por el servicio de vacunación se observó que el prestador separa el servicio de vacunación en dos ambientes, sin embargo, en el ambiente para almacenamiento y alistamiento de dispositivos y termos no cuenta con lavamanos.

Indicación: Se sugiere implementar la totalidad de los componentes con los que debe contar el Ambiente para almacenamiento y alistamiento de dispositivos y termos para lo cual se sugiere instalar el lavamanos.

Modalidades extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria

Criterio 5. Adicional a los criterios definidos para todos los servicios, la sede del prestador de servicios de salud que habilite el servicio de vacunación cuenta con:
 (...) 5.4 Lavamanos.

Observación: Durante el recorrido se observó que el ambiente para almacenamiento y alistamiento de dispositivos y termos no cuenta con lavamanos.

Indicación: Se sugiere implementar la totalidad de los componentes con los que debe contar el Ambiente para almacenamiento y alistamiento de dispositivos y termos para lo cual se sugiere instalar el lavamanos.

11.3 GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

11.3.2. SERVICIO FARMACÉUTICO

Estándar de Infraestructura

Criterio 5. Cuenta con:

- 5.1. Ambiente o área administrativa.
- 5.2. Ambiente o área de recepción de medicamentos y dispositivos médicos.
- 5.3. Ambiente o área de dispensación de medicamentos y entrega de dispositivos médicos.
- 5.4. Ambiente o área de almacenamiento, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. Incluye cadena de frío, cuando aplique.
- 5.5. Ambiente o área independiente de medicamentos de control especial cuando aplique, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante.
- 5.6. Ambiente o área para almacenamiento de productos rechazados, devueltos y retirados.
- 5.7. Ambiente o área para almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento o deterioro.
- 5.8. Ambiente o área de cuarentena de medicamentos.

Observación: Se evidencia que el servicio farmacéutico no cuenta con la totalidad de los ambientes o áreas requeridos para el desarrollo de las actividades propias del servicio, conforme a lo establecido en el *criterio 5* del estándar de infraestructura. En particular, no se identifican de manera clara y funcional las áreas de almacenamiento, cuarentena y segregación de medicamentos y dispositivos médicos, de acuerdo con las actividades que realiza el servicio.

Indicación: Garantizar la existencia, delimitación e identificación de los ambientes o áreas requeridos conforme a las actividades desarrolladas, incluyendo, las áreas de almacenamiento, almacenamiento de medicamentos de control especial, almacenamiento de productos rechazados, devueltos y retirados, almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento

 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 deterioro y área de cuarentena de medicamentos, asegurando la segregación de los productos y la prevención de riesgos asociados a su almacenamiento y dispensación.

Debe darse cumplimiento a los requisitos aplicables a todos los servicios en condiciones de orden, aseo y limpieza, se debe garantizar mantenimiento de pisos, paredes y techos, mobiliario y estantería.

Criterio 7. *Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad y adicionalmente cumple con lo definido en el Manual que adopta la Resolución 1403 de 2007, en el Título I Capítulo II numeral 1.2.2 y Título I Capítulo III numeral 1, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.*

Indicación. Para servicio farmacéutico de mediana y alta complejidad debe darse cumplimiento a la Resolución 1403 de 2007.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO **Estándar de Infraestructura**

Criterio 4. *Cuenta con:*

(...) 4.4. Lavamanos.

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

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

Observación: Se evidencia que el área destinada para la preparación, embalaje y remisión de las muestras cuenta con mesón de trabajo y lavamanos, no cuenta con poceta.

Indicación: Verificar las actividades desarrolladas en el área de preparación, embalaje y remisión de las muestras y garantizar la instalación de poceta cuando esta sea requerida, de conformidad con el *criterio 4.5.1* del estándar de infraestructura. Se precisa que el lavamanos corresponde al requisito establecido en el *criterio 4.4* y no sustituye la poceta prevista en el *criterio 4.5.1*.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO **Estándar de Infraestructura**

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:

8.2.1. Mesón de trabajo, con poceta cuando ésta se requiera (...)

8.2.3. Área para neveras o cuarto frío.

8.2.4. Lavamanos. (...)

8.3. Área o ambiente para el almacenamiento de materiales, insumos y reactivos. (...)

Observación: Se evidencia que el servicio de laboratorio clínico dispone de dos ambientes técnicos de procedimientos, cada uno con lavamanos; sin embargo, no se identifica la poceta en cada uno de estos ambientes.

Indicación: Verificar los procedimientos realizados en cada ambiente técnico y garantizar la disponibilidad de poceta cuando esta sea requerida, de conformidad con las actividades desarrolladas y lo establecido en el *criterio 8.2.1*. Se precisa que el lavamanos corresponde al

 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					

requisito establecido en el *criterio 8.2.4* y no sustituye la poceta prevista en el *criterio 8.2.1*, cuando esta sea requerida, conforme a lo establecido en el *criterio 8* del estándar de infraestructura.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA

Estándar de Infraestructura

Criterio 8. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:*

8.1. Área para recepción y entrega de pacientes.

8.2. Área para la transferencia de camillas.

8.3. Vestidor para el talento humano que funciona como filtro, con unidad sanitaria y área para casilleros.

(...) 8.6. Lavamanos quirúrgico en cantidad igual al número de salas de cirugía más uno, ubicado antes del ingreso a cada sala de cirugía.

(...) 8.8. Ambiente de ropa sucia.

Observación: Se evidenció en el recorrido por el servicio de cirugía que no cuenta con un área definida para la transferencia de camillas. Así mismo, el vestidor para el talento humano que funciona como filtro se encuentra ubicado en un piso superior al área quirúrgica, con acceso mediante escaleras, sin ventilación y sin señalización que delimite adecuadamente las áreas restringidas. Adicionalmente, se observó que el servicio dispone de dos (2) lavamanos quirúrgicos para cuatro (4) salas de cirugía y no cuenta con ambiente destinado para el almacenamiento de ropa sucia.

Indicación: Se indica que, de conformidad con lo establecido en el *criterio 8* del estándar de infraestructura para el servicio de cirugía, el prestador debe garantizar la disponibilidad de un área para la transferencia de camillas. Igualmente, deberá disponer de un vestidor para el talento humano que funcione como filtro y que cuente con las condiciones necesarias para controlar el ingreso al área quirúrgica, el cual también garantice el acceso para talento humano en condiciones de movilidad reducida. Así mismo, deberá garantizar la existencia de lavamanos quirúrgicos en cantidad igual al número de salas de cirugía más uno, ubicados antes del ingreso a cada sala de cirugía, y disponer de un ambiente destinado para ropa sucia exclusivo y ubicado al interior del servicio, conforme a los *criterios 8.2, 8.3, 8.6 y 8.8* del criterio mencionado.

Criterio 9. *Sala de Cirugía (20 m2) que cuenta con:*

(...) 9.3. Sistema de vacío.

9.4. Alarma de gases medicinales por fuera de la sala de cirugía.

9.5. Sistema de extracción de gases anestésicos residuales de la máquina hacia el exterior, cuando se requiera o según la tecnología utilizada. (...)

Observación: Durante la verificación de las salas de cirugía se evidenció que estas no cuentan con sistema de vacío, cuentan succionadores, pero no con sistema de vacío.

Indicación: Para dar cumplimiento a los componentes normativos requeridos para las salas de cirugía, estas deben contar con el sistema de vacío según el *criterio 9 numeral 9.3*, por tal razón deberá implementar el sistema de vacío en las salas de cirugía

 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 10. *Sala de recuperación localizada junto a las salas de cirugía y comunicada con el área de recepción y entrega de pacientes que cuenta con:*

(...)10.2. *Puesto de enfermería.*

(...)10.4. *Salida de oxígeno medicinal por camilla.*

10.5. *Sistema de vacío por camilla.*

Observación: Durante el recorrido en la sala de recuperación se evidenció que esta se encuentra distribuida en tres áreas independientes y no dispone de sistema de vacío por camilla. Adicionalmente, el puesto de enfermería existente no garantiza la monitorización permanente de los pacientes ubicados en la totalidad de las áreas de recuperación desde la superficie de trabajo. Así mismo, se observó la disposición de contenedores para ropa sucia dentro de una de las áreas destinadas a la recuperación de pacientes.

Indicación: Para el servicio de cirugía, la sala de recuperación debe contar con sistema de vacío por cada camilla de recuperación, conforme a lo definido en el *criterio 10.5*. Adicionalmente, deberá garantizar que el puesto de enfermería permita la monitorización permanente de los pacientes ubicados en este ambiente.

Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria

Criterio 12. *Cumple con los criterios anteriormente definidos y adicionalmente cuenta con:*

12.1. *Vestidor para pacientes que funciona como filtro, con unidad sanitaria y área para casilleros.*

12.2. *Ambiente para preparación de pacientes.*

Observación: Durante el recorrido por el servicio de cirugía se evidenció que el vestidor para pacientes se encuentra ubicado al interior del área destinada para la preparación de pacientes y es compartido por usuarios atendidos tanto en salas de cirugía como en el ambiente definido por el prestador como sala de procedimientos. Así mismo, se observó que el acceso al servicio conduce directamente al área donde los pacientes ya se encuentran preparados con bata, gorro y polainas, sin evidenciarse un vestidor que funcione como filtro previo al ingreso a las áreas restringidas del servicio.

Adicionalmente, la distribución de la circulación interna permite el acceso hacia las salas de cirugía sin que se evidencie el paso previo por un ambiente de filtro para pacientes.

Durante el recorrido también se identificó un ambiente utilizado para la realización de procedimientos que, de acuerdo con sus características locativas, corresponde a un consultorio. Igualmente, se evidenciaron habitaciones individuales y múltiples con unidad sanitaria ubicadas en la circulación hacia las salas de cirugía, sin encontrarse claramente definida su articulación funcional con el servicio de cirugía habilitado.

Indicación: Se indica que, de conformidad con lo establecido en los *criterios 12.1 y 12.2* del *criterio 12* para los servicios que realizan exclusivamente cirugía ambulatoria, el prestador debe garantizar la existencia de vestidor para pacientes que funcione como filtro, con unidad sanitaria y área para casilleros, así como un ambiente destinado a la preparación de pacientes, asegurando una distribución física y circulación que favorezcan el control de acceso y la separación de áreas conforme a la funcionalidad 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:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Adicionalmente, deberá revisar la organización y destinación de los ambientes que conforman el servicio, definiendo claramente la delimitación y la función de cada uno de ellos, verificando su correspondencia con las condiciones de infraestructura exigidas para los servicios habilitados, de acuerdo con la capacidad instalada declarada y la normatividad vigente.

Durante el recorrido de asistencia técnica se evaluaron diferentes alternativas de organización y delimitación de la infraestructura del servicio de cirugía, considerando ajustes en la circulación y el ingreso de los pacientes. Al respecto, se indicó la necesidad de adecuar un ambiente de vestidor para pacientes que funcione como filtro, el cual deberá ubicarse de manera articulada con el ambiente de preparación de pacientes y constituirse en el punto de ingreso previo al pasillo aséptico del servicio de cirugía, donde se localizan las salas de cirugía.

Lo anterior, con el fin de garantizar una secuencia funcional adecuada para el tránsito de los pacientes, el control de acceso a las áreas semi restringidas y restringidas y el cumplimiento de los requisitos establecidos para los servicios de cirugía ambulatoria en relación con el vestidor para pacientes que funciona como filtro y el ambiente para preparación de pacientes.

Así mismo, se indicó la necesidad de delimitar y separar de manera clara aquellos ambientes e infraestructura que no correspondan a los requeridos para el servicio de cirugía descrito en el *numeral 11.5.1* del estándar de infraestructura, garantizando la distribución física, la circulación y los ambientes asociados al servicio.

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN:

11.1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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: Las lámparas cuello de cisne no son dispositivo médico, por tanto, no cuentan con registro Invima ni certificado de no requiere, en ficha técnica presentada, no se establece el uso en ambientes médicos o en salud. Por lo anterior no hay un registro de estas lámparas ubicadas la mayoría de los consultorios de consulta externa; si cuenta con algunas lámparas de cuello de cisne con registro Invima y registro correspondiente.

Indicación: Se debe tener lámparas cuello de cisne con registro Invima, registradas tal como lo establece el criterio 1 del presente estándar, previamente descrito.

Criterio 2. *El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual 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					

2.1. Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante.

2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.

Observación: Las lámparas cuello de cisne no cuentan con registro Invima ni se establece el uso médico en la ficha técnica del fabricante; algunas basculas (15 basculas) no son de uso en salud o uso médico. El programa de mantenimiento preventivo no contempla las lámparas cuello de cisne como dispositivo médico, ni con las indicaciones del fabricante para su correcto mantenimiento.

Indicación: Se deberá contemplar en el documento las frecuencias o periodicidad de los mantenimientos correspondientes, como indica las fichas técnicas de los fabricantes de los diferentes equipos en uso, o si la institución considera mantenimientos adicionales por riesgo o uso de los equipos, se deberá establecer la periodicidad de los mantenimientos preventivos de acuerdo a lo definido en cronograma; igualmente, se deberá soportar las hojas de vida de las lámparas cuello de cisne con el registro Invima correspondiente.

Criterio 8. Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuentan con la siguiente dotación:

8.1. Desfibrilador bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique.

8.2. Resucitador pulmonar manual.

8.3. Aspirador o sistema de vacío.

8.4. Monitor de signos vitales con accesorios que cuenta como mínimo con:

8.4.1. Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador

8.4.2. Presión no invasiva

8.4.3. Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo

8.4.4. Batería

8.5. Laringoscopio con hojas rectas y curvas para adultos y pediátricas, según aplique

8.6. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador.

Observación: Durante recorrido por el servicio quirúrgico, no se evidencia la disponibilidad en el servicio del carro de paro adicional al de la sala de recuperación, por tanto, no está la dotación previamente mencionada en el criterio 8, del presente estándar para este carro de paro.

Indicación: Se deberá garantizar el carro de paro y la dotación solicitada con los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador, que soporte lo solicitado en el servicio quirúrgico, y descrito por el criterio previamente en mención.

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

Observación: La institución cuenta con dos equipos para esterilización con sistema por gravedad (o de desplazamiento por gravedad), con mantenimientos y calificaciones, sin embargo, dada la antigüedad del equipo, y el sistema utilizado, no se indica el uso para instrumental o material poroso, es decir, instrumental envuelto o empacado, tal como lo realiza la institución, dado que no se garantiza un adecuado paso del vapor al interior, y la esterilización no es segura.

 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 acuerdo con la resolución 914 de 2025 (MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE REPROCESAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y ELEMENTOS REUTILIZABLES (DMER)), los prestadores con central de reprocesamiento de DMER deben contar con suministro de vapor saturado para los esterilizadores, a través de sistemas que garanticen el suministro continuo a una presión constante hacia el esterilizador.

Indicación: Los dos equipos de esterilización por vapor, deberán cumplir con los sistemas adecuados para garantizar la esterilización del material e instrumental, dado que actualmente, por el sistema y el método implementado, no se está garantizado un adecuado proceso de esterilización, lo que incrementa el riesgo en el servicio quirúrgico, y en procedimientos realizados derivados de las consultas de los servicios habilitados. Se deberá garantizar esterilizadores que cumplan con los sistemas con suministro continuo, presión constante, y, sistemas que permitan extraer el aire de la cámara antes y después de esterilizar, lo que permitirá asegurar que el vapor penetre adecuadamente, garantizando un secado y una esterilización segura.

Criterio 13. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados cuenta con: 13.1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes con sistema de control de temperatura entre 1°C y 6°C y alarma audible o sistema de monitoreo que alerte cambios próximos al límite en que la sangre o sus componentes puedan deteriorarse. 13.2. Equipo para descongelar plasma, cuando se requiera, con sistema de control de temperatura. 13.3. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando se requiera. 13.4. Agitador o rotador de plaquetas con sistema de control de temperatura entre 20°C y 24°C cuando se requiera. 13.5. Nevera para transporte de componentes sanguíneos, donde se garantice la cadena de frío.

Observación: Durante el recorrido se observa en el área de cirugía únicamente una nevera dispuesta para el almacenamiento de glóbulos rojos.

Indicación: Mantener las condiciones de almacenamiento de los componentes sanguíneos, garantizando el control y registro de la temperatura, el adecuado funcionamiento de los sistemas de monitoreo y alarma, así como la adherencia a los procedimientos institucionales para su conservación y manejo seguro. Adicionalmente, documentar la necesidad o no de disponer de equipos para el almacenamiento y manejo de otros componentes sanguíneos, tales como plasma, crioprecipitados y plaquetas, de acuerdo con la complejidad y demanda de los procedimientos realizados por la institución.

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:

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 remitente como para el prestador de referencia,

 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					

17.2.1.2. *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 pixeles, 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: Aunque la institución presenta documento que describe algunas de las condiciones del software de historia clínica, dicho documento, no certifica que los dispositivos utilizados para la transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantizan una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remitente como para el prestador de referencia, tampoco que el software relacionado con la videollamada 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 define el uso de las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes.

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

Estándar de dotación

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: En algunos consultorios destinados para consulta externa, no cuentan con básculas grado médico, según ficha técnica de fabricante.

Indicación: Se deberá garantizar a través de la ficha técnica, el uso médico o uso en salud de la totalidad de las básculas de la institución.

Criterio 21. *El consultorio donde se realicen procedimientos cuenta con la dotación mínima definida para el consultorio donde se realice examen físico y adicionalmente cuenta con la dotación necesaria para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.*

Observación: En consultorios cuentan con lámparas de cuello de cisne sin indicación para uso médico o en salud, y tampoco tienen registro Invima correspondiente.

Indicación: Las lámparas de cuello de cisne deben contar con registro Invima, que garanticen la seguridad en su uso.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

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

Criterio: 12. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 12.1. Equipos biomédicos manuales, semi-automatizados o automatizados para los procedimientos que realice.

Observación: Desde el servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas se está realizando la toma de flujos vaginales para lo cual se debe realizar una prueba que requiere verse al microscopio casi que, de manera inmediata, y no se cuenta con ello en el servicio de Laboratorio.

Indicación: Se indica revisar por condiciones técnicas si lo van a realizar o procesar con otro tipo de tecnología molecular, de lo contrario contar con el microscopio en el servicio de Laboratorio clínico, cumpliendo con los demás criterios del estándar de dotación y dejarlo descrito en los procedimientos de procesos prioritarios.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Estándar de dotación Modalidades intramural, extramural unidad móvil y jornada de salud

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

6.2. Lámpara de cuello de cisne o su equivalente.

Observación: cuentan con lámparas de cuello de cisne sin indicación para uso médico o en salud, no tienen registro Invima correspondiente.

Indicación: Las lámparas de cuello de cisne deben contar con registro Invima, que garanticen la seguridad en su uso.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA

Estándar de dotación

Criterio 19. Disponibilidad en el servicio de:

19.1. Carro de paro adicional al de la sala de recuperación.

19.13. Disponibilidad de:

19.13.1. Equipo de rayos X portátil.

Observación: Durante recorrido, no se evidencia el carro de paro adicional al de la sala de recuperación. La institución manifiesta tener contrato convenio para el servicio de rayos x con un proveedor externo, como la disponibilidad del equipo de rayos X portátil.

Indicación: Se deberá contar el carro de paro adicional al de la sala de recuperación, con lo definido en el criterio 8, de los criterios aplicables a todos los servicios, y lo definido por el prestador. Se deberá contar con la disponibilidad del equipo de rayos x portátil tal como lo indica el criterio 19 previamente descrito, para el servicio quirúrgico

 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					

11.1.4 ESTANDAR DE MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS.

Criterio 1. El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información:

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

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

Criterio 3. Los reactivos de diagnóstico in vitro 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:

3.1. Nombre; 3.2. Marca; 3.3. Presentación comercial; 3.4. Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima; 3.5. Clasificación del riesgo sanitario; 3.6. Vida útil, cuando aplique; 3.7. Fecha de vencimiento y lote.

Observación. El prestador presenta documento con la *Gestión Nacional del Servicio Farmacéutico* y ha definido una sola planilla con todos los criterios para medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico los cuales diligencia según aplique el medicamento, dispositivo médico o insumo o reactivo.

Indicación. Independientemente de la forma de presentación, lo importante es tener el registro de todos y cada uno de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos utilizados en la entidad para prestar el servicio de salud en los términos de la seguridad del paciente.

Criterio 5. El prestador de servicios de salud que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud cuenta con la resolución de autorización vigente, expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces.

Observación. El prestador indica que la autorización del Fondo Nacional de Estupefacientes para el Propofol está siendo tramitada por el proveedor mayorista SUPPLA, y de esta forma no duplicar los esfuerzos a seguir dado que la actual Resolución de la Unidad Administrativa Especial, autoriza a Profamilia Teusaquillo a realizar dispensación de medicamentos allí señalados y autoriza como distribución mayorista nacional de medicamentos de control especial es Suppla S.A.

Indicación. Una vez autorizada mediante la resolución, tener la resolución disponible para su consulta.

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.

 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 presenta kit de derrames en el servicio farmacéutico e informa que en las otras dependencias existen otros dos kits de derrames;

Indicación. se indica que los colaboradores del servicio deben conocer donde se encuentran dispuestos los kits, el contenido y la forma de uso.

SERVICIO DE VACUNACION

Complejidad baja

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

Criterio 8. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:*

Si se presenta interrupción de la cadena de frío, el prestador de servicios de salud realiza notificación según el procedimiento establecido por el Invima.

Indicación. Se sugiere al prestador verificar el procedimiento en caso de perder la cadena frío en el servicio.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

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 todos los criterios de 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 de dispositivos médicos se encuentra que falta la vida útil y el registro de algunos de los datos.

 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: 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.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Modalidades intramural, extramural unidad móvil y jornada de salud

Criterio 7. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con*

7.1. *Espéculos de diferentes tamaños desechables o reutilizables siempre y cuando se garantice el proceso de esterilización.*

Observación: Durante el recorrido se evidenció disponibilidad de la dotación requerida para la prestación del servicio, incluyendo los insumos y dispositivos aplicables. No obstante, se observó que los espéculos disponibles corresponden únicamente a las tallas S y M, sin evidencia de espéculos talla L.

Indicación: Gestionar la disponibilidad de espéculos talla L dentro de la dotación del servicio, manteniendo una cantidad mínima suficiente que permita atender oportunamente a las usuarias que, por sus condiciones anatómicas o necesidades clínicas, requieran este tamaño para la adecuada realización del procedimiento.

11. 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: La institución cuenta con una Política de Seguridad del Paciente alineada con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, el documento presentado corresponde a una política institucional de alcance general para la organización a nivel distrital y nacional. Durante la revisión se evidenció que la política no contempla de manera específica las características, riesgos, procesos y población objeto de atención de la sede visitada, lo que limita la identificación de estrategias particulares para la gestión de la seguridad del paciente en este contexto.

Indicación: Se recomienda fortalecer la apropiación y contextualización de la política a nivel de la sede, de acuerdo con los servicios habilitados y la población atendida.

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: La institución presenta documentación relacionada con la política de seguridad del paciente, control de infecciones y optimización del uso de antibióticos, la cual se encuentra estructurada de manera general para la organización a nivel distrital y nacional. Se evidencia 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					

participación de un equipo interdisciplinario y la existencia de actas y registros de seguimiento en el sistema de información Almera.

No obstante, la documentación revisada no especifica las particularidades de la sede visitada ni define claramente la población objeto de atención, los riesgos priorizados, los resultados obtenidos y las acciones de seguimiento implementadas a nivel local.

Indicación: Se recomienda fortalecer la caracterización de la información por sede, de manera que permita evidenciar la gestión, análisis y toma de decisiones acorde con las necesidades y condiciones específicas de la población atendida.

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:*

- **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: La institución cuenta con un documento institucional para la identificación segura del paciente, en el cual se establecen riesgos asociados al proceso de atención y mecanismos de identificación acordes con la clasificación de los pacientes. Durante la visita, el talento humano entrevistado demostró conocimiento de las prácticas definidas y refirió su aplicación de manera adecuada durante la prestación de los servicios.

Sin embargo, no se evidencian soportes documentales que permitan verificar la adherencia, seguimiento o evaluación periódica del cumplimiento de la práctica segura de identificación del paciente. Adicionalmente, aunque el documento contempla riesgos relacionados con la atención, no incorpora lineamientos específicos desde el enfoque diferencial que orienten la correcta identificación de poblaciones con características o necesidades particulares, tales como, personas mayores, personas con discapacidad, pacientes con barreras de comunicación u otras condiciones que puedan incrementar el riesgo de errores de identificación

Indicación: Fortalecer la documentación institucional de identificación segura del paciente incorporando lineamientos con enfoque diferencial para las poblaciones atendidas. Así mismo, implementar mecanismos de evaluación y seguimiento que permitan evidenciar la adherencia del talento humano a la práctica segura y la efectividad de las barreras de identificación establecidas por la institución.

- **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 cuenta con un documento general de enfoque diferencial que orienta la atención de los usuarios. No obstante, durante la revisión documental no se evidencian lineamientos específicos para la gestión de la comunicación segura y efectiva entre el talento humano, los pacientes y sus cuidadores, diferenciados de acuerdo con la población atendida, los servicios habilitados y la modalidad de prestación.

Durante el recorrido y las entrevistas realizadas, el personal manifestó contar con colaboradores con conocimientos en lenguaje de señas y refirió mecanismos para facilitar la comunicación con personas que presentan barreras comunicativas. Sin embargo, no se evidencian documentos,

 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					

registros, procedimientos, directorios o soportes que permitan verificar formalmente la disponibilidad de estos recursos, su cobertura o su implementación dentro de la institución.

Adicionalmente, no se identifican mecanismos documentados de evaluación, seguimiento o fortalecimiento de las estrategias de comunicación con enfoque diferencial para las poblaciones que requieren ajustes razonables durante la atención.

Indicación: Fortalecer las estrategias institucionales de comunicación segura incorporando lineamientos específicos según la población atendida, los servicios habilitados y la modalidad de prestación. Así mismo, documentar los recursos disponibles para la atención de personas con barreras de comunicación, incluyendo los mecanismos de acceso a intérpretes o personal capacitado, y establecer herramientas de seguimiento que permitan evidenciar la implementación y efectividad de estas estrategias.

- **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: Durante la revisión documental se verificó la existencia de lineamientos institucionales para la higiene y el lavado de manos, aplicables a todos los servicios y sedes de la IPS, los cuales incluyen la técnica de higienización de manos y las recomendaciones orientadas a la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

Sin embargo, durante el recorrido de verificación en campo se identificaron oportunidades de mejora en la adherencia a las prácticas establecidas. En el servicio de consulta externa, durante la realización de una ecografía, no se evidenció el cumplimiento de los cinco momentos para la higiene de manos definidos por la Organización Mundial de la Salud. De igual forma, en el servicio quirúrgico se observó el uso de guantes por parte de personal asistencial para actividades no asistenciales.

Si bien el talento humano manifestó conocer los lineamientos institucionales, los hallazgos observados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de monitoreo, evaluación y retroalimentación sobre el cumplimiento de las prácticas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

Indicación: Fortalecer las actividades de capacitación, seguimiento y evaluación de la adherencia a la higiene de manos y al uso adecuado de elementos de protección personal, garantizando el cumplimiento de los cinco momentos para la higiene de manos y el uso racional de guantes conforme a los lineamientos institucionales y las recomendaciones vigentes para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. (Estrategia multimodal de Higiene de manos)

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

Observación: Se evidenció documentación institucional que describe la ruta, los mecanismos de reporte y la gestión de eventos adversos, así como la aplicación de la metodología del Protocolo de Londres para el análisis de los eventos identificados. Asimismo, la institución dispone de un formato físico para el reporte de eventos en situaciones de contingencia.

Durante las entrevistas realizadas a colaboradores de diferentes perfiles asistenciales (médicos, enfermeras, auxiliares y especialistas), se identificó conocimiento general sobre los canales 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					

reporte; sin embargo, se observaron diferencias en la información suministrada respecto al proceso y las vías de notificación, lo que evidencia oportunidades de fortalecimiento en la estandarización y apropiación institucional del procedimiento. Adicionalmente, se evidenció que un número reducido de colaboradores conoce la existencia, ubicación y uso del formato físico dispuesto para contingencias.

Por otra parte, se identificó que el formulario de reporte de eventos adversos incluye un campo obligatorio para registrar el correo electrónico institucional de la persona que realiza el reporte. Esta situación podría generar barreras para la notificación y no se encuentra alineada con los principios de confidencialidad y cultura de seguridad promovidos por la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual fomenta el reporte sin carácter punitivo y la protección de la identidad del reportante

Indicación: Fortalecer las estrategias de socialización y capacitación relacionadas con la detección, reporte y gestión de eventos adversos, garantizando la estandarización de la información suministrada por el talento humano. Así mismo, reforzar la divulgación y accesibilidad de los mecanismos de contingencia para el reporte de eventos y revisar los campos requeridos en los formatos institucionales, con el fin de alinearlos con los principios de confidencialidad, aprendizaje organizacional y cultura justa promovidos por la Política de Seguridad del Paciente

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

Observación: Durante la revisión documental se evidenció la disponibilidad de formatos de consentimiento informado para algunos procedimientos asistenciales realizados en la institución. No obstante, no se observa documentado el procedimiento para la obtención, registro y conservación del consentimiento informado en la modalidad de telemedicina, ni la definición de las contingencias que permitan garantizar la continuidad, oportunidad y trazabilidad del proceso en caso de fallas tecnológicas o de conectividad.

Asimismo, se identificó que los formatos de consentimiento informado se encuentran orientados principalmente a procedimientos específicos, sin evidenciarse lineamientos claros para su aplicación en la atención por consulta externa y otros actos asistenciales en los que corresponda la información y aceptación por parte del paciente o su representante legal. Durante la revisión del servicio de vacunación se evidenció consentimiento informado específico para la administración del biológico contra el Virus del Papiloma Humano (VPH); sin embargo, no se aportó evidencia de criterios institucionales que definan la gestión del consentimiento informado para otros procedimientos o intervenciones realizadas en el servicio, de acuerdo con el riesgo y las características de la atención.

Adicionalmente, no se evidencian lineamientos específicos relacionados con la obtención del consentimiento por representación en pacientes menores de edad o personas con capacidad de decisión limitada, ni mecanismos para la aplicación y registro del asentimiento o disasentimiento informado cuando corresponda, conforme a la normatividad vigente y al enfoque de derechos.

Indicación: Definir, documentar e implementar el procedimiento institucional para la gestión del consentimiento informado en todas las modalidades de atención, incluyendo telemedicina, estableciendo responsabilidades, mecanismos de suscripción, conservación y contingencias. Así mismo, fortalecer los lineamientos relacionados con el consentimiento por representación, el asentimiento y disasentimiento informado en población menor de edad y demás grupos que lo

 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					

requieran, garantizando que el proceso se encuentre acorde con el tipo de atención prestada, los riesgos asociados y la normativa vigente.

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

Observación: Durante el recorrido por el servicio quirúrgico se informó que, una vez finalizado cada procedimiento, se realiza el proceso de limpieza y desinfección del quirófano. No obstante, se recomienda fortalecer dentro de este proceso la segregación y disposición inmediata de líquidos, medicamentos, diluciones farmacológicas y demás insumos remanentes utilizados durante el acto quirúrgico, con el fin de evitar su permanencia en el área asistencial y reducir el riesgo de confusión, uso inadvertido o administración errónea en un paciente posterior.

Indicación: Incorporar y verificar dentro del procedimiento de limpieza y alistamiento del quirófano la eliminación inmediata de medicamentos, diluciones farmacológicas, soluciones e insumos remanentes utilizados en cada procedimiento, garantizando que el área quede completamente acondicionada y libre de elementos correspondientes al paciente anterior, antes del ingreso de un nuevo usuario. Esta medida contribuye al fortalecimiento de las barreras de seguridad para la prevención de errores asociados al uso de medicamentos.

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

Observación: Se verificó la existencia de lineamientos institucionales orientados a la prevención y reducción del riesgo de caídas, los cuales incluyen criterios para la identificación de pacientes con riesgo y la implementación de medidas preventivas durante la atención. Durante las entrevistas realizadas, el talento humano manifestó conocer las acciones institucionales definidas para la gestión de este riesgo.

Sin embargo, no se evidencian lineamientos específicos que incorporen un enfoque diferencial acorde con las características de la población atendida en los servicios habilitados de la sede, ni soportes que permitan verificar la medición de adherencia a las prácticas de prevención de caídas implementadas. De igual forma, no se identifican mecanismos documentados de evaluación de la efectividad de las barreras de seguridad adoptadas para la reducción de este evento.

Indicación: Fortalecer la gestión del riesgo de caídas mediante la incorporación de estrategias diferenciadas según las características y necesidades de la población atendida, así como implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y retroalimentación que permitan evidenciar la adherencia a las medidas preventivas y la efectividad de las acciones desarrolladas.

- **4.8. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique.**

Observación: La institución cuenta con el procedimiento institucional PO-GS-AS-010 "Protocolo para la realización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo", el cual se encuentra definido de manera general para la IPS y sus sedes, dando cumplimiento al criterio en cuanto a la existencia del lineamiento para la atención segura en este tipo de procedimiento.

No obstante, se evidencia oportunidad de mejora en la especificidad del documento, en la medida en que no se encuentra desarrollado por sede ni ajustado al objeto de población atendida, teniendo en cuenta el enfoque diferencial, las condiciones particulares de las usuarias y la georreferenciación

 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 prestación del servicio. Esta situación limita la caracterización más precisa de riesgos y la adaptación de las estrategias de seguridad del paciente según el contexto de atención de cada unidad o sede.

Indicación: Fortalecer el protocolo institucional mediante su contextualización por sede, incorporando el enfoque diferencial y la caracterización de la población objeto de atención, de acuerdo con las condiciones geográficas y de prestación del servicio (georreferenciación), con el fin de optimizar la gestión del riesgo y la aplicación de prácticas seguras en la atención de las usuarias.

- **4.10.** Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique.
- **4.11.** Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique

Observación: Durante la revisión documental y la verificación en campo no se evidencia la existencia de una práctica segura formalmente documentada e implementada para la prevención de lesiones de piel en los servicios donde aplica, particularmente en el entorno quirúrgico.

Si bien se realizan actividades propias de la atención asistencial, no se identifican lineamientos estandarizados que integren las barreras de seguridad necesarias para la prevención de lesiones asociadas a la posición prolongada del paciente durante procedimientos quirúrgicos, ni medidas específicas relacionadas con el uso de equipos biomédicos como electrobisturí, que permitan reducir el riesgo de daño en la piel durante el acto quirúrgico.

Indicación: Diseñar, documentar e implementar la práctica segura para la prevención de lesiones de piel en el contexto quirúrgico, incorporando barreras de seguridad relacionadas con la posición del paciente durante procedimientos prolongados, el uso seguro de equipos biomédicos y la verificación intraoperatoria de condiciones que puedan generar riesgo de lesión cutánea, garantizando su socialización, adherencia y seguimiento por parte del talento humano

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

Observación: Se evidencian soportes institucionales relacionados con la promoción de la cultura de seguridad del paciente y la capacitación del talento humano, desarrollados mediante herramientas corporativas como la intranet institucional y el sistema Almera. Así mismo, durante el recorrido se observó material informativo visible en salas de espera dirigido a pacientes y acompañantes, con información relacionada con cuidados generales y recomendaciones durante la atención.

No obstante, las estrategias identificadas se presentan de manera general para la institución y no se evidencia una priorización de contenidos basada en los principales riesgos asistenciales asociados a los servicios habilitados y a la población objeto de atención de la sede. De igual forma, no se identifican mecanismos que permitan demostrar que las actividades educativas dirigidas al talento humano, pacientes y familiares se encuentran alineadas con los riesgos priorizados dentro del programa de seguridad del paciente

 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: Fortalecer las estrategias de promoción de la cultura de seguridad del paciente mediante la priorización de actividades educativas y de sensibilización acordes con los riesgos asistenciales identificados en cada servicio y en la población atendida. Así mismo, documentar los criterios de priorización, seguimiento y evaluación de las acciones implementadas, con el fin de evidenciar su contribución a la gestión del riesgo y al fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

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: Se verificó la existencia de guías, procedimientos y protocolos de atención relacionados con las actividades desarrolladas en los servicios habilitados. Los documentos revisados describen aspectos generales de la atención y orientan la ejecución de los procesos asistenciales.

Sin embargo, durante la revisión documental se evidenció que algunos de los documentos no contienen de manera explícita los elementos requeridos por el criterio, particularmente en lo relacionado con el enfoque diferencial aplicable a la población objeto de atención, así como la definición de los dispositivos médicos, equipos biomédicos e insumos requeridos para la ejecución segura y estandarizada de las actividades y procedimientos descritos.

Indicación: Actualizar y fortalecer los documentos asistenciales, incorporando de manera explícita el enfoque diferencial acorde con la población atendida y el alcance de los servicios habilitados. Así mismo, incluir la descripción de los equipos biomédicos, dispositivos médicos, medicamentos e insumos requeridos para el desarrollo de las actividades y procedimientos, garantizando la coherencia con el objeto y alcance de cada servicio.

Criterio 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.

Criterio 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: Durante la visita se evidencia que el prestador cuenta con procesos de adopción, adaptación y seguimiento de guías de práctica clínica, así como con un comité de desarrollo de guías. No obstante, al revisar algunas de las guías adoptadas por la institución, se identifica que estas no incluyen de manera integral la documentación relacionada con el talento humano requerido para su implementación, así como los equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la ejecución de las intervenciones contempladas en dichas guías.

Indicación: Se indica al prestador fortalecer el proceso de adopción, adaptación e implementación de guías de práctica clínica, garantizando que estas contemplen de manera integral los recursos necesarios para su ejecución, incluyendo talento humano, equipos biomédicos, medicamentos,

 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					

dispositivos médicos e insumos, de acuerdo con el alcance de los servicios habilitados. Así mismo, deberá implementar mecanismos de seguimiento que permitan verificar la adherencia a las guías adoptadas y su aplicación efectiva dentro de los procesos prioritarios asistenciales, garantizando la estandarización y seguridad de la atención prestada.

Criterio 12. *El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:*

12.1. *Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, en los servicios donde aplique.*

12.2. *Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.*

12.3. *Procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, en los servicios donde se realice.*

12.4. *Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios donde se realicen procedimientos de venopunción.*

12.5. *Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.*

12.6. *Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales*

12.7. *Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen.*

Observación: Durante la visita de verificación se evidencia falta de adherencia a los procedimientos institucionales de limpieza y desinfección. Al realizar el recorrido por los servicios y revisar las actividades ejecutadas por el personal, se identifican prácticas que no corresponden a lo establecido en los protocolos institucionales definidos para la limpieza y desinfección de áreas, superficies, equipos y dispositivos, lo que puede afectar la efectividad de las medidas implementadas para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

Indicación: Se indica al prestador fortalecer la implementación y adherencia a los procedimientos institucionales de limpieza y desinfección, garantizando que el personal responsable conozca y aplique los lineamientos establecidos para el desarrollo de estas actividades. Así mismo, deberá implementar mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de la adherencia a los protocolos institucionales, con el fin de garantizar la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud y la seguridad de pacientes, usuarios y trabajadores.

Criterio 13. *El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada:*

13.1. *Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos:*

13.1.1. *Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril.*

13.1.2. *Transporte.*

13.1.3. *Lavado, secado y lubricación.*

13.1.4. *Empaque.*

13.1.5. *Etiquetado.*

13.1.6. *Esterilización.*

13.1.7. *Almacenamiento.*

13.1.8. *Verificación de la integridad del material estéril.*

13.1.9. *Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.*

Observación: Durante recorrido se observa central de esterilización con 2 autoclaves a vapor, y dos autoclaves de peróxido de hidrógeno; se realiza:

 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					

Empaque con bolsas de esterilización para uso en autoclave de peróxido de hidrogeno, y tela de polipropileno para autoclaves de vapor.

El **etiquetado** se realiza con el nombre, fecha de esterilización, fecha de vencimiento, carga, lote y responsable, en la cinta testigo sobre cada paquete. Se lleva registro por cada autoclave de indicadores químicos y biológicos, con su correspondiente soporte de indicador adherido a los formatos de registro.

El **empaquetado** se realiza continua al área administrativa, donde se encuentra un computador portátil y papelería, en cajones de mueble en la parte inferior, se almacena papelería y otros insumos que no hacen parte del empaque y etiquetado del material e instrumental a esterilizar.

Se realiza el paso de los canister de la succión por exclusiva para entrega de material contaminado desde las salas de cirugía, el cual que se desinfecta en ambiente destinado para lavado y secado, y se devuelve limpio para uso nuevamente por esta misma exclusiva de recibo de material contaminado.

Al revisar el documento presentado, se evidencian generalidades del proceso aplicadas a nivel institucional para todas las sedes de la IPS. Por lo tanto, se indica actualizar dicho documento considerando la especificidad del servicio según la capacidad instalada, las áreas y los ambientes de la **sede piloto**. Asimismo, se requiere establecer una comunicación directa con el área de calidad y el líder del proceso; esto garantizará que, una vez actualizado el documento, exista total coherencia entre el texto y la unidireccionalidad del flujo del proceso de esterilización.

Indicación: Se (deberá ajustar lo correspondiente a la infraestructura, y el proceso, que garantice la unidireccionalidad del proceso.

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

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

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

Observación: Durante el recorrido por el servicio de cirugía se evidenció el reúso de circuitos de anestesia entre pacientes. Lo anterior demuestra falta de adherencia a los procedimientos institucionales establecidos para el reprocesamiento, limpieza, desinfección y manejo seguro de dispositivos médicos, generando riesgo de contaminación cruzada y de eventos asociados a la atención en salud.

Indicación: Se indica al prestador fortalecer la implementación y adherencia a los procesos institucionales para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, garantizando que el uso, reprocesamiento, limpieza, desinfección, esterilización o disposición final de los circuitos de anestesia se realice conforme a las recomendaciones del fabricante, los lineamientos institucionales y la normatividad vigente. Así mismo, deberá implementar mecanismos de seguimiento y monitoreo que permitan verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos y gestionar los riesgos asociados al uso de dispositivos médicos en el servicio quirúrgico.

 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 17. *Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:*

17.1. *Estabilización del paciente antes del traslado.*

17.2. *Medidas para el traslado.*

17.3. *Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:*

17.3.1. *Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes.*

17.3.2. *Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.*

17.3.3. *Resumen de historia clínica.*

17.3.4. *Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros).*

17.3.5. *Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.*

17.3.6. *La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.*

Observación: Durante la revisión documental no se evidenció el documento institucional que establezca el proceso de referencia de pacientes. En consecuencia, no fue posible verificar la definición de las acciones de estabilización del paciente previas al traslado, las medidas para el traslado, la lista de chequeo de los documentos requeridos —incluyendo formato de referencia, resultados de apoyos diagnósticos y resumen de historia clínica—, los mecanismos tecnológicos para la gestión del proceso, las responsabilidades del talento humano en cada etapa ni la ruta de referencia de pacientes identificados como víctimas de violencia sexual hacia un servicio de urgencias.

Indicación: Se indica al prestador documentar, implementar y socializar el proceso institucional de referencia de pacientes, conforme a los componentes definidos en el criterio 17 del estándar de Procesos Prioritarios. El documento deberá contemplar las acciones de estabilización previas al traslado, las medidas de seguridad durante el traslado, la lista de chequeo de los documentos requeridos, los mecanismos tecnológicos disponibles, las responsabilidades del talento humano y la ruta de referencia de víctimas de violencia sexual al servicio de urgencias. Así mismo, deberá establecer mecanismos de seguimiento que permitan verificar su implementación y adherencia.

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: Durante la verificación documental, quien atiende la visita refiere que el prestador cuenta con un documento institucional para la atención en salud de víctimas de violencia sexual. No obstante, se identifica que las actividades definidas en dicho documento requieren fortalecimiento, de manera que contemplen de forma clara la identificación de presuntas víctimas de violencias sexuales durante la atención, la activación de los mecanismos de reporte a las entidades competentes y la remisión oportuna a los servicios de salud requeridos, de acuerdo con las necesidades identificadas y el alcance de los servicios habilitados.

Indicación: Se indica al prestador ajustar, implementar y socializar el documento institucional para la atención en salud de víctimas de violencias sexuales, garantizando que incluya actividades claras para la identificación de presuntas víctimas, la activación de los mecanismos de reporte a las

 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					

entidades competentes y la remisión oportuna a los servicios de salud requeridos. Se deberá definir responsables, mecanismos de articulación y seguimiento que permitan garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad y seguridad de la atención.

Criterio 27. Cuando el prestador de servicios de salud realice “pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing - POCT)” en un servicio habilitado cuenta con: 27.1. Información documentada sobre la toma, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados. 27.2. Controles de calidad realizados por un servicio de laboratorio clínico que puede ser propio o contratado para tal fin, cuando aplique, de acuerdo a las especificaciones del fabricante. 27.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas.

Observación: Durante la visita se evidenció la realización de pruebas POCT y la existencia de registros correspondientes a los controles de calidad internos ejecutados por el laboratorio clínico institucional y controles de calidad externos. No obstante, no se encontró información documentada que describa las actividades relacionadas con la toma de muestras, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados de las pruebas POCT. Así mismo, no se evidenciaron documentos o registros que soporten el análisis de los reportes obtenidos ni la definición e implementación de acciones preventivas y correctivas derivadas de dichos análisis.

Indicación: Implementar y mantener actualizada la información documentada relacionada con la realización de pruebas POCT. Asimismo, documentar los controles de calidad realizados por el laboratorio clínico responsable, así como el análisis periódico de sus resultados, la identificación de desviaciones y la implementación de las acciones preventivas y correctivas derivadas de dichos análisis, conservando los respectivos registros como evidencia del seguimiento.

11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

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

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

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

35.2. Información al paciente sobre: **35.2.1.** Preparación. **35.2.2.** Recomendaciones post procedimiento. **35.2.3.** Controles. **35.2.4.** Posibles complicaciones.

Observación: Se evidenció que la institución cuenta con documentación definida a nivel nacional de la IPS relacionada con los procedimientos realizados en consulta externa, así como con la información al paciente sobre preparación, recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones.

Sin embargo, se identificó que la documentación es de alcance general institucional y no se encuentra específicamente adaptada a la sede evaluada ni a los procedimientos efectivamente realizados en la misma, lo que limita la estandarización local y la claridad frente a la aplicación operativa en el servicio.

Indicación: Fortalecer la gestión documental en el servicio de consulta externa, ajustando la información institucional a las condiciones específicas de la sede y a los procedimientos

 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					

efectivamente realizados, garantizando la estandarización local de la atención y la adecuada aplicación de los lineamientos sobre preparación, cuidados post procedimiento, controles y posibles complicaciones.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA

Complejidades mediana y alta Modalidades intramural, extramural jornada de salud, unidad móvil y telemedicina - prestador remitir

Criterio 30. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada para:*

- **30.1. Entrega de turno de enfermería y medicina.**

Observación: *Se evidenció la existencia de un documento institucional para la entrega de turno en el servicio quirúrgico, el cual es aplicado por el personal de enfermería mediante la realización de la actividad en cada cambio de turno, garantizando la continuidad de la atención.*

Sin embargo, durante la revisión no se evidencian soportes ni registros que permitan verificar la ejecución formal de la entrega de turno por parte del personal médico, de acuerdo con lo establecido en el protocolo institucional.

Indicación: Fortalecer la implementación del protocolo de entrega de turno en el servicio quirúrgico, garantizando la participación del personal médico y el registro documental correspondiente de la información clínica relevante

- **30.2. Plan de cuidados de enfermería**

Observación: Durante la revisión documental no se evidencia la existencia de un documento institucional formal que establezca el Plan de Cuidados de Enfermería dentro de los servicios evaluados. Se identifica que, en la práctica asistencial, el personal de enfermería realiza acciones orientadas al cuidado del paciente; sin embargo, estas se desarrollan sin un instrumento estandarizado que permita la planeación, registro y seguimiento sistemático de los cuidados brindados.

Así mismo, se presentan alternativas de implementación relacionadas con el proceso de atención de enfermería, pero estas no se encuentran formalizadas ni documentadas como parte del sistema de gestión institucional, lo que limita la trazabilidad y estandarización del cuidado

Indicación: Diseñar, documentar e implementar el Plan de Cuidados de Enfermería como instrumento institucional, asegurando su estandarización en los servicios donde aplique, de manera que permita la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de enfermería, garantizando la continuidad del cuidado y la trazabilidad de la atención.

- **30.3. Control de líquidos.**

 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: Se evidenció la existencia de un documento institucional que establece los lineamientos para el control de líquidos, el cual define los cuidados y la monitorización aplicable al servicio de cirugía ambulatoria.

No obstante, durante el recorrido y la verificación de registros en notas de enfermería, se identificó que la cuantificación de ingresos y egresos no se realiza de manera consistente en todos los pacientes, evidenciándose registros incompletos o ausencia de la misma en algunos casos

Indicación: Fortalecer la implementación del protocolo de control de líquidos en el servicio de cirugía ambulatoria, garantizando la cuantificación sistemática de ingresos y egresos en todos los pacientes, así como el registro completo en las notas de enfermería, con el fin de asegurar la trazabilidad del balance hídrico y la adecuada vigilancia clínica del paciente.

- **30.8. Evaluación y registro pre anestésico**

Observación: Se evidenció y verificó durante el recorrido que en las historias clínicas quedan registrados los hallazgos de la valoración inicial realizada por el médico general en el servicio de consulta externa, donde se documenta la clasificación del riesgo anestésico del paciente. A partir de esta valoración, el usuario es remitido a especialista para evaluación o, según criterio clínico, es direccionado directamente a programación del procedimiento quirúrgico. Posteriormente, una vez programado el paciente, se realiza la atención preanestésica conforme a la necesidad identificada.

Sin embargo, durante la verificación se identificaron oportunidades de mejora en la estandarización y completitud del registro preanestésico, evidenciándose en algunos casos información incompleta o variabilidad en el diligenciamiento del formato correspondiente, lo cual puede afectar la trazabilidad del proceso y la adecuada consolidación de la valoración del riesgo anestésico

Indicación: Fortalecer el proceso de evaluación y registro preanestésico, garantizando el diligenciamiento completo, oportuno y estandarizado en todos los pacientes, asegurando la continuidad del proceso desde la valoración inicial en consulta externa hasta la atención preanestésica especializada, con el fin de mejorar la trazabilidad y la seguridad del proceso quirúrgico.

- **30.9. Preparación del paciente para el acto quirúrgico.**

Observación: Se evidenció durante el recorrido la existencia de un ambiente destinado a la preparación del paciente para el acto quirúrgico, en el cual se realiza la clasificación de los usuarios de acuerdo con el procedimiento programado. En este espacio se verifican condiciones preoperatorias como la indicación de nada vía oral, la administración de medicamentos profilácticos antibióticos, el registro de consentimientos informados y la revisión de la historia clínica. al entrevistar a un usuario se confirmó la recepción de información previa al procedimiento, evidenciando adherencia al proceso de preparación quirúrgica.

Sin embargo, se identificó una oportunidad de mejora en la asignación y organización del mobiliario dentro del área, ya que la identificación del paciente se realiza principalmente mediante manilla, lo cual podría generar riesgo en la correcta verificación del usuario si no se complementa con otras barreras de seguridad físicas y organizacionales adecuadas en el entorno.

 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: Fortalecer la organización del área de preparación del paciente para el acto quirúrgico, optimizando la disposición del mobiliario y reforzando las barreras de seguridad para la identificación del usuario, de manera que se minimicen los riesgos asociados a la verificación del paciente y se garantice la seguridad en el proceso prequirúrgico.

- **30.12. Controles postquirúrgicos.**

Observación: Durante la revisión del proceso de atención se identificó que la institución realiza controles postquirúrgicos como parte del seguimiento posterior a los procedimientos, incluyendo vigilancia en recuperación inmediata, controles ambulatorios programados y educación al paciente sobre signos de alarma y autocuidado. Así mismo, se garantiza el acceso a consulta en caso de complicaciones, lo cual contribuye a la continuidad del cuidado.

Sin embargo, no se evidenció de manera documentada un procedimiento estandarizado que describa de forma explícita la estructura, periodicidad, responsables y mecanismos de registro de los controles postquirúrgicos, lo que puede generar variabilidad en su ejecución entre servicios o profesionales

Indicación: Fortalecer y formalizar el procedimiento institucional de controles postquirúrgicos, definiendo de manera clara su periodicidad, responsables, actividades específicas de seguimiento, criterios de alarma y mecanismos de registro en historia clínica, con el fin de garantizar la estandarización del proceso, la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria

Criterio 33. Cumple con los criterios definidos para las complejidades mediana y alta cuando aplique y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada:

Criterio 34. Identificación y gestión del riesgo que incluya: 34.1. Identificación del riesgo anestésico. 34.2. Valoración de posibles contraindicaciones. 34.3. Definición de criterios de inclusión del paciente para cirugía ambulatoria que contenga entre otros, los aspectos psicosociales, la duración, la extensión, el manejo del dolor, entre otros aspectos. 34.4. Entrega de Información al paciente sobre preparación y recomendaciones postoperatorias. 34.5. Actividades de seguimiento postquirúrgico.

Observación: En el servicio quirúrgico se evidenció la realización de actividades de identificación y gestión del riesgo del paciente, incluyendo la valoración del riesgo anestésico, la identificación de contraindicaciones, la programación del procedimiento y la entrega de información al paciente sobre preparación preoperatoria y recomendaciones postquirúrgicas. Así mismo, se realizan acciones de seguimiento posterior al procedimiento que permiten la vigilancia de la evolución clínica y la detección de signos de alarma.

Sin embargo, no se evidencia de forma completamente estandarizada la inclusión de aspectos psicosociales dentro de los criterios de selección para cirugía ambulatoria

 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: Fortalecer la documentación del proceso quirúrgico incorporando de manera explícita los aspectos psicosociales dentro de los criterios de inclusión para cirugía ambulatoria, garantizando la estandarización del proceso de gestión del riesgo y la seguridad del paciente.

SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

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

- 9.1. Toma, recepción, identificación, transporte, conservación, embalaje y remisión de las muestras. 9.3. Supervisión de la toma de muestras cuando sea realizada por los auxiliares. 9.4. Procedimiento y condiciones para la toma de muestras en la modalidad extramural cuando se realicen.

Observación: Durante la revisión documental, se identifica que los criterios de identificación de muestras descritos en el manual de toma de muestras no corresponden con la información registrada en los tubos observados durante la toma de muestra, evidenciándose únicamente nombre y número de identificación del paciente. No se evidencia información documentada que sustente la supervisión realizada al personal auxiliar encargado de la toma de muestras. Asimismo, no se cuenta con procedimiento para la toma de muestras en modalidad extramural, informando la institución que dicha actividad no es realizada y que únicamente se efectúan pruebas en el punto de atención (POCT) fuera de las instalaciones.

Indicación: Ajustar la información del documento relacionado con la identificación de muestras, de manera que la información consignada en los tubos corresponda con los identificadores definidos en el manual de toma de muestras y con la práctica ejecutada por el servicio. Implementar documento y mantener registros (listas de chequeo) que evidencien la supervisión realizada al personal auxiliar encargado de la toma de muestras. Adicionalmente, documentar la realización de toma de muestras en modalidad extramural o gestionar el cierre de dicha modalidad en el REPS, según corresponda.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

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

Criterio 16. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: 16.1. Programa de control de calidad interno y externo, que contemple las pruebas realizadas. (..) 16.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas. (..) 16.8. Control de calidad de las “pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing -POCT)”, cuando aplique.*

Observación: Durante la visita no se evidencia información documentada correspondiente al programa de control de calidad interno y externo para las pruebas realizadas por el servicio. No se observan documentos que contengan el análisis de los reportes de control de calidad ni las medidas preventivas y correctivas derivadas de estos. De igual manera, no se evidencia información

 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

documentada relacionada con el control de calidad de las pruebas POCT, pese a que la institución refiere la ejecución de dichas actividades.

Indicación: Documentar e implementar el programa de control de calidad interno y externo para las pruebas realizadas por el servicio, incluyendo el control de calidad de las pruebas en el punto de atención del paciente (POCT). Así mismo, establecer y mantener documentado el análisis de los resultados obtenidos en los controles de calidad y las medidas preventivas y correctivas derivadas de estos, conforme a lo definido en el criterio evaluado.

SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Modalidades intramural, extramural unidad móvil y jornada de salud

Criterio 8. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada: 8.1. Toma, identificación, transporte, conservación, embalaje y remisión de las muestras.*

8.2. Toma de muestras de tejido del cuello del útero, pruebas ADN/VPH, técnicas de inspección visual y muestras ginecológicas cuando se oferte

Observación: Se revisa documento denominado Protocolo para la toma, embalaje, transporte y entrega de resultados de pruebas de tamizaje de lesiones precursoras del VPH. Código. PO-GS-AD-001, Version 11. Vigencia 23-04-2026, su alcance describe pruebas de citología, en base líquida y VPH. No se observa los temas relacionados con la identificación de la muestra con el paquete de buenas prácticas de seguridad del paciente, no se evidencia información relacionada al cumplimiento de las normas de transporte de muestras biológicas terrestre y aérea, ni la información de conservación, en cuanto al embalaje y remisión no está unificado con lo observado en el servicio. Se toman muestras ginecológicas que son llevadas directamente al Laboratorio para su procesamiento.

Indicación: Debido a que es el mismo documento para todas las sedes, se debe definir las condiciones por sede en cuanto a temas como el embalaje y transporte ya que aplica solo a sedes que no tienen laboratorio, definir como es el transporte en la misma clínica q se tenga el laboratorio, Unificar en el documento el operador logístico, o laboratorio, verificar lo relacionado con la identificación de muestras con seguridad del paciente generado desde el paquete de identificación de muestras.

Criterio 8.4. *Control de calidad.*

Observación: Durante la revisión documental no se encuentra información relacionada con el control de calidad en todas sus fases realizado a las muestras de cuello uterino y ginecológicas.

Indicación: Documentar toda la información relacionada con el control de calidad en todas sus fases realizado por el servicio al tomar las muestras y lo correspondiente al Laboratorio patolab (citologías líquidas) y Biomolecular (Citologías convencionales) que realizan las lecturas.

Criterio 8.5 *Entrega de resultados.*

Observación: en el documento de entrega de resultados se evidencia que el seguimiento y/o notificación de resultados positivos se realiza únicamente por llamada.

Indicación: Se indica fortalecer y documentar el procedimiento de entrega, seguimiento y notificación de resultados, especialmente para los casos con resultados positivos o que requieran seguimiento clínico, incorporando diferentes medios de contacto y comunicación (llamadas

 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					

telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico, mensajería instantánea, entre otros), con el fin de mejorar la oportunidad, trazabilidad y efectividad en la localización y notificación de las pacientes. Deben conservarse los registros que evidencien los intentos de contacto, la notificación realizada y el seguimiento correspondiente.

Modalidad telemedicina - prestador de referencia

Criterio 31. Información documentada de la prestación de servicios en esta modalidad que evidencie: 31.1. La o las categorías de telemedicina que se ofrece(n) en cada uno de los servicios habilitados en dicha modalidad y si se presta el servicio como prestador remitir o como prestador de referencia. 31.2. Los flujos de la información 31.3. Los responsables de la atención.

31.4. El método de comunicación que se utiliza (sincrónico o asincrónico) para la atención y los criterios para la identificación de los casos en los cuales se debe transferir y recibir la información en tiempo real (sincrónico) o mediante almacenamiento – envío (asincrónico), 31.5. Las características y formas de relacionamiento entre prestadores de telemedicina (remitir y de referencia) cuando aplique, definiendo los tiempos de respuesta. 31.6. Procedimiento para la captura, almacenamiento y transmisión de la información. 31.7. Parámetros para la digitalización y compresión durante la captura de datos o imágenes que garanticen la resolución necesaria para permitir el diagnóstico.

Criterio 32. Adicional a los criterios solicitados para el prestador remitir, 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 Procedimiento para la prestación de servicios mediante Telesalud código PR-GS-CE-027 Fecha 2024-10-04 versión 1.0 y Protocolo de teleconsulta que describe el proceso de atención, pero enfocado al procedimiento administrativo para acceder a la consulta por la modalidad de telemedicina; 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, y ajustar el documento dando cumplimiento a los criterios 31 y 32 en su totalidad, teniendo como apoyo el soporte técnico de los proveedores de las plataformas tecnológicas en lo que a ellos les corresponde para su descripción en el documento.

11.1.6 ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

*Modalidades intramural, extramural: unidad móvil, domiciliaria, jornada de salud y telemedicina
prestador remitir - prestador de referencia.*

 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 1. *Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica.*

Observación. La institución cuenta con un procedimiento para la apertura de historia clínica, inicialmente el registro de datos de carácter “administrativo” y se continua el diligenciamiento por parte del médico tratante o el profesional de la salud durante la consulta. Los colaboradores de la entidad señalan que el documento con el procedimiento del manejo de la historia clínica se entiende que aplica para todos los pacientes

Indicación. Se recomienda que el documento con los procedimientos sea específico en cuanto a la declaración por parte de la entidad que el proceso de apertura de historia clínica es obligatorio para todos y cada uno de los pacientes que ingresan a la Institución.

Criterio 3. *Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.*

Observación. Se observa en el documento presentado por la IPS, en el numeral 3.2 que, en caso de solicitar modificación de la historia clínica por parte del paciente, esta pasaría a estudio del comité de análisis de la Historia Clínica para la aprobación.

Indicación. se señala al prestador que NO se permiten las modificaciones a las historias clínicas, lo que SI se debe realizar son Aclaraciones o Correcciones y deben estar debidamente identificadas con el autor de estas, fecha, hora, motivo y la justificación de la corrección.

Adicionalmente se le indica al prestador tener las certificaciones de los operadores de TIGO empresa de telecomunicaciones y SIESA desarrollador del software, que den cuenta de la seguridad y las características de los productos que les brindan, de manera que garanticen la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente para registrar en la historia clínica.

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

Observación. Se realiza verificación de la información consignada de acuerdo con la resolución 866 de 2021 Se observa en el diligenciamiento en el estado civil escribe no aplica en paciente de 21 años, para menores de edad definirlo y documentarlo; Grupo sanguíneo revisar como lo registra, tipo identificación la parametrización que van a realizar, no hay datos diligenciados de acompañante y no hay opción para responsable.

Indicación. Se indica revisar puntualmente contra requisitos de la Resolución 866 de 2021 que adopta el conjunto de datos clínicos relevantes. El 05/06/2026 se observa que en ese mismo día realizaron ajustes incluyendo los criterios indicados en la norma, por lo cual se evidencia que no son conocidos por el equipo de salud.

Se indica al prestador socializar el diligenciamiento de la historia clínica para que el equipo de salud que tiene acceso a la misma conozca el contenido de esta y los nuevos ajustes, dado que en algunos casos al preguntar por uno de los componentes de identificación mencionados en la normatividad vigente se informó que no se tenía; sin embargo, al verificarla con la profesional el viernes 5/06/2026, se identificó como un componente nuevo en el módulo.

 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 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. Se observa una historia clínica al azar donde hay campos que no se diligencian como el estado civil o en el acompañante y/o responsable.

Indicación. se indica al prestador el diligenciamiento de todos los campos y revisar con los desarrolladores para parametrizar y hacer barreras de avance hasta tanto se haya diligenciado la información completamente.

Con la nueva versión se debe verificar no dejar espacios en blanco.

Criterio 8. *la historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.*

Observación: Se observa un depósito donde se guardan cajas que informan contienen algunas de las historias clínicas en físico; los colaboradores de la IPS comentan que es una parte del archivo.

Indicación: Se indica a los profesionales que atendieron la visita tener en cuenta las condiciones de almacenamiento que deben cumplir según la norma del Archivo General de la Nación en cuanto las condiciones de humedad y temperatura para la conservación durante 15 años de los documentos correspondientes a historias clínicas y su posterior eliminación de acuerdo con los criterios establecidos en la resolución 839 de 2017.

Se indica que la empresa que da soporte al sistema debe certificar y garantizar la custodia y confidencialidad de la historia clínica y toda la documentación a cargo

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: No se observa documentado el procedimiento para la obtención del consentimiento informado para la modalidad de telemedicina.

Indicación: Se indica al prestador definir y documentar el procedimiento que realiza la institución para suscribir el consentimiento en la modalidad de Telemedicina; así mismo se debe describir las posibles contingencias en esta modalidad para garantizar la oportunidad

Criterio 10. *Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.*

 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: No se observa la certificación expedida por el Ingeniero de Sistemas que avale que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad, de quien aportan hoja de vida.

Indicación. se indica al prestador que el ingeniero debe certificar el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable, con sus características, a la historia clínica expedida por el archivo general de la nación, la superintendencia de industria y comercio, el Ministerio de las tecnologías de la información y comunicaciones.

Criterio 11. Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización:

11.1. Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acordes con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado.

Observación. Falta el documento detallado del proceso, está a nivel nacional.

11.2. Registro de cargas.

11.3. Resultados del control de calidad.

11.4. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan.

11.5. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.

A pesar de contar con las planillas de registro no tiene documentado de manera específica está a nivel nacional

Indicación. La documentación debe corresponder con la sede que la presenta, se indica que debe ajustarlo a la sede Teusaquillo.

Criterio 12. Cuando se realicen procedimientos de transfusión de sangre o sus componentes, cuenta con los siguientes registros:

12.6 Informe ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos.

Observación: Se observa que llevan estadísticas y reportan a SIHEVI, se observa abril y marzo 2026; sin embargo, falta mayo, informan que están dentro de los 10 primeros días del mes.

Indicación. Tener presente las fechas para el diligenciamiento y que el proceso sea conocido por quienes intervienen.

Criterio 13. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios en la modalidad intramural para Hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos, urgencias y servicios del grupo quirúrgico, cuentan con:

13.1. Registro de donantes detectados. 13.2. Registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos. 13.3. Registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud.

 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: La entidad no cuenta con documento de registro de donantes detectados e informan que revisaran el tema porque presentan documento de reanimación código azul que incluye la identificación de posibles donantes; con relación al documento de voluntad anticipada, la profesional de la entidad que acompaña el tema informa que se tiene el documento de EUTANASIA.

Indicación: Se indica que la voluntad anticipada es una autorización que no tiene relación con la muerte asistida y/o eutanasia. Se indica al prestador documentar y tener registro en caso de donantes detectados, los de voluntad anticipada cuando aplique.

Modalidad extramural domiciliaria

Solo se tiene formato único de vacunación de registro extramural.

- 14.1. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.
- 14.2. Nombre de los pacientes atendidos
- 14.3. Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran
- 14.4. Cuidados por parte del personal de salud
- 14.5. Cuidados encargados a la familia cuando aplique

Modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil

- 14.6. Registro de rutas, horarios y frecuencias de la prestación de los servicios ofertados.
- 14.7. Nombre de los pacientes atendidos.
- 14.8. Nombre de los pacientes trasladados.
- 14.9. Fecha y hora de ingreso al servicio.
- 14.10. Cuidados por parte del personal de salud.
- 14.11. Cuidados encargados a la familia cuando aplique.
- 14.12. Registros de las fechas de llegada y de salida, cuando aplique.
- 14.13. Registros de las actividades realizadas.

Observación: Se observa que no tiene registro de rutas horarios ni frecuencias de la prestación de los servicios ofertados, no tiene información que indique si traslada o no pacientes, no presenta hora de ingreso al sitio de la jornada, se indican manualmente plan de manejo y recomendaciones como realizar autoexamen.

En las brigadas extramurales realizan actividades como retiro de jabelle, citologías, vacunación y tamizaje de seno. En vacunación siempre apoyan las auxiliares de enfermería; los tamizajes y el jabelle es responsable la enfermera jefe.

Se observa tamizajes de seno en el mes de mayo 2026, implantes subdérmicos en octubre de 2025, pruebas rápidas de sífilis y VIH en octubre de 2025.

En 2026 se registra el 28 de mayo citología en empresa por enfermera jefe en brigada extramural.

Indicación: Se indica al prestador que debe tener y documentar todos los registros requeridos por la resolución 3100 de 2019 para las modalidades extramurales.

Modalidad telemedicina - Prestador Remisor - Prestador de Referencia

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					

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.

Observación: La entidad no presenta documento suscrito por el ingeniero de sistemas que certifique lo descrito previamente en todo el criterio 15

Indicación: se informa al prestador que el documento suscrito por el ingeniero de sistemas debe dar cuenta del cumplimiento de todos y cada uno de los criterios especificando las características evaluadas.

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

Observación: miembros del equipo institucional que presentaron el tema de consulta en la modalidad telemedicina desconocían el tema de presentación de los registros

Indicación: La institución si realiza el reporte; se insta a socializar la información al equipo de salud.

SERVICIO DE VACUNACIÓN

Complejidad baja

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

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

11.1 Instrumentos de registros establecidos para el PAI bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

11.2 Registro nominal de la información del PAI, durante la atención.

11.3 Registro del carné de vacunación definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras y sin dejar espacios en blanco.

Observación. La entidad señala que solo realiza consentimiento informado para vacunación de VPH, informan que referente de PAI solo indica consentimiento para VPH.

Indicación. Desarrollar estrategias para la recolección de los consentimientos informados y la firmas de estos: los consentimientos se recolectan y a las 7 pm se escanean y se suben a 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					

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 y adicionalmente cuenta con*

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

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

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

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

Observación: Durante la visita se verificaron los registros de pacientes, muestras tomadas, exámenes solicitados y muestras remitidas. Asimismo, se revisaron los contratos vigentes con SURA EPS NIT 800225057 para el procesamiento de muestras de laboratorio clínico, y con PATOLAB SAS NIT 800145502 y BIOMOLECULAR DIAGNOSTICA S.A.S. NIT 900110259 para los análisis y estudios correspondientes a patología.

Indicación: Garantizar la vigencia de los contratos y convenios suscritos con los laboratorios y servicios de patología. Asimismo, asegurar la adecuada adherencia a los procedimientos establecidos y la capacitación continua del personal auxiliar involucrado en la toma, manejo y remisión de muestras.

11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

Modalidades intramurales, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitir

Criterio 18. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:*

(..)18.6. *Registro de control de calidad interno y externo.*

18.7. *Registro de control de calidad de las "pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing - POCT)", cuando aplique.*

Observación: Se observan registros de control de calidad interno ejecutados de forma diaria en Profamilia y registros de control de calidad externo mediante participación en el programa del College of American Pathologists (CAP). Respecto a las pruebas en el punto de atención (POCT), se evidencian registros de control de calidad externo realizados mediante ACG con tres ciclos anuales, verificándose los resultados correspondientes al último ciclo ejecutado. Asimismo, se encuentra en proceso de implementación el control de calidad interno para POCT mediante la recolección de sueros coordinada con la Secretaría Distrital de Salud, por lo que aún no se cuenta con registros de resultados de dicho control.

Indicación: Completar y mantener actualizados los registros de control de calidad externo de muestras de VPH, garantizando la participación en los ciclos programados del programa College of American Pathologists (CAP), teniendo en cuenta que el primer ciclo de la vigencia no fue

 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					

realizado. Una vez implementado el control de calidad interno para las pruebas en el punto de atención (POCT), realizar y mantener los registros correspondientes a los resultados obtenidos, en cumplimiento del criterio evaluado.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Criterio 9. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con los siguientes registros: 9.1. Pacientes y muestras tomadas.*

Observación: Se realiza revisión de los registros de pacientes y muestras tomadas, evidenciándose que el formato utilizado está en formato Excel, aunque en el software SIESA se puede descargar informe.

Indicación: Hacer uso del software para el registro de pacientes y muestras tomadas para garantizar la confidencialidad, integralidad del dato y la atención realizada por el servicio.

Criterio: 9.4. *Análisis del control de calidad y de las medidas preventivas y correctivas.*

Observación: no se evidencian registros del análisis de los resultados de control de calidad ni de las medidas preventivas y correctivas derivadas de dichos resultados. Aunque se cuenta con indicador de citologías insatisfactorias No se tiene documentado.

Indicación: implementar y mantener los registros correspondientes al análisis de los resultados de control de calidad, incluyendo las medidas preventivas y correctivas que se deriven de estos.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGIA

Complejidades mediana y alta

Modalidades intramurales, extramural jornada de salud, unidad móvil, telemedicina - prestador remitir

36. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios (...):*

Indicación: Se indica al prestador revisar los requerimientos y criterios que le aplican a todos los servicios para dar cumplimiento a la totalidad de estos.

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.*

 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: Se revisan los contratos que la institución presenta, falta establecer tiempos de entrega de productos, en algunos de los servicios no se encuentra con contrato vigente y soportes de supervisión.

Indicación: La institución debe tener todos los contratos o acuerdos vigentes dejando establecido los tiempos de entrega de los productos, la frecuencia de la supervisión y soportes.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Estándar de interdependencia

Modalidades intramural, extramural unidad móvil y jornada de salud

10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente disponibilidad de laboratorio de citología cervico-uterinas o servicio de patología.

Observación: se presenta por la entidad los contratos de BIOMOLECULAR para patologías y citología convencional, 10 días hábiles, fecha diciembre 2024. Supervisión anual en documento original dice auditorias, pero no especifica frecuencia, se revisa soporte del 13 de noviembre del 2025. PATOLAB fecha de contrato junio 2019, se tiene un soporte de supervisión 21/05/2026, no se especifica frecuencia. Mencionan que IDIME custodia los bloques de parafina pero no cuentan con convenio.

Indicación: La institución debe tener todos los contratos o acuerdos vigentes, dejando establecido los tiempos de entrega de los productos, la frecuencia de la supervisión y soportes.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO

11.5.1 SERVICIO DE CIRUGIA

Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria

43. Disponibilidad de: 43.1. Servicio de hospitalización. 43.2. Servicio de imágenes diagnósticas, cuando se requiera según lo documentado por el prestador en el estándar de procesos prioritarios. 43.3. Servicio de gestión pre transfusional. 43.4. Servicio de transporte asistencial 43.5. Servicio de laboratorio clínico. 43.6. Servicio de patología. 43.7. Servicio farmacéutico.

Observación: para el Servicio de hospitalización se presentó convenio con el Hospital Mario Gaitán Yanguas que queda en Soacha, se presenta supervisión del 22 de abril 2026. Y con Health life convenio para extensión domiciliaria del 30 de marzo 2025, se presenta supervisión 7 enero 2026.

Para el Servicio de imágenes diagnósticas, se realiza con SURA las actividades, pero no se tiene convenio, mencionan que con Idime también pero no se presenta convenio comentan que se realizó auditoria en octubre 2024.

Para el Servicio de gestión pre transfusional no se tiene convenio.

Hemo life 900312289 Banco de sangre junio 2025, supervisión 12 marzo 2026

Para el Servicio de transporte asistencial se presenta convenio con GLOBAL LIFE de octubre 2025, la supervisión está programada para sept 2026, la última se realizo el 5/11/2025.

 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					

Para el servicio de Laboratorio se envía a SURA

Para el servicio de patología se presenta por la entidad los contratos de BIOMOLECULAR para patologías y citología convencional, 10 días hábiles, fecha diciembre 2024. Supervisión anual en documento original dice auditorías, pero no especifica frecuencia, se revisa soporte del 13 de noviembre del 2025. PATOLAB fecha de contrato junio 2019, se tiene un soporte de supervisión 21/05/2026, no se especifica frecuencia. Mencionan que IDIME custodia los bloques de parafina pero no cuentan con convenio.

Ninguno de los convenios especifica la frecuencia, ni los tiempos de entrega ni conocen los procedimientos.

Indicación: se recomienda que los contratos antiguos se actualicen y ajusten incluyendo las actividades de supervisión y frecuencia de estas y estableciendo los tiempos de entrega. Adicional de contar con todos los contratos con terceros que intervengan en las actividades y servicios de interdependencia. En específico para el tema del Servicio de hospitalización se sugiere poder contar con una institución más cercana como Health and Life para la referencia de las pacientes ya que por gestión del riesgo y seguridad del paciente se debe garantizar una atención más oportuna, además que con esa IPS pueden tener también el servicio de gestión pretransfusional.

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 para 2025, en el portal Vigilados de la Supersalud, presentan cargue del reporte de la Circular 012 de 2016, el 21/01/2026, con registros para Colombia (24 municipios) agrupados en el DIVIPOLA de Bogotá 11001, se encuentra, 546 actividades planeadas, 602 actividades ejecutadas, 141 auditorías de seguimiento a la ejecución del PAMEC y 140 auditorías realizadas, 1602 documentos soporte, de los procesos priorizados se reporta procesos como son Atención al usuario, garantía de calidad, gestión administrativa, se da retroalimentación de agrupar de acuerdo con lo indicado en normatividad vigente, se revisa Documento PAMEC, que selecciona el alcance en Sistema de Información de la Calidad, se dan recomendaciones de ajuste. Ya que Bogotá tiene 7 sedes y realmente, realizaron 54 actividades planeadas, 54 actividades ejecutadas, 21 auditorías de seguimiento a la ejecución del PAMEC y 21 auditorías realizadas, 186 documentos soporte, Para la implementación de la Ruta Crítica, presentan matriz separada por pestañas por cada etapa, presentan mapa de procesos, presentando como proceso misional la prestación de servicios, como son Servicio Farmacéutico, cirugía, Apoyo Diagnóstico y Consulta Externa, se explica la intensión de la distribución de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Para el aprendizaje organizacional se recomienda incluir el % de cumplimiento de las acciones de mejora implementadas en el ciclo que se está cerrando.

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:

 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) [Guía para implementación PAMEC](#)
 b) [Anexo Guía PAMEC 1 Sistema de Información de la Calidad](#)

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.

- Para el componente SIC, el prestador presenta el reporte de los indicadores que le corresponden de acuerdo con los servicios habilitados, para las encuestas de satisfacción y se recuerda que se debe dejar el espacio para que el paciente **NO RESPONDA**, en los indicadores de Satisfacción Global y Recomendaría, se evidencian reportadas caídas en hospitalización, urgencias, complicaciones de medicamentos en los servicios de hospitalización, urgencias y úlceras por presión que no corresponde a los servicios habilitados por la institución, se explica el ciclo del MOCA, se 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 implementación de estas, se da recomendación de analizar el ciclo completo de 2025 y se acuerdo al cumplimiento de cada indicador, documentar las acciones de mejora desarrolladas para mejorar o mantener dicho comportamiento, se recomienda descargar de la pagina 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>, 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 eligen dos historias clínicas al azar, la primera corresponde a una paciente que se encuentra en tratamiento de fertilidad, quien es una paciente sexo femenino de 44 años quien se encuentra en recuperación de procedimiento bajo anestesia denominado laparoscopia diagnóstica e histeroscopia, la paciente vive en la ciudad de Villavicencio e inició tratamiento en otra institución en Bogotá, en abril de 2025 de manera particular ya que no se lo cubre la EAPB ni la medicina prepagada a la cual se encuentra afiliada (Sanitas – Colsanitas), Al entrevistar a la paciente que evaluaría a la IPS con un 8/10 en la calidad de la atención pero se queja en el tiempo de espera para su procedimiento ya que fue muy prolongado, la citaron a las 6 am y la ingresaron para la atención a las 10 am, la hora asignada era de 9 a 10 am y a las 3 pm se encuentra en recuperación, el rotulo de identificación de la paciente no se encuentra diligenciado.

Se verifican soportes de atención de manera física y digital en el aplicativo SIESA.

De manera complementaria se entrevista a una paciente quien se encuentra en IVE, se verifican soportes físicos y digitales de las atenciones de la paciente quien llegó remitida por la EPS SURA durante el mes de abril para el procedimiento, en el momento de la entrevista llega ambulancia para trasladarla a clínica convenio donde es referida para la atención del parto por ovito fetal y hospitalización posterior al procedimiento. Al indagar la satisfacción de las atenciones recibidas en la IPS, manifiesta estar conforme con la atención pero le parece muy prolongado el tiempo de espera para el traslado a la otra IPS, al indagar si sabe que quedará

 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					

hospitalizada esa noche refiere que desconoce a pesar que en el consentimiento informado firmado por la paciente se encuentra descrito, la paciente tuvo consulta con médico, ginecólogo, psicóloga, asesoría PAEND (Programa de Prevención y Atención del Embarazo No Deseado) y se le realizaron ecografías y la remisión a la IPS que finaliza el procedimiento, ya que no cuentan con obstetra.

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, las pacientes acceden sin barreras a las consultas requeridas.
Oportunidad	Por tratarse de consulta particular, las pacientes acceden sin barreras a las consultas requeridas. Se garantiza disponibilidad de recurso humano facilitando la entrada oportuna al sistema desde la EAPB y las IPS tratantes.
Seguridad	Por lo evidenciado en la entrevista con la segunda paciente y el desconocimiento de los procedimientos que continúan en la IPS de referencia (Hospitalización post procedimiento en la IPS que finaliza la IVE), frente al consentimiento firmado por la paciente, se considera una atención insegura brindada a la paciente y se recomienda mejorar la comunicación entre profesionales tratantes y la paciente.
Pertinencia	Por tratarse de consulta particular, las pacientes acceden sin barreras a las consultas requeridas de acuerdo con la necesidad evidenciada en soportes revisados.
Continuidad	Se recomienda mejorar la articulación entre los diferentes servicios, garantizando la continuidad en la atención integral del paciente.

ANEXO FOTOGRAFICO

1. 	2. 
Superficie de piso de la rampa no es uniforme	Rampa no cuenta con pasamanos.



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

3.



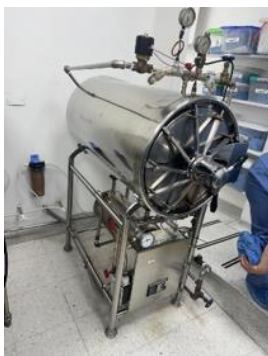
Techos en ambientes de aseo con superficies no uniformes y rugosos

4.



Sistema alternativo de elevación ubicado en edificación con más de tres pisos y servicio de cirugía habilitado.

5.



Autoclave a vapor, en central de esterilización, con sistema de extracción gravitacional.

6.



Central de esterilización, ambiente de empaque, etiquetado, esterilización y almacenamiento de material estéril.

7.



Área administrativa en central de esterilización-ambiente de empaque, etiquetado, esterilización y almacenamiento de material

8.



Paquete para esterilizar con etiquetado definido por 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:	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

estéril. Computador, al lado de manguera para secado por aire, en mesón de empaque.

9.



Paquetes envueltos con tela de polipropileno, cinta testigo con etiquetado definido por la institución.

10.



Escalón al ingreso de unidad sanitaria.

11.



Sistema de aire en desuso en consultorio.

12.



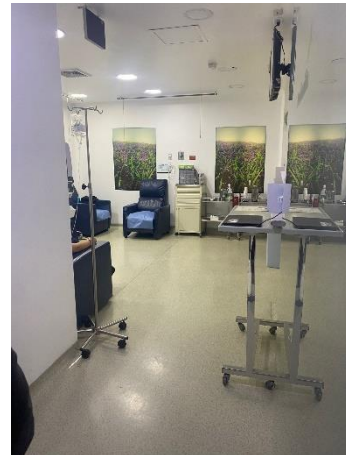
Medias cañas rugosas y deterioradas.

13.



Escalón ubicado para ingreso a la unidad sanitaria del servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas.

14.



Área de preparación de la paciente ubicada en la circulación hacia el vestidor, no se configura como sala y no cuenta con filtro de acceso.

15.

16.



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

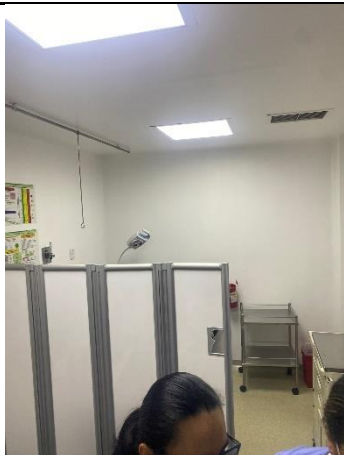
**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



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

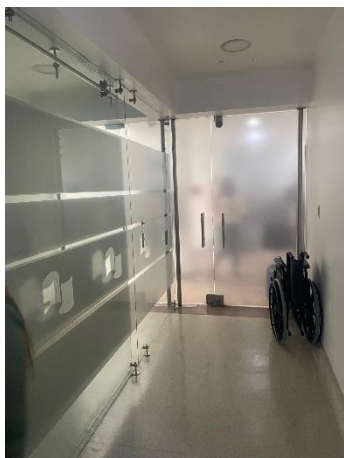


Ambiente declarado con sala de procedimientos ubicado al interior del servicio de cirugía. Infraestructura corresponde a consultorio donde se realiza examen físico, no procedimientos.



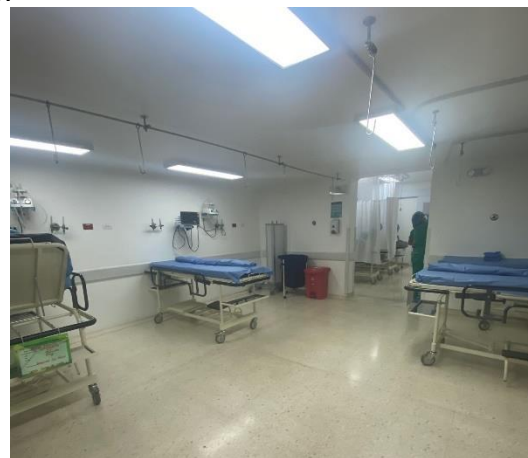
Ambiente para el lavado de patos ubicado al interior de la sala de recuperación, presenta barrera arquitectónica para el ingreso, no cuenta con ventilación, ni área para secado.

17.



Servicio de cirugía sin media caña en las uniones formadas entre piso-muro, muro-muro y muro-techo, así como las uniones con las divisiones en vidrio.

18.



Contenedores para almacenamiento de ropa sucia ubicada en medio de la sala de recuperación, no se evidencia ambiente para almacenamiento de ropa sucia.

19.



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

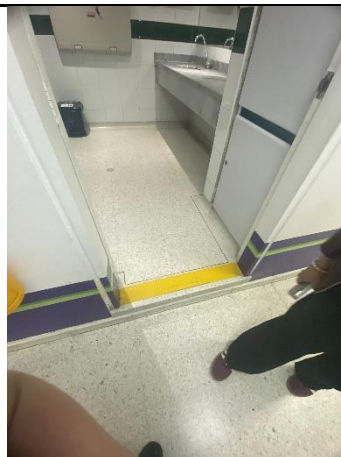
Código:

SDS-DFO-FT-001

Versión:

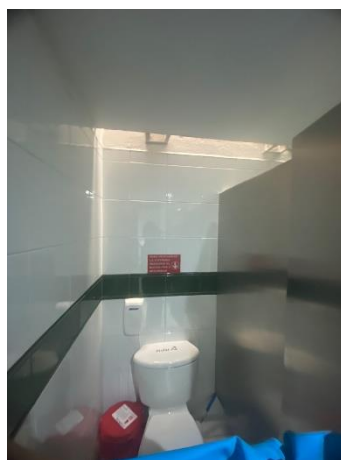
1

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



Barrera arquitectónica (escalón) ubicados al ingreso de ambiente de aseo y unidades sanitarias ubicadas en sala de espera.

20.



Unidad sanitaria para mujeres ubicada en sala de espera, no cuenta con continuidad en cielo raso.

21.



22.



 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

El servicio de laboratorio clínico no cuenta con media caña en las uniones formadas entre divisiones en vidrio y muros con el piso.	Áreas presentadas como parte del servicio de cirugía, no cuentan con media caña en la unión entre techo-muro y muro-muro.
23.  Lampara en consultorios y toma de muestras	24.  Productos fuera de presentación comercial
25.  Cubículos de toma de muestras sin mediacaña	26.  En el ambiente técnico de laboratorio clínico sin mediacaña

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar las acciones correspondientes, de acuerdo con la sugerencias y recomendaciones, producto de la asistencia técnica y asegurar el cumplimiento de los criterios de habilitación	ASOCIACION PROFAMILIA	A partir de la fecha de acta 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				
	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					

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 a reuniones

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	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

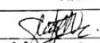
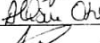
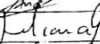
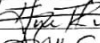
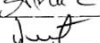
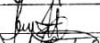
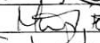
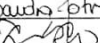
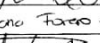
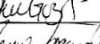
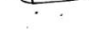
LISTADOS DE ASISTENCIA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	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 tiempo Sede Profamilia Teusaquillo Fecha: 2 de Junio 2026

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:00 Lugar: Calle 34 # 14-52. Profamilia

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Gloria UZETHE VILLEGAS	SDS - SCSSS	Prof. Espec.	3213741673	glorillegas@saludcapital.gov.co	
2	Alison Obando	Profamilia	Ases. Asesor. Reg.	3253307209	alisonobando@profamilia.org.co	
3	Andrés Montoya	Profamilia	Coord. Asesor. Reg.	30236324	andres.montoya@profamilia.org.co	
4	JULIANA GIRALDO	PROFAMILIA	COORD. GLOBO	3156127255	juliana.giraldo@profamilia.org.co	
5	Javier Rivaldo R	Profamilia	Coord. G.F.	3007237295	javier.rivaldo@profamilia.org.co	
6	Ana C. Rodríguez	Profamilia	Asesora de Calidad y QG	321333745	ana.rodriguez@profamilia.org.co	
7	Jenny Torar	Profamilia	Coord. Calidad	3103128476	jenny.torar@profamilia.org.co	
8	Juan David Olarte	Profamilia	Coord. Electrónico	314639955	juan.olarte@profamilia.org.co	
9	Rosa María Torar	Profamilia	Asesora de Calidad y QG	3202768835	rosa.martor@profamilia.org.co	
10	MARIA ABELICA ABEL GARCIA	Profamilia	Asesora de Calidad y QG	3112983435	maria.abelica@profamilia.org.co	
11	Martha Pállez Corrao	Profamilia	Directora Médica Reg.	3002171114	martha.pallez@profamilia.org.co	
12	Sandra Beth Brito	Profamilia	Coord. Adm.	3208313443	sandra.brito@profamilia.org.co	
13	Edma Castellanos	Profamilia	Gerente Kignia	3005304400	edma.castellanos@profamilia.org.co	
14	Diana Torres Gaurra	Profamilia	Coord. Sist. Info	3186642998	diana.torres@profamilia.org.co	
15	Adriana Guzmán Toru	Profamilia	Dir. Gest. Adm.	3008410664	adrianag.guzman@profamilia.org.co	
16	David Hernández	Profamilia	Dir. Tecnología	3002055524	idconadela@profamilia.org.co	
17	Fabio Martínez	Profamilia	Dir. Seg. Info	3184120733	fabio.martinez@profamilia.org.co	

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



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

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



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

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

 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 de campo Sede Profamilia Teusaquillo Fecha: 2-Junio-2026

Hora Inicio: 08:30am Hora Fin: 16:00 Lugar: Calle 34 #14-52 Profamilia

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	William Ángel Moreno	Profamilia	Analista Social	3154935523	william.angel@profamilia.org.co	
2	Carlos Millán	Profamilia	Dir. T.H.	312892231	carlos.millan@profamilia.org.co	
3	Jaqueline Sant Borrero	Profamilia	Asistente Social	313891947	jacqueline.santborrero@profamilia.org.co	
4	Daniela Ochoa	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	3649090	daniela.ochoa@saludcapital.gov.co	
5	Daniela Ochoa	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	312513218	daniela.ochoa@saludcapital.gov.co	
6	Paula Andrea Cruz	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	3649090	paula.cruz@saludcapital.gov.co	
7	Laura Viviana Calleja Silva	SDS-SCSSS	Profesional	3647070	lauraviviana.calleja@saludcapital.gov.co	
8	Martha Sandoval	SDS-SCSSS	Triclinica/esp	313218295	marthasandoval@saludcapital.gov.co	
9	Rocio Catalina Rendón	SDS-SCSSS	Prof. Esp.	3649090	rocio.catalina@saludcapital.gov.co	
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

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

Garrera 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		
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES		
	Código: SDS-DFO-FT-004	Versión: 1	

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

Tema: Asistencia técnica en campo - Profamilia Sede Teusaquillo Fecha: 2-Junio-2026

Hora Inicio: 08:30am Hora Fin: 16:00 Lugar: Profamilia Cl/34 #14-52

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Luz Hery Cuervo Guzmán	Consulta Externa	Aux. Enfermería	320643318	luz.hery@profamilia.org.co	
2	Camila Patricia Martínez	Consulta Externa	Enfermería	314772456	camila.martinez@profamilia.org.co	
3	Ange Lorena Martínez	Consultación	Aux. Enfermería	312473230	ange.lorena@profamilia.org.co	
4	Arriana Jarama	Consultación	Asistente Social	319583056	arriana.jarama@profamilia.org.co	
5	Jose L. Rojas Urquiza	Ginecología	Ginecólogo	310359540	jose.rojas@profamilia.org.co	
6	Luz Patricia Baeza	Ginecología	Ginecóloga	312473246	luz.patricia@profamilia.org.co	
7	Cristian Peioza	Ginecología	Ginecólogo	300200281	cristian.peioza@profamilia.org.co	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

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

Garrera 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

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

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

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

Tema: Asistencia Técnica en Campo - Profamilia Sede Teusaquillo Fecha: Junio 02 2016

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm Lugar: Calle 34 No. 14-52

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Castro	Ómnibus de muestras	Analista de muestras	3649559	diana.castro@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
2	Alexandra Quintero	TOMA DE MUESTRAS	ANALISTA DE CALIDAD	378860033	alexandra.quintero@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
3	Karen Melina G	Profamilia	Docente	30154401	karenmelina.melina@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
4	Diana Díaz	Profamilia	Analista Ambiental	30334449	diana.diaz@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
5	Jhonatan Flores	Profamilia	Analista Ingesta	32264723	jhonatan.flores@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
6	Yara Moreno	Profamilia	Analista de Ingesta	31250000	yara.moreno@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
7	Ara M. Jara	Piloto	Enfermera	380400580	ara.m.jara@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

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

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

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

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

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

Tema: Asistencia Técnica Campo SDH - Profamilia Sede Teusaquillo Fecha: 3 JUNIO 2016

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm Lugar: Profamilia Cl/ 34 - 14-52

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Lizbeth A. Campo	SDS SILESCS	Prog. Exp.	3649090	lcampo@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>
2	Diana Guillot	SDS SCSSS	Prof. Exp.	3649090	dguillot@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>
3	Rocio Catalina Padilla Bana	SDS SCSSS	Prof. Exp.	3649090	rociocatalina.padilla@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>
4	Andrea Isabel Forero	SDS SCSSS	Prof. Exp.	3649090	aiforero@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>
5	Martha Stella Sánchez	SDS SCSSS	Prof. Exp.	3649090	msanchez@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>
6	Vania Sánchez	Profamilia	Dir. Tecnología	300280429	vsanchez@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
7	Facio Martínez	Profamilia	Sr. Seg. Info.	318112933	facio.martinez@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
8	Jhonatan Flores C.	Profamilia	Analista Ingesta	32264723	jhonatan.flores@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
9	Kevin Roldán	Profamilia	Coor. S. F.	3007252545	kevin.rolan@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
10	Angie Rodríguez	Profamilia	Coor. S. F.	323081745	angie.rodriguez@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
11	Jenny Tovar	Profamilia	Coor. Calidad	310308432	jenny.tovar@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
12	Fanny Tovar	Profamilia	Coor. Calidad	310308432	fanny.tovar@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
13	María Belén Acosta	Profamilia	Coor. Calidad	312483435	maria.belén.acosta@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
14	Martha Patricia Chaves	Profamilia	Coor. Calidad	310308432	martha.patricia.chaves@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
15	David Janeli Pérez B	Profamilia	Coor. Calidad	310308432	david.janeli.perez@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
16	Andrés A. Garzón	Profamilia	Coor. Calidad	3115377850	andres.garzon@profamilia.org.co	<i>[Firma]</i>
17	Luz Uruena Calleja Silva	Profamilia	Coor. Calidad	3649090	lucalleja@saludcapital.gov.co	<i>[Firma]</i>

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

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES		
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Salud	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: Lista asistencia técnica SOT - Profamilia Sede Tasaquillo Fecha: 3 junio 2026

Hora Inicio: 8:30am Hora Fin: 04:00pm Lugar: Profamilia cll 34 # 14-52

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Paula Andrea Cruz	SDS-SCSS	Prof. Espec	3649090	pcruz@saludcapital.gov.co	Paula Cruz
2	Valentina Mico	Profamilia	Aprendiz	31339255	valen3435@gmail.com	Valentina Mico
3	David Ramos	Profamilia	Asistente	30872444	David.ramos@profamilia.org.co	David Ramos
4	Juan Becerra	Profamilia	Asistente	32264832	juan.becerra@profamilia.org.co	Juan Becerra
5	Ing. Leticia Díaz	Profamilia	Asistente	31260935	leticia.diaz@profamilia.org.co	Ing. Leticia Díaz
6	Arlin Andrea Zárate	Profamilia	Asistente	31236982	arlin.a.zarate@gmail.com	Arlin Zárate
7	Luzette Villalba	SDS-SCSS	Prof. Espec	37334163	luzette.villalba@saludcapital.gov.co	Luzette Villalba
8	Adriana Torres	Profamilia	Coord. Salud	31432205	adriana.torres@profamilia.org.co	Adriana Torres
9	María Beltrán	Profamilia	Asistente	31674944	maria.beltran@profamilia.org.co	María Beltrán
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

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

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

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES		
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Salud	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: Lista asistencia técnica SOT Profamilia Fecha: 5 junio 2026

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:00 Lugar: Sede Tasaquillo

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Gloria Lizette Villalba	SDS-SCSS	Prof. Espec	37334163	gluzette.villalba@saludcapital.gov.co	Gloria Villalba
2	Clara Lidia Buitrago	SDS-SCSS	Prof. Espec	3179890	clara.lidia.buitrago@saludcapital.gov.co	Clara Buitrago
3	Rocio Catalina Rodulfo	SDS-SCSS	Prof. Espec	3649090	rocio.catalina@saludcapital.gov.co	Rocio Rodulfo
4	Paula Andrea Cruz	SDS-SCSS	Prof. Espec	3649090	pcruz@saludcapital.gov.co	Paula Cruz
5	Martha Sandoval	SDS-SCSS	Prof. Espec	313211825	martha.sandoval@saludcapital.gov.co	Martha Sandoval
6	Luzbeth Camps	SDS-SCSS	Prof. Espec	3649090	lcamps@saludcapital.gov.co	Luzbeth Camps
7	Jhonatan Flores	Analista Infreci	Profamilia	32276477	jhonatan.flores@profamilia.org.co	Jhonatan Flores
8	Ana C. Rodríguez P.	Analista Calidad	Profamilia	32302548	ana.rodriguez@profamilia.org.co	Ana Rodríguez
9	Jenny Toral	Coord. Calidad	Profamilia	310812847	jenny.toral@profamilia.org.co	Jenny Toral
10	Adriana Torres	Coord. Consultas	Profamilia	31432205	adriana.torres@profamilia.org.co	Adriana Torres
11	Rosa María	Ent. Res. Calidad	Profamilia	322368833	rosa.maria@profamilia.org.co	Rosa María
12	María Beltrán	Profamilia	Asistente	31245345	maria.beltran@profamilia.org.co	María Beltrán
13	Martha Pallas	Profamilia	Asistente	30213174	martha.pallas@profamilia.org.co	Martha Pallas
14	Juan David Olarte	Profamilia	Asistente	319443777	juan.olarte@profamilia.org.co	Juan David Olarte
15	Andrés García	Profamilia	Asistente	315397850	andres.garcia@profamilia.org.co	Andrés García
16	Cecilia Y. Díaz	Profamilia	Asistente	300970045	c.yamil@gmail.com	Cecilia Y. Díaz
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



**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-001	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 PROFAMILIA. SUH. S16. PAMEC. Fecha: JUNIO 10-2026.

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:30 Lugar: Profamilia Sede Teusaquillo

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Martha Stelo Sandoval	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3132118255	mssandoval@saludcapital.gov.co	
2	Andrés Isobel Forero	SDS-SCSSS	prof. esp.	3649090	aiforeiro@saludcapital.gov.co	
3	Clayton D. Díaz D.	PROFAMILIA	COORD. INGENIERIA	3009100245	c4amile@gmail.com	CLAYTON D. DIAZ
4	Ana E. Rodríguez P.	PROFAMILIA	analista de calidad	321308745	ana.rodriguez@profamilia.org.co	Ana E.
5	Juan David Clavero	PROFAMILIA	COORD. PROFAMILIA	3196137374	juan.clavero@profamilia.org.co	
6	MARCELA BELO OTUO	PROFAMILIA	COORD. OTUO	311245555	MARCELA.BELO@PROFAMILIA.ORG.CO	
7	Martha Pallares Camacho	PROFAMILIA	Directora, Medicina: Reg. Operaciones	3102137174	Martha.pallares@profamilia.org.co	
8	David Jareth Pardo B	PROFAMILIA	Adm.	3208313443	piloto.admin@profamilia.org.co	David
9	Jenny Lucy Toral	PROFAMILIA	Superintendente	3202368835	toral.jenny@profamilia.org.co	
10	Jenny TORAL	PROFAMILIA	COORD. G.D.O.D	310328492	jenny.toral@profamilia.org.co	Jenny
11	Cesar Paredes	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3649090	caparedes@saludcapital.gov.co	
12	GLORIA VIZCARRA VILLALBA	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3213741613	gloriavizcarravillalba@saludcapital.gov.co	
13	Leidy Echeverri	PROFAMILIA	COORD. S.F	3007037945	Leidy.echeverri@profamilia.org.co	
14	Andrés Stelo Sandoval	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3132118255	mssandoval@saludcapital.gov.co	
15	Luz Angela Manquillo Erazo	PROFAMILIA	COORD. S.F	3104441511	manquillo.luz@profamilia.org.co	
16						
17						

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

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

CC: 355350612

Jenny Lucy Toral

NIT: 0600137795

Correo: jenny.toral@profamilia.org.co