

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *	
En atención al agendamiento de asistencia técnica en campo, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través del equipo de asistencia técnica de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud se hace presente en la BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO CARRERA 14ª No. 68-31 NIT 800223206	
Para la asistencia técnica se concertó con el prestador de forma previa el siguiente cronograma de trabajo:	
Actividad	Dia 1
Reunión de apertura	16 junio 2026
Presentación del equipo de trabajo - Mesa técnica para resolución de preguntas	
Recorrido y entrevista con el personal de los servicios	
Actividad	Dia 2
Reunión de apertura	17 junio 2026
Presentación del equipo de trabajo - Mesa técnica para resolución de preguntas	
Recorrido y entrevista con el personal de los servicios	
Lectura de documentos acordes a los estándares de habilitación y normas complementarias	
Actividad	Dia 3
Reunión de apertura y cierre	19 de junio 2026
Entrevista de paciente trazador	

 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					

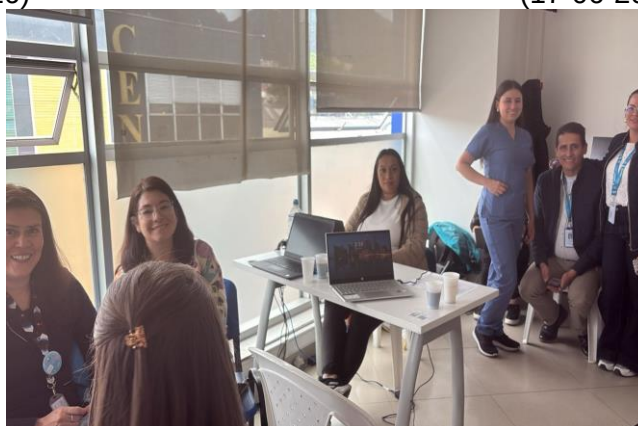
Dando cumplimiento al cronograma, se realiza reunión de apertura con la presentación de los profesionales de la secretaría distrital de salud y la referente de calidad de la institución.



(16-06-2026)



(17-06-2026)



(19-06-2026)

Foto Reunión de apertura

El grupo de asistencia técnica informa que se revisarán algunos de los criterios de los estándares de habilitación, en especial aquellos que, en caso de incumplimiento, pueden representar una circunstancia que ocasione la aplicación de medidas sanitarias de seguridad. La revisión documental se llevará a cabo con base en la planeación institucional establecida para la visita previa, considerando que la documentación debe encontrarse organizada, actualizada y proyectada para la futura visita de habilitación.

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

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

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

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

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

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

todos los servicios, pero con la totalidad de los estándares y criterios aplicables a todos los servicios y a los específicos definidos en cada servicio.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica: Privada ☐ Prestadores acreditados en salud ☒					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR Departamento: Bogotá D.C. Municipio: BOGOTÁ Código de Prestador: 1100121238 - 01 Nombre del Prestador: BIENESTAR IPS S.A.S. Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS Empresa Social del Estado Dirección: Carrera 14 A No. 68 - 31 Teléfono(s): 6053854379 Ext. 1219 Fax: Correo Electrónico: notificacionesjudiciales@zentria.com.co Razón Social: BIENESTAR IPS S.A.S. Representante Legal: JUAN PABLO MOGOLLON AVAUNZA Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial: Fecha de Inscripción: 20100615 Fecha de Vencimiento: 20260831					

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	303 - CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	DHSS0292145
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	312 - ENFERMERÍA	DHSS0292149
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	320 - GINECOBSTERICIA	DHSS0292152
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	325 - MEDICINA FAMILIAR	DHSS0292153
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	328 - MEDICINA GENERAL	DHSS0292155
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	329 - MEDICINA INTERNA	DHSS0292156
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	333 - NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0292160
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	334 - ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0292161
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	342 - PEDIATRÍA	DHSS0292164
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	344 - PSICOLOGÍA	DHSS0292166
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	348 - REUMATOLOGÍA	DHSS0292167
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	384 - NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0292175
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	420 - VACUNACIÓN	DHSS0292181
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	712 - TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0292182
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	739 - FISIOTERAPIA	DHSS0292183
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	742 - DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0292184
Bogotá D.C.	BOGOTÁ	1100121238	01	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	749 - TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0292186

El recorrido se realizó por los ambientes y áreas pertenecientes al servicio, Consulta Externa de Cirugía Cardiovascular, Enfermería, Ginecobstetricia, Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Nutrición y Dietética, Odontología General, Pediatría, Psicología, Reumatología, Nefrología Pediátrica, Vacunación y de Apoyo Diagnostico Toma de Muestras de laboratorio Clínico, Fisioterapia, Diagnostico Vascular y Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas.

Durante el recorrido por los servicios se evidencia acompañamiento de la líder de calidad y los referentes de cada proceso, los cuales toman atenta nota de las observaciones, evaluaciones, indicaciones e instrucciones. Así mismo, en la inspección visual se realizan entrevistas al personal involucrado en los procesos de los servicios asistenciales y de apoyo (ciclo de atención del paciente adulto, limpieza y desinfección, manejo de residuos, mantenimiento correctivo, identificación y clasificación de riesgos de acuerdo a procedimientos y actividades de cuidado ejecutados por el personal asistencial) y sobre el terreno se hacen las propuestas de modificaciones para mejorar la

 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					

seguridad de los procesos, en especial con los aspectos relacionados con, administración de medicamentos, consentimiento informado, registros de historia clínica, reporte de evento adverso o incidentes. distribución de ambientes y áreas, procesos de limpieza y desinfección, manejo de equipos biomédicos, entre otros, los cuales corresponden a factores de riesgo que deben ser controlados.

FORMULACIÓN DE INDICACIONES TÉCNICAS:

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO:

CONSULTA EXTERNA

303 CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Criterio 2. *El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -RETHUS.*

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.*

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

Observación: Armando Espinoza Sánchez, especialista en cirugía cardiovascular. No se observa documento donde se evidencie vínculo laboral y horarios contratados.

Quien atiende la visita informa que atiende pacientes los lunes y los miércoles de 14:00 a 19:00 y verificado el REPS el servicio cuenta con horario de atención de lunes a viernes de 14:00- 19:00. No se observa inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS descargada en archivo de soportes del profesional.

No cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual. No cuentan con profesional de contingencia en caso de calamidad.

Indicación: Asegurar 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.

Contar con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

- Nathaly Ramírez Marques - enfermera profesional de Programa de crónicos. Cubren horario de 7:00am a 17:00pm y sábados de 7:00 am a 13:00 pm.

420 VACUNACIÓN

 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. *El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.*

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: Ana Karina Correa Cardozo, profesional de enfermería, cuenta con contrato a término fijo profesional de la mujer que soporta servicio de **VACUNACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS**, cuenta con título de licenciada en enfermería de Universidad Nacional Experimental de los Llanos (república Bolivariana de Venezuela) Apoya el servicio de vacunación de lunes a viernes de 7:00am a 17:00pm y los sábados de 7:00am a 13:00pm y el horario declarado en REPS es de lunes a viernes de 7:00 a m 17:00 sábados 7:00 a 13.00. En el servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas de lunes a viernes de 7:00 am a 16:00 pm y sábado de 7:00 am a 13.00 pm el horario declarado en REPS lunes, martes, jueves y viernes de 7:00am a 16:00 y sábados de 7:00am a 13:00. Se evidencia que el talento humano de enfermería cubre dos servicios de manera simultánea durante el mismo turno. Así mismo, se observa la prestación del servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas los días miércoles, el cual no está registrado ni declarado en el REPS.

Cuenta con recurso de reposición interpuesto en contra de la resolución 30 del 3 de enero de 2020. Resuelve artículo primero: Reponer la resolución del 30 del 3 de enero 2020 por medio de la cual el Ministerio de educación nacional resolvió negar la convalidación del título de licenciada en enfermería... Artículo segundo: convalida reconoce para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de licenciada en enfermería.

Cuenta con curso capacitación inserción y remoción del implante subdérmico jadelle 75mg de levonorgestrel del 3 de octubre 2025 y taller teórico practico del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

Indicación: Asegurar 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

325 MEDICINA GENERAL

Quien atiende la visita informa que cuenta con veinticuatro médicos generales distribuidos en horario AM y PM.

Observación: Iván Gerardo Guerrero Diaz, cuenta con contrato termino fijo salario ordinario no cuenta con firma de empleador del 21 de mayo de 2026, cargo médico general.

Indicación: Asegurar firmas en documento que demuestra vinculo laborar con el prestador para soportar el talento humano del servicio de uno de los profesionales.

 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					

342 PEDIATRIA

Observación: Durante la visita, el personal informó que la institución cuenta con dos pediatras. Sin embargo, se evidenció que un solo profesional cubre los turnos de los lunes y miércoles, a pesar de que la jornada declarada en REPS es continua de 6:00 a.m. a 6:00 p.m.

Brenda Yanina Pertuz Arce, con horario de 6:00 am a 1:00 pm martes, jueves y viernes.

Martha Judith Parra Pinto, con horario de 6:00 am a 18:00 los lunes y miércoles. No se evidencia documento de vínculo laboral.

No es fácil descargar los soportes del drive en el correo corporativo lo anterior dificulta la verificación de manera oportuna.

Indicación: Contar con herramientas que faciliten verificar soportes de manera oportuna y garantizar las firmas en los contratos que permitan evidenciar el vínculo laboral del colaborador con el prestador.

384 NEFROLOGIA PEDIATRICA

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: La profesional Juliana Chamorro Rojas, vinculada por contrato de prestación de servicios como nefróloga pediátrica, informa que la atención se realiza únicamente dos veces al mes. Por lo tanto, la disponibilidad actual de la especialista no permite dar cumplimiento a la jornada declarada en el REPS, establecida para los lunes y martes de 6:00 a.m. a 17:00.

Indicación: Asegurar 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.

348 REUMATOLOGIA

Observación: Angela Patricia Acosta Aristizaval, cuenta con contrato de prestación servicios sin firma de contratista y contratante, cargo no se define en el contrato, quien atiende la visita informa que se presta el servicio dos veces al mes según disponibilidad de la profesional y el horario declarado en REPS lunes de 7.00am 13:00pm. Por lo tanto, la disponibilidad actual de la especialista no permite dar cumplimiento a la jornada declarada en el REPS.

Indicación: Se indica asegurar 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. Y garantizar las firmas en los contratos que permitan evidenciar el vínculo laboral del colaborador con el prestador.

320 GINECOBSTERECIA

Quien atiende la visita informa que cuentan con dos ginecólogos.

 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					

Criterio10. *El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.*

Observación: Jimmy Sebastián Hernández Rosas, no se observa documento de vínculo laboral, no cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual. Turno de 7:00 am a 15:00 pm de lunes a viernes.

German Antonio Plazas Castro, no se observa documento de vínculo laboral. Turno de 7:00am a 13:00 pm de lunes a viernes.

Indicación: Contar con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

325 MEDICINA FAMILIAR

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: Juan Pablo Cortez Cardona, no se observa documento de vínculo laboral, turno de 7:00 am a 12:00 de lunes a viernes. No se cuenta con talento humano en caso de contingencia.

Indicación: En caso de contingencia por ausencia del talento humano revisar la necesidad de realizar la novedad que consideren pertinente. Garantizar las firmas en los contratos que permitan evidenciar el vínculo laboral del colaborador con el prestador.

329 MEDICINA INTERNA

Observación: Nohora Patricia Reyes Castaño, no se observa documento de vínculo laboral, turno miércoles y viernes de 1:00 pm a 17:00pm. No se cuenta con talento humano el lunes de 13:00pm a 17:00 pm. El horario declarado en REPS en lunes, miércoles y viernes de 13:00 a 17:00. Por lo tanto, la disponibilidad actual de la especialista no permite dar cumplimiento a la jornada declarada en el REPS.

Indicación: Se indica asegurar 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. Y garantizar las firmas en los contratos que permitan evidenciar el vínculo laboral del colaborador con el prestador.

333 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Observación: Durante la visita, el responsable a cargo informó que no dispone de los soportes documentales de la hoja de vida del profesional. Adicionalmente, al revisar el archivo de «Distribución de consultorios», se constató que para el miércoles 17 de junio de 2026 no hay talento

 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					

humano programado para el servicio en la jornada de la tarde (6:00 a. m. a 12:45 p. m.), ni durante los sábados.

El horario declarado en REPS es de lunes a viernes de 6:00 a. m. a 19:00 y los sábados de 7:00 a. m. a 13:00. Por lo tanto, la disponibilidad actual del profesional no permite dar cumplimiento a la jornada declarada.

Indicación: Se indica asegurar 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.

334 ODONTOLOGIA GENERAL

Quien atiende la visita informa que cuentan con seis odontólogos.

Observación: Breyner Aparicio Pomare, no se observa documento de vínculo laboral. Turno de 6:00 a 12:40pm de lunes a viernes y sábado de 6:00 a 13:00.

Indicación: asegurar firmas en documento que demuestra vinculo laborar con el prestador.

344 PSICOLOGIA

Criterio 1. *El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.*

Criterio 2. *El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS.*

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

Observación: Quien atiende la visita informa que cuentan con dos psicólogos.

Hoover Sebastián García Rojas, no se observa documento de vínculo laboral, turno de 13:00 a 19:00 de lunes a viernes y sábados 7:00 a 13:00. En el REPS declaran sábados de 6:00 a 15:00. Por lo tanto, la disponibilidad actual del profesional no permite dar cumplimiento a la jornada declarada.

No se observa el RETHUS.

No cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

Ingrid Karina Portela Medina, cuenta con contrato de trabajo termino fijo, cargo psicóloga, turno 6:00 a 12.40 pm y sábado 7:00 a 13:00. En el REPS declaran sábados de 6:00 a 15:00. No se cubre horario de prestación de servicio. No se observa títulos, según aplique, de educación superior. No se cuenta con documentación.

No cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

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

Indicación: Se indica asegurar 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. Asegurar inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS.

Contar con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA

712 TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Criterio 4.1. DEFINICIONES GENERALES

Disponibilidad

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

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

Criterio 1. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Profesional de bacteriología o auxiliar de laboratorio clínico o auxiliar de enfermería.*

Criterio 2. *Disponibilidad de:*

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

Observación: Quien atiende la visita informa que la toma de muestras la realiza la auxiliar de laboratorio clínico y la bacterióloga realiza la supervisión una vez a la semana. Lo anterior no asegura el cumplimiento de la disponibilidad de bacterióloga para la supervisión.

Indicación: Asegurar disponibilidad de bacterióloga en el servicio en el momento en que se requieran y mientras se oferte y se preste; pueden estar ubicados fuera del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

749 TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS

Criterio 1. *El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.*

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.

 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: Ana Karina Correa Cardozo, profesional de enfermería, cuenta con contrato a término fijo profesional de la mujer que soporta servicio de **VACUNACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS**, cuenta con título de licenciada en enfermería de Universidad Nacional Experimental de los Llanos (república Bolivariana de Venezuela) Apoya el servicio de vacunación de lunes a viernes de 7:00am a 17:00pm y los sábados de 7:00am a 13:00pm y el horario declarado en REPS es de lunes a viernes de 7:00 a m 17:00 sábados 7:00 a 13.00 y el servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas de lunes a viernes de 7:00 am a 16:00 pm y sábado de 7:00 am a 13.00pm el horario declarado en REPS lunes, martes, jueves y viernes de 7:00am a 16:00 y sábados de 7:00am a 13:00. Se evidencia que el talento humano de enfermería cubre dos servicios de manera simultánea durante el mismo turno. Asi mismo, se observa la prestación del servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas los miércoles, el cual no está registrado ni declarado en el REPS.

Cuenta con recurso de reposición interpuesto en contra de la resolución 30 del 3 de enero de 2020. Resuelve artículo primero: Reponer la resolución del 30 del 3 de enero 2020 por medio de la cual el Ministerio de educación nacional resolvió negar la convalidación del título de licenciada en enfermería... Artículo segundo: convalidar reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de licenciada en enfermería. Cuenta con curso capacitación inserción y remoción del implante subdérmico jadelle 75mg de levonorgestrel del 3 de octubre 2025 y taller teórico practico del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

Indicación: Se indica asegurar 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.

742 DIAGNOSTICO VASCULAR

Criterios

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

1.1. Profesional de la medicina especialista en cardiología, o profesional de la medicina especialista en cirugía vascular, o profesional de la medicina especialista en medicina vascular o profesional de la medicina especialista en angiología clínica o profesional de la medicina especialista en radiología e imágenes diagnósticas. Este talento humano realiza procedimientos y su interpretación, en el ámbito de su competencia

1.2. Profesional de la enfermería que cuenta con constancia de asistencia en acciones de formación continua en soporte vital básico y para la realización del o los procedimientos ofertados.

Observación: Durante la visita, el responsable a cargo informa que la institución carece del talento humano requerido para cumplir con la jornada declarada en el REPS. Es soportado con una auxiliar de enfermería en sala de procedimientos donde entrega el holter .y realiza las actividades del servicio.

Indicación: Se indica asegurar 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.

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA:

Definiciones:

 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					

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.

Observación: Durante la verificación documental, la IPS presenta la Licencia de Construcción No. LC 14-5-0389, expedida en octubre de 2014, en la cual se autoriza el uso de Vivienda Bifamiliar y Servicios personales: Servicios profesionales, técnicos especializados.

Indicación: El uso autorizado consignado en la licencia corresponde a una edificación de uso mixto, permitiendo conforme a los descrito en el criterio 6 del estándar de infraestructura la prestación de servicios de los grupos de consulta externa, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y los servicios del grupo quirúrgico que realicen exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria.

9.3.4.2. Visita de certificación

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

- *Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.*

Observación: La institución presenta certificado de conformidad de instalaciones eléctricas expedido por JHA S.A.S., con fecha de emisión del 11 de noviembre de 2017. Se evidencia que el certificado presentado superó su vigencia de cinco (5) años. Adicionalmente, deberá verificarse que el organismo de inspección cuente con acreditación vigente otorgada por ONAC.

Indicación: Se sugiere solicitar nuevamente inspección de instalaciones eléctricas y obtener certificado teniendo en cuenta, que el certificado de conformidad de instalaciones eléctricas tiene vigencia de cinco años.

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

Observación: La institución presenta documento de plan de emergencias, sin embargo, el mismo no se encuentra ajustado a la institución, evidenciando que en el documento no se encuentran los planos de las rutas de evacuación mencionado en el contenido del mismo. Así mismo presenta documento de mantenimiento de la infraestructura, sin embargo, en el mismo no se plantean actividades específicas de mantenimiento de la infraestructura de la sede.

Indicación: Se sugiere ajustar los documentos de acuerdo con las actividades y servicios prestados en la sede específica de la IPS.

Definiciones:

Aseo: Ambiente con lavatraperos y área para almacenamiento de insumos y elementos de aseo.

Poceta: Aparato con grifería cuello de cisne para suministro de agua y sifón con rejilla, destinado para el lavado de materiales, elementos, etc., localizado en forma independiente o sobre mesones.

 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

Observaciones: En el primer piso de la edificación se observa un área de aseo con lavatraperos sin barrera física fija piso y techo cercana a la Planta Eléctrica. Los elementos de aseo se encuentran por fuera del área de aseo.

Indicación. Los ambientes de aseo deben contar con barreras físicas fijas piso a techo con área de almacenamiento de insumos y elementos de aseo dentro del ambiente; la institución cuenta con ambientes de aseo en varios pisos los cuales pueden soportar “contar” con este ambiente dentro de la Institución. Se sugiere realizar la adecuación para contar con ambiente de aseo en el primer piso o disponer de los ambientes de aseo en otros pisos de la edificación.

Criterio 17. *Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación.*

Observación: Durante la visita de asistencia técnica, el prestador presenta concepto sanitario SB 18N 019026 del 18/12/2025, Favorable con requerimientos.

Indicación: Dar cumplimiento a los requerimientos establecidos y realizar ajustes necesarios para subsanar las observaciones, posterior a esto realizar nuevamente solicitud para obtener concepto sanitario “Favorable”. Para transporte de residuos se indica que se debe evitar contaminación cruzada en el transporte de residuos peligrosos e infecciosos en el ascensor, con frecuencias y horarios diferentes en horas de menor circulación de personas.

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

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

Observación: Durante el recorrido se evidencian áreas y ambientes que no cuentan con ventilación natural; no obstante, no se evidencia la implementación de un sistema de ventilación artificial que garantice una adecuada renovación del aire.

Indicación: Garantizar que las áreas y ambientes que no dispongan de ventilación natural cuenten con un sistema de ventilación artificial que asegure condiciones adecuadas de renovación del aire.

Criterio 22. *Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.*

Observación: Durante el recorrido se evidencia que los planos de evacuación publicados en la edificación no incluyen la señalización ni la ubicación del punto de encuentro.

Indicación: Actualizar los planos de evacuación instalados en cada piso de la edificación, incorporando la señalización y la ubicación del punto de encuentro, así como los demás elementos requeridos para orientar la evacuación en caso de emergencia, garantizando su visibilidad para el público en 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					

Criterio 25. *El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización, cuenta con:*

- 25.1. Ambiente o área de recibo de material contaminado.
- 25.2. Ambiente o área de lavado.
- 25.3. Ambiente o área de secado.
- 25.4. Ambiente o área de empaque.
- 25.5. Ambiente o área de esterilización.
- 25.6. Ambiente o área para almacenamiento del material estéril.
- 25.7. Mesón de trabajo con poceta.

Observación: En el ambiente de esterilización del servicio de odontología, no se evidencia área de recibo de material contaminado. De igual manera se evidencia que el mesón de trabajo ubicado en el ambiente limpio no cuenta con las condiciones adecuadas de la superficie del acabado liso, lavable e impermeable y resistente al uso.

Indicación: se sugiere instalar repisa en el ambiente sucio evidenciado en el servicio de odontología, de manera que funcione como área de inactivación, manteniendo y garantizando la unidireccionalidad conforme a los requerimientos de procesos el acabado liso, lavable e impermeable, resistente al uso mantenerse en buenas condiciones, permitiendo la adecuada limpieza y desinfección, de conformidad con las condiciones requeridas para un área que demanda mayor asepsia.

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

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

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

- 28.1.1. Área para entrevista.
- 28.1.2. Área de examen.
- 28.1.3. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria.
- 28.1.4. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija o móvil, con excepción de los consultorios del servicio de urgencias, optometría y oftalmología, donde no se requiere.

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

- 28.2.1. Área para entrevista
- 28.2.2. Área de procedimientos.
- 28.2.3. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija.
- 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.
- 28.2.6. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con una unidad sanitaria.

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

- 28.3.1. Área para entrevista, si la requiere.
- 28.3.2. Área para unidad odontológica.

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

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

28.3.4. Área con mesón de trabajo con poceta.

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

28.4.1. Área adicional por cada unidad odontológica que permita la instalación y movilización de talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.

28.4.2. Barrera física fija o móvil entre las unidades odontológicas.

28.4.3. Mínimo un lavamanos por cada tres unidades odontológicas o fracción.

28.4.4. Para dos unidades odontológicas, área con mesón de trabajo con poceta.

28.4.5. A partir de tres unidades odontológicas, adicional a lo mencionado en los numerales 28.4.1, 28.4.2 y 28.4.3, tiene disponibilidad de un ambiente con mesón de trabajo y poceta.

Observación: Durante el recorrido se evidencia que el consultorio No. 2, destinado a medicina general y ginecobstetricia, cuenta con una barrera física móvil; sin embargo, de acuerdo con la distribución del ambiente, esta no garantiza la separación entre el área de entrevista y el área de examen.

Para el servicio de odontología se presentan unidades odontológicas con barrera física fija piso y techo. Para consultorio con una unidad odontológica se debe contar en cada consultorio con dimensión de 10 m2. En el recorrido se observan tres consultorios con dimensión inferior a los 10 m2.

El consultorio odontológico con más de una unidad odontológica (con barrera física fija o móvil entre las unidades odontológicas debe contar con dimensión mínima de 10 m2 con Área adicional por cada unidad odontológica que permita la instalación y movilización de talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.

Indicación: Garantizar la separación física entre el área de entrevista y el área de examen conforme a las condiciones establecidas para el consultorio donde se realiza examen físico. En caso de que en este ambiente se desarrollen procedimientos, la infraestructura deberá ajustarse a los requisitos establecidos para el consultorio donde se realizan procedimientos, incluyendo, según corresponda, barrera física fija, mesón de trabajo y poceta, de conformidad con los procedimientos documentados por el prestador.

Para consultorio odontológico con una unidad odontológica debe medir 10 m2 cada uno; el consultorio con tres unidades odontológicas debe contar con dimensión mínima de 10 m2 con área adicional por cada unidad odontológica que permita la instalación y movilización de talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos. No se requiere puerta en cada unidad odontológica en los consultorios con más de una unidad odontológica.

Criterio 38. La unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida cuenta con:
38.6. Alarma o sistema de llamado.

Observación: se observa durante el recorrido que las unidades sanitarias para personas con movilidad reducida no cuentan con timbre o sistema de llamado.

Indicación: deberá instalar algún tipo de sistema de llamado para la atención oportuna del usuario, conforme a los requisitos obligatorios del criterio 38.

	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					

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 evidencian superficies con presencia de material particulado en diferentes ambientes, lo que no demuestra condiciones permanentes de orden, aseo, limpieza y desinfección acordes con los servicios prestados.

Indicación: Fortalecer e implementar de manera permanente las actividades de orden, aseo, limpieza y desinfección en todos los ambientes de la institución, garantizando superficies libres de material particulado.

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

Observación: Durante el recorrido se evidencia deterioro en la boquilla de las uniones del piso en diferentes ambientes, afectando la continuidad de la superficie y dificultando los procesos de limpieza y desinfección.

Indicación: Realizar el mantenimiento correctivo de las boquillas deterioradas, garantizando que las uniones y juntas de los pisos permanezcan debidamente selladas y ofrezcan una superficie continua, impermeable, lavable y resistente a los procesos de limpieza y desinfección.

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

Observación: Durante la visita de asistencia técnica, se evidenció tubería de la red contra incendios expuesta en diferentes ambientes, sala de procedimientos, consultorios y ambiente de esterilización, lo cual no corresponde a las condiciones de los cielo rasos y techos para los servicios de salud a no garantizar la continuidad de la superficie.

Indicación: Adecuar los ambientes donde se evidencia la tubería de la red contra incendios expuesta, de manera que los cielos rasos o techos garanticen una superficie lisa, continua, impermeable, lavable y resistente, conforme a las condiciones establecidas para la infraestructura de los servicios de salud.

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 la infraestructura de la IPS, se identifica en el consultorio de odontología ausencia de media caña en la unión formada entre el piso y las divisiones fijas en vidrio.

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

Se observó falta de media caña en la unión entre piso-muro en sala de procedimientos donde tienen instalado guarda escobas.

Indicación: instalar media caña en las uniones formadas entre el piso y las divisiones en vidrio, toda vez que estas ejercen función de muro o barrera física y generan aristas de difícil acceso no permitiendo procesos adecuados de aseo y limpieza. De igual manera en la sala de procedimientos, se debe instalar media caña en la unión entre piso- muro garantizando la continuidad de las superficies.

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: Se evidencia en el ambiente de esterilización del servicio de odontología, uniones entre muros o paredes sin media caña.

Indicación: Conforme al *criterio 45*, para los ambientes de esterilización se debe garantizar que las uniones formadas entre techo-muro y muro-muro cuente con media caña, con el fin de evitar la formación de ángulos de difícil acceso para procesos de limpieza y desinfección en ambientes de requieren mayor asepsia.

11.3.1. SERVICIO DE TERAPIAS

Estándar de infraestructura

Criterio 7. *De acuerdo con el tipo de terapia ofertada, el servicio cuenta con:*

7.2. Vestidor de pacientes, con área para casilleros y unidad sanitaria de uso mixto, cuando el tipo de terapia lo requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios.

7.3. Ambiente para realizar entrevista, cuando se requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios.

Observación: Durante el recorrido por el servicio de fisioterapia se evidencia que presenta área donde realiza entrevista y no cuenta con vestidor, casilleros, ni unidad sanitaria. Se observan unos casilleros en ambiente donde se almacenan equipos biomédicos donde se cambian los pacientes y el personal.

Indicación: Conforme a lo dispuesto en el estándar de infraestructura específico para el servicio, debe contar con ambiente al interior del servicio para la realización de entrevista, asimismo, de acuerdo con las características del servicio ofertado debe definir un ambiente a modo de vestidor el cual debe contar con unidad sanitaria y casilleros para los pacientes, si no requiere vestidor deberá documentarlo en procesos prioritarios y coincidir con la realidad del servicio.

11.3.8 SERVICIO DE DIAGNÓSTICO VASCULAR

Criterios.

5. Cuenta con:

5.1. Lavamanos

5.2. Vestidor de pacientes con área para casilleros.

5.3. Sala de procedimientos.

6. Disponibilidad de:

6.1. Sala de espera.

 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					

6.2. *Unidades sanitarias discriminadas por sexo.*

6.3. *Ambiente o área para recuperación de pacientes si aplica, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios. Este ambiente o área puede ser la misma sala de procedimientos, siempre y cuando su utilización no sea simultánea con la ejecución de un procedimiento y de acuerdo con lo definido en el estándar de procesos prioritarios.*

Observación: El servicio de diagnóstico cardiovascular se utiliza sala de procedimientos de consulta externa que a su vez es utilizado para toma de muestras especiales de laboratorio clínico; no cuenta con vestidor con área para casilleros.

Indicación: Se debe definir el ambiente para la prestación del servicio para cumplir con el estándar diferente a los requisitos exigibles para consulta externa con sala de procedimientos y diferente a los requisitos de toma de muestras de laboratorio clínico. El servicio debe contar con vestidor de pacientes con casilleros.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Criterio 3. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente,*

Criterio 4. *Cuenta con:*

- 4.1. *Área para recepción de muestras, información y entrega de resultados.*
- 4.2. *Cubículo para la toma de muestras.*
- 4.3. *Ambiente para la toma de muestras especiales cuando lo oferte, cuenta con unidad sanitaria y perchero (si el procedimiento lo indica).*
- 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. El servicio cuenta con tres (3) cubículos para la toma de muestras de laboratorio clínico. No se observa ambiente de toma de muestras especiales con unidad sanitaria y perchero. Para toma de frotis de flujo vaginal se utiliza la sala de procedimientos de consulta externa de enfermería donde también se realizan procedimientos y actividades de diagnóstico cardiovascular.

Indicación. Para realizar la toma de muestras especiales se indica que debe ubicarse dentro del servicio, la cual debe contar con el ambiente para la toma de muestras, el vestidor y la unidad sanitaria con el perchero.

Se debe dar cumplimiento a los requisitos de todos los servicios, se observa pared deteriorada cerca de la nevera, luminaria con falla eléctrica y manchas en las paredes

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Criterio 5. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente,*

Criterio 6. *Cuenta con:*

- 6.1. *Área para recepción de muestras, información y entrega de resultados, con superficie de trabajo.*
- 6.2. *Ambiente técnico de procedimientos que cuenta con:*
 - 6.2.1. *Mesón de trabajo.*
 - 6.2.2. *Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que documente.*
 - 6.2.3. *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. El servicio es prestado en el consultorio No 5. El ambiente técnico no cuenta con mesón de trabajo ni poceta. Se observan paquetes de instrumental con tijeras, histometro y pinzas.

El consultorio 5 está declarado como capacidad instalada de servicio de consulta externa y no se requiere registrar como capacidad de toma de muestras.

No se observan las áreas señalizadas para recepción de muestras, información y entrega de resultados, con superficie de trabajo.

Se observa silla de personal asistencial en material que no facilita la limpieza y desinfección.

Indicación. Se debe contar con mesón y poceta para recepción, lavado y secado de instrumental para el transporte del mismo al ambiente de esterilización. Se advierte de la importancia de realizar esta adecuación para garantizar la atención segura de las pacientes.

En cuanto a los requisitos aplicables a todos los servicios, se debe garantizar condiciones de orden y aseo para la limpieza y desinfección

Se deben señalar las áreas de recepción de muestras, información y entrega de resultados.

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN:

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

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

Observación: Durante la verificación se evidenció que la institución cuenta con las hojas de vida de los equipos biomédicos organizadas y diferenciadas por servicio, incluyendo la información relacionada con identificación, mantenimiento y seguimiento de los equipos. No obstante, se identificó que algunas hojas de vida no cuentan con la totalidad de los soportes documentales requeridos.

Indicación: Se recomienda anexar a las hojas de vida las facturas de compra y demás documentos que permitan evidenciar la procedencia, adquisición y trazabilidad de los equipos biomédicos, especialmente aquellos clasificados como de riesgo IIA, IIB y III, de acuerdo con la normatividad vigente. Lo anterior con el fin de fortalecer el control documental, garantizar la disponibilidad de los soportes correspondientes y facilitar los procesos de seguimiento, verificación y auditoría.

Criterio 3. *El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador.*

Observación. Durante la verificación documental se evidenció que la institución cuenta con registros de capacitación relacionados con el manejo y uso de algunos equipos biomédicos; sin embargo, dichas capacitaciones se encuentran dirigidas en algunos casos únicamente a una persona, sin que se evidencie la participación o entrenamiento del resto del personal asistencial que interviene en la prestación de los servicios.

 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					

Asimismo, no se observaron soportes que demuestren la capacitación del personal de todos los servicios en el manejo seguro y adecuado de la totalidad de los equipos biomédicos y de la dotación disponible, especialmente aquellos utilizados en el servicio de odontología. Esta situación podría afectar la continuidad en la prestación de los servicios ante eventos como ausencias, incapacidades, vacaciones, rotación de personal o cualquier otra circunstancia que requiera la sustitución temporal o permanente del responsable habitual del equipo.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda fortalecer el plan institucional de capacitación, garantizando que todo el personal asistencial que tenga relación con el uso de equipos biomédicos reciba formación y entrenamiento documentado sobre su operación, limpieza, mantenimiento básico, riesgos asociados y acciones ante fallas. Igualmente, se sugiere mantener los respectivos registros y evidencias de capacitación, con el fin de asegurar la continuidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

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

Observación: Durante la revisión documental se evidenció que algunos de los protocolos de atención del servicio de odontología requieren articulación con los procesos prioritarios institucionales, de manera que reflejen de forma precisa las actividades desarrolladas durante la prestación del servicio. Asimismo, se observó que varios de estos protocolos no contemplan de manera detallada la dotación, los equipos biomédicos, el instrumental y demás recursos necesarios para la adecuada ejecución de los procedimientos odontológicos, lo que limita la estandarización de las actividades y la verificación de las condiciones requeridas para una atención segura y de calidad.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda realizar una revisión integral de los protocolos de atención odontológica, con el fin de armonizarlos con los procesos prioritarios incorporando en cada protocolo la descripción de la dotación, equipos biomédicos, instrumental requerido para la prestación del servicio, garantizando la coherencia entre la documentación institucional y la práctica asistencial.

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

Durante la verificación de la suficiencia de equipos biomédicos del servicio de odontología, se evidenció que el listado institucional de equipos y dotación no incluye la totalidad de los equipos dispositivos e instrumental utilizados para la prestación del servicio. No obstante, la responsable del servicio de odontología presentó los soportes documentales correspondientes, mediante los cuales fue posible verificar la existencia y disponibilidad del instrumental y la dotación necesaria para el desarrollo de las actividades asistenciales ofertadas.

Si bien se constató que el servicio cuenta con los recursos requeridos para su funcionamiento, se identificó una inconsistencia entre la información registrada en el inventario institucional y la dotación efectivamente disponible en el servicio.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda actualizar y unificar el listado de equipos biomédicos, dispositivos médicos e instrumental odontológico, incorporando la totalidad de los elementos existentes, con el fin de que la información documentada refleje la capacidad instalada real del

 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 y permita evidenciar el cumplimiento de los requisitos de suficiencia y dotación establecidos en la normatividad vigente.

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

Observación: Durante la verificación documental se evidenció que la institución cuenta con personal técnico y tecnólogo encargado de realizar las actividades de mantenimiento de los equipos biomédicos. Sin embargo, no fue posible verificar los soportes documentales que acrediten la idoneidad y autorización de dicho personal, toda vez que no se evidenciaron las hojas de vida, certificaciones de formación, registros de competencia, credenciales, carnés o demás documentos que permitan validar su perfil y competencia para la ejecución de estas actividades.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda mantener disponibles y actualizadas las hojas de vida y los soportes documentales del personal responsable del mantenimiento de los equipos biomédicos, incluyendo certificaciones, autorizaciones y demás documentos que acrediten su formación, experiencia y competencia, con el fin de garantizar la trazabilidad de las actividades realizadas y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

*Estándar de dotación
Complejidad baja
Modalidad intramural*

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:*

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

Observación: Se evidencia que la institución no cuenta con equipos de órganos de los sentidos en cantidad suficiente, de acuerdo con el número de consultorios habilitados y las especialidades ofertadas que requieren la realización de examen físico. Lo anterior limita la disponibilidad oportuna del equipo durante la atención y no garantiza la realización integral de la valoración clínica de los pacientes.

Indicación: Se indica al prestador que la dotación de los servicios de salud debe estar correlacionado con las guías de práctica clínica que adoptó de acuerdo con las patologías más frecuentes. Así como garantizar la disponibilidad de equipos de órganos de los sentidos en cantidad suficiente y en condiciones de funcionamiento, acorde con el número de consultorios habilitados, la simultaneidad de la atención y las especialidades ofertadas que requieran este elemento para la realización del examen físico. La institución debe incluir estos equipos en el inventario, programa de mantenimiento y verificación periódica de disponibilidad y funcionalidad.

 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					

11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Estándar de dotación

Complejidad mediana

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

Criterio 13. *Cumple con los criterios definidos para el servicio de consulta externa general y adicionalmente:*

Los consultorios de los especialistas cuentan con la dotación necesaria para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.

Observación: Se evidencia que el prestador no tiene definida ni documentada la dotación requerida para las especialidades ofertadas en el servicio de consulta especializada, en correlación con las guías de práctica clínica adoptadas y las patologías más frecuentes atendidas. Por lo anterior, no se demuestra que los equipos, dispositivos médicos e insumos disponibles sean suficientes y pertinentes para garantizar la valoración, diagnóstico, manejo y seguimiento de los usuarios, de acuerdo con las actividades asistenciales y procedimientos realizados en cada especialidad.

Indicación: Se indica al prestador definir, documentar y garantizar la dotación requerida para cada especialidad ofertada en el servicio de consulta especializada, en concordancia con las guías de práctica clínica adoptadas y las patologías más frecuentes atendidas en la institución.

La dotación debe estar acorde con las actividades, procedimientos y valoraciones clínicas que se realizan en cada especialidad, e incluir los equipos, dispositivos médicos e insumos necesarios para brindar una atención segura, oportuna e integral. Asimismo, debe garantizar su disponibilidad, suficiencia, funcionalidad, mantenimiento y control mediante inventarios actualizados y verificaciones periódicas

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

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

Observación: Durante la visita se evidenció que el servicio dispone de una centrífuga y una nevera para el procesamiento y conservación de muestras. Sin embargo, estos equipos no se encuentran descritos ni articulados en la documentación del estándar de procesos prioritarios. Adicionalmente, al verificar las hojas de vida de los equipos biomédicos, se identificó información incompleta y discrepancias entre los mantenimientos registrados en las hojas de vida y las fechas establecidas en el cronograma de mantenimiento definido por el prestador.

Indicación: Se recomienda incluir la nevera como un equipo que dé cumplimiento a los requerimientos del estándar de dotación aplicable a todos los servicios y dejar documentado en las actividades del servicio el uso tanto de la centrífuga como de la nevera. De igual forma, completar las hojas de vida de los equipos con la totalidad de la información aplicable, incluyendo registro sanitario, clasificación de riesgo, características técnicas y registros de mantenimiento. Así mismo, actualizar registros de mantenimiento para que mantengan coherencia con el cronograma institucional definido por el prestador, garantizando la trazabilidad de la 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					

11.3.8 SERVICIO DE DIAGNOSTICO VASCULAR

Complejidad mediana

Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir

Criterio 8. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y la dotación necesaria y específica para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios y adicionalmente cuenta con:*

8.1. *Oxígeno medicinal portátil o salida de oxígeno medicinal cuando lo requiera, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios*

8.2. *Carro de paro cuando lo requiera, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios.*

8.3. *Monitor de presión arterial cuando lo requiera, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios.*

Observación: Se evidencia que el servicio de diagnóstico vascular realiza los procedimientos de monitoreo ambulatorio de presión arterial —MAPA o mapeo de tensión arterial— y Holter. Durante la visita se verifica la disponibilidad de una (1) grabadora para MAPA y tres (3) grabadoras para Holter; sin embargo, el prestador no demuestra que la cantidad de equipos disponible haya sido evaluada frente a la oferta de servicios, la demanda esperada, el volumen de procedimientos realizados, los tiempos de uso, el reprocesamiento cuando aplique y la oportunidad requerida para la atención de los usuarios.

Por lo anterior, no se evidencia que la dotación disponible sea suficiente para garantizar la continuidad, oportunidad y seguridad en la prestación de los procedimientos ofertados

Indicación: Se indica al prestador realizar y documentar el análisis de suficiencia de la dotación del servicio de diagnóstico vascular, específicamente de las grabadoras para MAPA y Holter, teniendo en cuenta la oferta habilitada, la demanda de usuarios, el número de procedimientos realizados o proyectados, la simultaneidad de la atención, los tiempos de instalación, lectura y disponibilidad de los equipos, así como los periodos de mantenimiento y reprocesamiento cuando aplique.

Con base en dicho análisis, debe garantizar la disponibilidad de equipos suficientes, funcionales y con mantenimiento vigente para asegurar la oportunidad, continuidad y seguridad de los procedimientos de monitoreo ambulatorio de presión arterial y Holter.

ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS 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.*

 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. En su programa presentan el listado de medicamentos; sin embargo, en algunos casos se observa que la información está incompleta y técnicamente no corresponde, por ejemplo, la presentación comercial se encuentra “lote”, también hay dudas en la forma farmacéutica, etc.

Indicación. Se indica que debe registrar los medicamentos de toda la institución de manera completa y en los mismos términos que técnicamente se observan en la presentación del medicamento o en caso de presentar alguna duda, la información se puede encontrar al consultar la página del Invima. Seguir los criterios enunciados en el estándar.

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

Observación. En su programa presentan el listado de dispositivos; sin embargo, en algunos casos se observan casillas en blanco por lo que la información está incompleta y técnicamente no corresponde, por ejemplo, la presentación comercial.

Indicación. Se indica que debe registrar todos los dispositivos médicos e insumos de la institución de manera completa y en los mismos términos que técnicamente se observan en la presentación del dispositivo médico o insumo, este último podrá tener registro sanitario o notificación del Invima y en caso de presentar alguna duda, la información se puede encontrar al consultar la página del Invima. Seguir los criterios enunciados en el estándar

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. Se hace la misma observación realizada para medicamentos y dispositivos médicos. Se realizan pruebas para VIH – Sífilis en consultorio, se encuentra el dispositivo vencido con fecha 2025/05/31

Indicación. Se indica seguir los criterios del estándar, incluyendo aquellos que se utilizan para pruebas rápidas cuando aplique, retirar los dispositivos y medicamentos vencidos, hacer la revisión de las fechas de vencimiento antes de usar, los algodones se encuentran en algodonerías metálicas sin identificar el lote o dar trazabilidad al dispositivo, se observa camilla de consultorio con sabana desechable sin cambiar posterior a su uso.

Criterio 4. El prestador de servicios de salud de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para: 4.1. Selección 4.2. Adquisición 4.3. Transporte 4.4. Recepción 4.5. Almacenamiento 4.6. Conservación 4.7. Control de fechas de vencimiento 4.8. Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío. 4.9. Distribución 4.10. Dispensación 4.11. Devolución 4.12. Disposición final. 4.13. Seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida, elementos de rayos X y de uso odontológico), reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que se utilicen incluidos los que

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

se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador de servicios de salud y en la modalidad extramural.

Observación. Los procesos del servicio de odontología no se integran con lo descrito en la documentación observada. Se tiene documentado la semaforización de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos de acuerdo con las fechas de vencimiento así: verde > 12 meses; amarillo entre 12 y 3 meses y rojo < 3 meses.

Esta semaforización se realiza en la bodega principal; sin embargo, cuando llega a la IPS y pasa a cada servicio algunos ya han sobrepasado los tiempos establecidos, por lo cual debe semaforizar nuevamente, pero en algunos casos no se actualiza y los colores no están en concordancia con lo documentado y se evidencia un caso en el que el empaque original vence en 04/2028 pero al ser nuevamente identificado se registra fecha de vencimiento en 05/05/2026; finalmente no se evidencian semaforizados la totalidad de los dispositivos médicos de la institución y en algunos casos no corresponden los tiempos al color definido.

Se evidencian medicamentos que no están semaforizados y están para vencimiento en septiembre de 2026 ej: Nitrofurazona y en otros casos esta identificada con verde, es decir a 1 año; Las cajas de empaque se encuentran muy deterioradas por lo cual el proceso de recepción no cumple con lo descrito con relación al estado de los empaques. Se encuentra medicamento: Pisacaina con cinta medica adhesiva tipo esparadrapo en la tapa.

Se encuentra contenedor plástico con tapa para almacenamiento de equipos roto y pegado con esparadrapo de tela.

Indicación: Se indica al prestador ajustar los documentos para actualizarlos y que incluya los procesos y procedimientos específicos que tiene en algunos servicios de manera específica en el servicio de odontología, en cuanto a la adquisición, distribución, uso de medicamentos y dispositivos.

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

Observación. El prestador informa del programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia; sin embargo, no tiene todos los elementos que tiene un programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia; se encuentra en consultorios diferentes envases con sustancias no identificables evidenciando reenvase

Indicación. Se solicita que ajuste y documente de manera completa el programa de farmacovigilancia y se indican los elementos que debe contener: Inscripción en la Red Nacional de Farmacovigilancia y nombrar la referente, Manuales y Procedimientos: objetivos y alcance, paso a paso para la detección recolección y registro de los reportes / definiciones de evento adverso, falla terapéutica, problemas relacionados con medicamentos y problemas relacionados con la utilización de medicamentos; Formatos de reporte (FOREAM) criterios de validez; Gestión y análisis de riesgo: metodologías para evaluar la información: análisis de causalidad y clasificación de la gravedad de las reacciones como leves, moderadas o graves; Reporte obligatorio al INVIMA eventos adversos graves , leves o moderados, reportes cero; Seguimiento a alertas sanitarias; Articulación con el

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

comité de farmacia – socialización. Adicionalmente se indica seguir las indicaciones del fabricante y no reenvase de ningún medicamentos ni dispositivos médico.

Criterio 7. *El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumos asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión.*

Observación. En el sitio de almacenamiento se encuentra el medicamento Dobutamina, el cual es de uso intrahospitalario inyectable, lo cual no está en concordancia con los servicios ofertados, todos de consulta externa.

En el servicio de odontología y por la rotación de insumos, se almacenan temporalmente a la entrada del servicio; sin embargo, en el momento del recorrido no se encontraban resinas, agentes de unión ni desmineralizante en los consultorios, informan que la auxiliar se desplaza a cada consultorio llevando del dispositivo medico según el requerimiento del profesional.

Indicación. Con relación a la presencia de medicamentos que no están indicados en los servicios realizar una revisión cuidadosa del almacén para identificar otros medicamentos que pueden encontrarse sin tener concordancia con lo documentado en las guías de práctica clínica. En los sitios donde la institución definió dejar almacenamiento temporal de insumos, disponer de los instrumentos de medición y registro para la temperatura humedad, garantizando que los insumos si permanezcan allí.

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

Observación. Se observa que en el servicio de odontología se ha dispuesto de solo dos colores de resinas para hacer las restauraciones. Se encuentra una tercera jeringa que rota por todos los consultorios

Indicación. Se indica revisar los requerimientos del servicio dado la variedad de colores y la limitación que se observa.

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

Observación. Se tiene kit de derrames, no todos los miembros del equipo de salud tienen conocimiento de su ubicación.

Indicación. Se indica que el prestador define el contenido de los paquetes para el manejo de derrames en concordancia con el servicio, adicionalmente el equipo de salud debe tener conocimiento de su ubicación y forma de uso.

 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					

11.2.1 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

Criterio 32. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.*

Observación: En el servicio de odontología no está incluido en la documentación de los procesos del manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumo de la entidad en cuanto a criterios específicos como la adquisición y distribución, revisar el tema de tecnovigilancia y farmacovigilancia por ser un servicio de alta consulta y sensible a riesgos.

Se observa frascos con dispositivos sin identificar, se presume que puede ser vaselina y en otro consultorio se presume que es alcohol. En el consultorio de odontología se encuentra frasco de glutaraldehído 2% con fecha de vencimiento 06/2026. Se encuentra espátula con residuos de material blanco, entre la caja con los dispositivos

Indicación: Revisar el programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia por ofertar servicios de alta rotación y sensibilidad a riesgos en la seguridad del paciente por ejemplo en odontología y enfermería, dado que se también se evidencia que están haciendo pruebas de VIH y sífilis en consultorio de enfermería

11.2.2 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Criterio 18. *Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios*

Observación: indican que están haciendo inserción y retiro de DIU pero no definen claramente si lo hacen desde el servicio de enfermería o el de ginecología; en cualquiera de los casos, lo están haciendo en consultorio y no en consultorio con procedimientos ni en sala de procedimientos, dado que se encuentran empaques de estos dispositivos en consultorio el cual en primera instancia se informa que es de ginecología y luego informan que es de enfermería.

Indicación: los procedimientos los debe realizar en consultorio con procedimientos o en sala de procedimientos con los insumos, medicamentos y dispositivo médicos plenamente identificados en concordancia con lo establecido en las guías de práctica clínica.

11.3. GRUPO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA

11.3.8 SERVICIO DE DIAGNOSTICO VASCULAR

Criterio10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:

10.1. Oxígeno medicinal, cuando lo requiera de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios.

10.2. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos para los procedimientos de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios.

Observación. No cuenta con carro de paro, requisito de dotación cuando se requiera. La bala de oxígeno medicinal cuenta con fecha de fabricación y fecha de vencimiento no se observó registro sanitario.

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

Indicación. Se indica que debe contar con carro de paro y su dotación de acuerdo con las guías de práctica clínica; adicionalmente la bala de oxígeno medicinal debe contar con los registros INVIMA y BPM

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: Durante el recorrido se observaron gradillas y elementos de almacenamiento elaborados en icopor, alcohol reenvasado, mueble de almacenamiento sin identificación y algodón dispuesto en recipientes de gran capacidad. Adicionalmente, al verificar el Kardex del servicio, no se evidencian registros que permitan demostrar la recepción técnica de los productos ni el desarrollo de actividades relacionadas con los programas de vigilancia aplicables a medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

Indicación: Fortalecer las condiciones de almacenamiento y organización del servicio, retirando los elementos de icopor utilizados para almacenamiento o soporte de insumos identificando adecuadamente el mobiliario destinado al almacenamiento. Asimismo, disponer el algodón en cantidades controladas para uso asistencial o emplear presentaciones individuales. Documentar las actividades de recepción técnica, seguimiento y vigilancia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos como se indica en la pág. 71 de la resolución 3100.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Modalidades intramurales, 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.*

(..)7.4. *Cepillo endocervical y espátula, desechables, cuando se requiera.*

7.7. *Kits de toma de pruebas de ADN – VPH, cuando éstas se realicen.*

7.8. *Soporte para fijación de muestras.*

7.9. *Insumos para realización de citología base líquida, cuando se realice.*

Observación: Se evidenció disponibilidad de espéculos desechables en tallas S y M, no se cuenta con existencias de talla L. Asimismo, se observó que algunos insumos se encuentran almacenados en un contenedor plástico dispuesto directamente sobre el piso. Durante la verificación de los insumos y materiales utilizados para la toma de muestras, se identificaron productos en uso sin fecha de apertura registrada. De igual forma, se observaron instrumentos esterilizados sin identificación que permita verificar fecha de esterilización, fecha de vencimiento, contenido del paquete y responsable del proceso, además de empaques que presentan condiciones que podrían comprometer el mantenimiento de la esterilidad. En el mueble de insumos destinados para la toma de muestra se encuentran productos de papelería y atrás de este se encuentra una tabla optométrica.

 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: Garantizar la disponibilidad de espéculos en las diferentes tallas requeridas para la atención de las usuarias, manteniendo un stock acorde con la demanda del servicio. Reubicar los insumos almacenados directamente sobre el piso en superficies destinadas para su almacenamiento. Implementar el registro de fechas de apertura para los productos que así lo requieran y fortalecer los controles del proceso de esterilización, asegurando la correcta identificación de los paquetes, el adecuado empaque del instrumental y la conservación de las condiciones que garanticen su esterilidad hasta el momento del uso. Mantener en el consultorio únicamente los insumos estrictamente necesarios para la prestación del servicio.

ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS

Criterio 1. *El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social*

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

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

Criterio 3. *El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre.*

Observación: Se evidencia la conformación del Comité de Seguridad del Paciente; sin embargo, durante la visita no se presentan actas de reunión, registros de actividades ni soportes que demuestren la gestión realizada por dicho comité a la fecha.

Por lo anterior, no se evidencia análisis de riesgos asociados a la atención en salud, seguimiento a incidentes, eventos adversos o complicaciones, definición de acciones de mejora, realización de rondas de seguridad, seguimiento a compromisos ni estrategias orientadas al fortalecimiento de la política y la cultura de seguridad del paciente en los servicios habilitados.

Indicación: Se indica al prestador poner en funcionamiento el Comité de Seguridad del Paciente y documentar su gestión mediante actas de reunión y demás soportes que evidencien el desarrollo de sus actividades.

El comité debe realizar análisis de los riesgos asociados a la atención en los servicios habilitados, revisar y hacer seguimiento a los incidentes, eventos adversos y complicaciones, definir acciones de mejora con responsables y fechas de cumplimiento, y verificar la efectividad de las acciones implementadas.

 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					

Asimismo, debe realizar y documentar rondas de seguridad, socializar los resultados y las acciones definidas con el talento humano, efectuar seguimiento a los compromisos y desarrollar estrategias que fortalezcan la política institucional y la cultura de seguridad del paciente.

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:*

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

Observación: Se evidencia que la institución cuenta con un documento de enfoque diferencial; sin embargo, este no se encuentra ajustado al perfil poblacional atendido ni demuestra la definición de estrategias específicas para garantizar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios q con limitación visual o auditiva.

No se evidencian mecanismos documentados para la comunicación efectiva, orientación, información, consentimiento informado, atención durante la prestación del servicio y continuidad de la atención para estas poblaciones, orientados a disminuir las barreras de acceso y garantizar un trato diferencial acorde con sus necesidades.

Indicación: Se indica al prestador ajustar y actualizar el documento institucional de enfoque diferencial de acuerdo con el perfil poblacional atendido, los servicios habilitados y las barreras de acceso identificadas.

Debe definir, implementar y documentar estrategias para garantizar la comunicación efectiva y el acceso a la atención de usuarios con limitación visual o auditiva. Estas estrategias deben contemplar, según corresponda, mecanismos de interpretación o traducción, información en formatos accesibles, acompañamiento durante la atención, adecuación de los procesos de orientación y admisión, y mecanismos que aseguren la comprensión de la información clínica y del consentimiento informado.

Así mismo, debe socializar estas estrategias con el talento humano, disponer de los recursos requeridos para su aplicación y realizar seguimiento a su implementación y efectividad, con el fin de disminuir barreras de acceso y garantizar una atención con enfoque diferencial.

Criterio 4.3. *Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).*

Observación: Durante el recorrido por los servicios habilitados se evidencia que la institución cuenta con documento institucional y soportes de capacitación relacionados con higiene de manos; sin embargo, mediante observación directa se identifica que el talento humano no cumple de manera consistente con los cinco momentos de higiene de manos durante la atención de los usuarios.

Así mismo, no se evidencia disponibilidad suficiente de puntos de dispensación de soluciones a base de alcohol, acorde con la oferta institucional, los servicios habilitados y los lugares donde se desarrolla la atención. Esta situación limita la adherencia a las prácticas de higiene de manos y puede incrementar el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

Indicación: Se indica al prestador garantizar la implementación efectiva del proceso institucional de higiene de manos en todos los servicios habilitados, asegurando la adherencia del talento humano

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

a los cinco momentos de higiene de manos, mediante estrategias de capacitación, observación directa, seguimiento, retroalimentación y acciones de mejora.

Así mismo, debe realizar un análisis de necesidad y disponer puntos de higiene de manos con soluciones a base de alcohol en cantidad suficiente, de fácil acceso y ubicados estratégicamente, de acuerdo con la oferta de servicios, los flujos de atención y los momentos de contacto con los usuarios. Debe documentar el seguimiento a la adherencia, los resultados obtenidos y la efectividad de las acciones implementadas.

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

Observación: Se evidencia que la institución cuenta con documentos de consentimiento informado; sin embargo, no se demuestra que se encuentre definida y documentada su implementación en los servicios de vacunación y consulta médica, de acuerdo con los procedimientos, intervenciones y riesgos propios de cada servicio.

No se evidencian lineamientos que establezcan en qué situaciones se debe solicitar el consentimiento informado, el responsable de brindarlo y obtenerlo, el contenido de la información suministrada al usuario, la forma de registro en la historia clínica ni los mecanismos de verificación de su aplicación.

Se observó que el espacio destinado para su almacenamiento corresponde a un área utilizada simultáneamente como depósito de papelería, insumos y cajas y en un ambiente de bienestar para el personal, la cual no cumple con las condiciones necesarias para garantizar la conservación, seguridad, confidencialidad, organización y consulta de la documentación clínica y sus soportes.

Indicación: Se indica al prestador definir, documentar e implementar el proceso de consentimiento informado para los servicios de vacunación y consulta médica, de acuerdo con los procedimientos, intervenciones y riesgos inherentes a la atención prestada.

El proceso debe establecer las situaciones en las cuales aplica el consentimiento informado, el responsable de informar y obtener la aceptación del usuario o su representante, la información relacionada con beneficios, riesgos, alternativas y posibles consecuencias de no aceptar la intervención, así como el registro correspondiente en la historia clínica.

Asimismo, debe socializar el proceso con el talento humano, verificar su aplicación mediante auditorías o revisiones periódicas de historias clínicas y definir acciones de mejora frente a las oportunidades identificadas.

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

Criterio 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.

 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 los servicios habilitados se evidencia falta de adherencia del talento humano a los procesos y protocolos institucionales documentados relacionados con limpieza y desinfección de áreas y superficies, bioseguridad y los momentos de lavado e higiene de manos.

Aunque la institución presenta soportes de capacitaciones realizadas, formatos de asistencia y aplicación de postest, mediante observación directa se identifica que estas actividades no han garantizado la apropiación ni la aplicación efectiva de los lineamientos institucionales en la práctica diaria. Esta situación puede incrementar el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud y afectar la seguridad de los usuarios y del talento humano.

Indicación: Se indica al prestador fortalecer la implementación y la adherencia a los procesos y protocolos institucionales de limpieza y desinfección de áreas y superficies, bioseguridad y lavado e higiene de manos, en todos los servicios habilitados.

Debe implementar mecanismos de verificación en campo, tales como observación directa, listas de chequeo, auditorías periódicas y rondas de seguridad, que permitan evaluar la adherencia del talento humano a los protocolos documentados. Asimismo, debe analizar los resultados obtenidos, definir e implementar acciones de mejora con responsables y fechas de cumplimiento, realizar retroalimentación al personal y evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

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: Durante la revisión documental se evidenció que la institución cuenta con protocolos de atención en odontología elaborados de acuerdo con los principales motivos de consulta y los servicios ofertados. No obstante, se identificó que algunos de estos documentos requieren ajustes en su alcance, de manera que reflejen de forma específica las condiciones de la sede objeto de verificación, así como el talento humano responsable de la ejecución de las actividades contempladas en cada protocolo.

Asimismo, se observó que algunos protocolos no describen de manera completa los recursos necesarios para su implementación, toda vez que no incluyen de forma detallada la dotación, los equipos biomédicos, los dispositivos médicos, los medicamentos y demás insumos requeridos para la adecuada atención de los usuarios y la ejecución segura de los procedimientos.

Se evidencia que la institución presenta un perfil epidemiológico de carácter nacional; sin embargo, este no se encuentra ajustado a la población atendida, a la oferta de servicios habilitados ni a las actividades desarrolladas en la sede evaluada. En particular, no se evidencia análisis epidemiológico que contemple los servicios de enfermería relacionados con crecimiento y desarrollo y planificación familiar, ni que permita identificar las principales condiciones de salud, riesgos y necesidades de la población atendida.

Asimismo, la institución cuenta con guías internacionales que no presentan evaluación de calidad metodológica mediante instrumento AGREE u otra metodología definida institucionalmente que permita sustentar su adopción. Adicionalmente, los documentos elaborados por la institución son

 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					

denominados “guías”; no obstante, no se evidencia la conformación de un grupo o comité desarrollador, metodología de elaboración, búsqueda y análisis de evidencia, validación técnica, revisión por pares, aprobación institucional ni definición de periodicidad para su actualización.

Por lo anterior, no se demuestra que las guías, protocolos y documentos institucionales se encuentren fundamentados en el perfil epidemiológico de la sede, la oferta habilitada, la evidencia científica y las necesidades de atención de los usuarios.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar, actualizar y armonizar los protocolos institucionales, garantizando que estos se encuentren alineados con los servicios efectivamente habilitados y prestados en la sede, que definan claramente el personal responsable de su ejecución y que incorporen la totalidad de equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos, para cada procedimiento o protocolo de atención, que soporte lo realizado en cada servicio habilitado. Lo anterior permitirá fortalecer la estandarización de la atención, la seguridad del paciente y la coherencia entre la documentación institucional y la operación real de los servicios.

Se indica al prestador actualizar y documentar el perfil epidemiológico de la sede, de acuerdo con la población atendida, los servicios habilitados, las actividades asistenciales desarrolladas y los eventos o condiciones de salud más frecuentes identificados. Este análisis debe incluir, entre otros, los servicios de enfermería de crecimiento y desarrollo y planificación familiar, y debe servir como insumo para la selección, adopción, adaptación o elaboración de guías y protocolos institucionales.

Debe evaluar las guías internacionales adoptadas mediante una metodología de valoración de calidad, como AGREE II o la definida por la institución, dejando evidencia del análisis de pertinencia, aplicabilidad, vigencia y adaptación al contexto institucional.

Para los documentos elaborados internamente, debe definir si corresponden a guías, protocolos, procedimientos o instructivos, según su alcance. Cuando se elaboren guías de práctica clínica institucionales, debe contar con una metodología documentada, grupo o comité desarrollador con participación de profesionales competentes, revisión de la evidencia disponible, validación técnica, aprobación institucional, divulgación, implementación, seguimiento a la adherencia y periodicidad de actualización.

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

Observación: Se evidencia que la institución cuenta con soportes de capacitaciones realizadas al talento humano, formatos de asistencia y aplicación de posttest relacionados con los procesos prioritarios; sin embargo, durante el recorrido por los servicios habilitados se observa que los lineamientos, procedimientos y prácticas socializadas no son implementados de manera efectiva por el talento humano en el desarrollo de la atención.

Por lo anterior, no se demuestra la apropiación ni la adherencia a los procesos institucionales, ni la efectividad de las estrategias de capacitación implementadas para garantizar una atención segura y acorde con los lineamientos definidos 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:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Indicación: Se indica al prestador fortalecer la implementación efectiva de los procesos prioritarios por parte del talento humano en todos los servicios habilitados.

Debe complementar las capacitaciones con estrategias de verificación de la apropiación y adherencia en la práctica, tales como observación directa, auditorías, listas de chequeo, rondas de seguridad, simulaciones o evaluación de competencias, según aplique.

Asimismo, debe documentar los resultados de las verificaciones, identificar las causas de los incumplimientos, implementar acciones de mejora con responsables y fechas de cumplimiento, realizar retroalimentación al talento humano y evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas.

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

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: Se evidencia que la institución presenta un perfil epidemiológico de carácter nacional; sin embargo, este no se encuentra ajustado a la población atendida, a la oferta de servicios habilitados ni a las actividades desarrolladas en la sede evaluada. En particular, no se evidencia análisis epidemiológico que contemple los servicios de enfermería relacionados con crecimiento y desarrollo y planificación familiar, ni que permita identificar las principales condiciones de salud, riesgos y necesidades de la población atendida.

Asimismo, la institución cuenta con guías internacionales que no presentan evaluación de calidad metodológica mediante instrumento AGREE u otra metodología definida institucionalmente que permita sustentar su adopción. Adicionalmente, los documentos elaborados por la institución son denominados “guías”; no obstante, no se evidencia la conformación de un grupo o comité desarrollador, metodología de elaboración, búsqueda y análisis de evidencia, validación técnica, revisión por pares, aprobación institucional ni definición de periodicidad para su actualización.

Por lo anterior, no se demuestra que las guías, protocolos y documentos institucionales se encuentren fundamentados en el perfil epidemiológico de la sede, la oferta habilitada, la evidencia científica y las necesidades de atención de los usuarios.

Indicación: Se indica al prestador actualizar y documentar el perfil epidemiológico de la sede, de acuerdo con la población atendida, los servicios habilitados, las actividades asistenciales desarrolladas y los eventos o condiciones de salud más frecuentes identificados. Este análisis debe incluir, entre otros, los servicios de enfermería de crecimiento y desarrollo y planificación familiar, y debe servir como insumo para la selección, adopción, adaptación o elaboración de guías y protocolos institucionales.

 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					

Debe evaluar las guías internacionales adoptadas mediante una metodología de valoración de calidad, como AGREE II o la definida por la institución, dejando evidencia del análisis de pertinencia, aplicabilidad, vigencia y adaptación al contexto institucional.

Para los documentos elaborados internamente, debe definir si corresponden a guías, protocolos, procedimientos o instructivos, según su alcance. Cuando se elaboren guías de práctica clínica institucionales, debe contar con una metodología documentada, grupo o comité desarrollador con participación de profesionales competentes, revisión de la evidencia disponible, validación técnica, aprobación institucional, divulgación, implementación, seguimiento a la adherencia y periodicidad de actualización.

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 acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado.
- 11.2. Registro de cargas.
- 11.3. Resultados del control de calidad.
- 11.4. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan.
- 11.5. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.

Observación: Durante la verificación se evidenció que la institución cuenta con una política y procedimiento para el reúso de las fresas utilizadas en el servicio de odontología general. Asimismo, se observó que manejan un sistema de identificación mediante frascos rotulados y enumerados en los consultorios, con el propósito de realizar el control de los ciclos de reúso de dichos dispositivos.

No obstante, el mecanismo implementado no garantiza de manera individual la trazabilidad de cada fresa, toda vez que no se evidenció un sistema de identificación específico que permita determinar con certeza el número de usos o reprocesamientos realizados a cada elemento en particular. Esta situación dificulta el seguimiento individual de los dispositivos y la verificación del cumplimiento de los límites de reúso definidos por la institución y por las recomendaciones del fabricante, cuando estas existan.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar y fortalecer la política, los procedimientos y los registros asociados al reúso de fresas odontológicas, estableciendo mecanismos que permitan garantizar la trazabilidad individual de cada dispositivo desde su ingreso hasta su disposición final. Asimismo, se deberá definir claramente el número máximo de reprocesamientos autorizados, los criterios para su retiro, los controles de seguimiento y los responsables de su verificación, de manera que se garantice la seguridad del paciente, la calidad del procedimiento y el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable a la reprocesamiento y reúso de dispositivos médicos.

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

- 12.2. Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.
- 12.5. Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.
- 12.6. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales

Observación: Durante la revisión documental no se evidenció un protocolo específico para la limpieza y desinfección de pisos, paredes y techos en el servicio de odontología. Asimismo, no se identifican lineamientos claros que establezcan la periodicidad de las actividades, los productos a

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

utilizar, las diluciones correspondientes, los elementos de protección personal requeridos, ni los responsables de la ejecución y supervisión de dichas labores. durante el recorrido y la observación directa en los servicios no se demuestra su implementación efectiva por parte del talento humano realizan procesos de limpieza y desinfección con productos que no están definidos por la institución para tal fin.

Por lo anterior, no se garantiza que los procesos de limpieza y desinfección se encuentren implementados de acuerdo con las condiciones particulares de las áreas y superficies de la institución, lo que puede generar riesgo de contaminación y afectar la seguridad de los usuarios.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda elaborar o ajustar el protocolo institucional de limpieza y desinfección, incorporando de manera detallada las actividades relacionadas con pisos, paredes y techos, así como definir expresamente que estas labores son realizadas por el personal de servicios generales, estableciendo sus responsabilidades, frecuencias de ejecución, mecanismos de seguimiento y registros correspondientes. Lo anterior permitirá garantizar la estandarización de los procesos, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y la adecuada conservación de las condiciones sanitarias de la institución.

Se indica al prestador garantizar la implementación efectiva de los procesos institucionales de limpieza y desinfección en todos los servicios y áreas habilitadas, verificando su cumplimiento mediante observación directa, listas de chequeo, registros, auditorías y rondas periódicas.

Debe actualizar la información documentada de limpieza y desinfección, incluyendo las condiciones particulares de las áreas críticas y de las superficies o elementos que las atraviesan, como la tubería del sistema contra incendios ubicada en esterilización. El documento debe definir el método de limpieza y desinfección, los productos a utilizar conforme a las recomendaciones del fabricante, la frecuencia, los responsables, los elementos de protección personal requeridos, los registros y los mecanismos de supervisión.

Asimismo, debe implementar acciones inmediatas para eliminar la acumulación de partículas identificada, capacitar y retroalimentar al talento humano responsable, realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades y evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

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.

 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 enfermería y toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas se evidencia que el instrumental utilizado, específicamente las pinzas, no cuenta con identificación que permita establecer su contenido, fecha de esterilización ni fecha de vencimiento.

Asimismo, se observan empaques flojos y sin sellado completo, condición que no garantiza la integridad del empaque ni la conservación de la esterilidad del instrumental hasta el momento de su uso. Por lo anterior, no se evidencia trazabilidad ni condiciones que aseguren la disponibilidad de instrumental estéril y seguro para la atención de los usuarios, lo que puede incrementar el riesgo de contaminación e infección asociada a la atención en salud.

Indicación: Se indica al prestador garantizar que todo instrumental esterilizado utilizado en el servicio de enfermería y toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas se encuentre debidamente identificado y cuente con empaque íntegro, sellado y apto para conservar la esterilidad hasta su uso.

La identificación debe permitir como mínimo establecer el contenido o instrumental empacado, fecha de esterilización, fecha de vencimiento o criterio de vigencia definido por la institución, lote o ciclo de esterilización y responsable del proceso, según aplique.

Asimismo, debe retirar de manera inmediata los paquetes que presenten empaques abiertos, flojos, húmedos, rotos o con sellado incompleto, reprocesarlos conforme al procedimiento institucional y garantizar su almacenamiento en condiciones que preserven la esterilidad. Debe fortalecer la verificación previa al uso, capacitar al talento humano responsable, realizar seguimiento mediante registros y auditorías, e implementar acciones de mejora frente a los incumplimientos identificados.

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: La institución realiza el reúso de fresas para operatoria dental en el servicio de Odontología General. Durante la verificación se evidenciaron paquetes de fresas estériles con rotulación observándose únicamente el número de reúso registrado en el empaque; sin embargo, no se identificó un mecanismo de marcación o identificación individual de cada fresa que permita garantizar su trazabilidad durante todo el proceso de reprocesamiento y reutilización. En consecuencia, no fue posible verificar de manera objetiva el número de reúsos efectuados a cada dispositivo médico ni su correspondencia con los límites establecidos por la institución.

Asimismo, no se evidenciaron registros o mecanismos de control suficientes que permitan realizar el seguimiento individual de las fresas reutilizadas, ni soportes que demuestren la evaluación

 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					

periódica de su funcionalidad, integridad, eficacia y desempeño después de cada ciclo de reprocesamiento.

Indicación: La institución deberá documentar y soportar la metodología implementada para garantizar la identificación, seguimiento y trazabilidad individual de cada dispositivo médico sometido a reúso o reprocesamiento. De igual manera, deberá establecer registros que permitan evidenciar el número de ciclos de reúso realizados a cada fresa, los criterios de retiro del servicio y los responsables de su control.

Adicionalmente, se deberá demostrar, a través del seguimiento realizado por el Comité de Infecciones, el Programa de Seguridad del Paciente y el Programa de Tecnovigilancia, que los dispositivos médicos sometidos a reúso mantienen las condiciones de seguridad, funcionalidad, eficacia y desempeño para las cuales fueron diseñados, minimizando los riesgos asociados a su utilización y garantizando la seguridad de los pacientes y del personal asistencial

Criterio 20. *La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con:*

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

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

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

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

Criterio 23. *Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido*

Observación: Durante la verificación se evidenció que la institución cuenta con el kit para la atención de derrames y con el respectivo procedimiento para su manejo. Sin embargo, se identificó que el manual o protocolo requiere ajustes para que su alcance contemple de manera explícita todos los servicios habilitados y las áreas donde exista riesgo de ocurrencia de derrames, garantizando la aplicación uniforme de las medidas de respuesta en toda la institución.

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

Asimismo, se observó la necesidad de definir con mayor claridad los responsables de la ejecución de las actividades descritas en el procedimiento, especificando de manera expresa la participación del personal de servicios generales en la atención, limpieza, descontaminación, disposición de residuos y demás acciones derivadas de la ocurrencia de derrames, sin perjuicio de las responsabilidades que correspondan al personal asistencial.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar y actualizar el manual o protocolo de manejo de derrames, incorporando el alcance para todos los servicios, definiendo claramente los responsables de cada actividad, los elementos del kit a utilizar, las medidas de bioseguridad aplicables y el procedimiento de limpieza y disposición final de residuos, con el fin de garantizar una respuesta oportuna, segura y acorde con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.

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: Se evidenció que la información documentada correspondiente a las pruebas en el punto de atención del paciente (POCT) no describe el procedimiento para la realización del control de calidad de las pruebas rápidas, pese a que se cuenta con los registros de los resultados de los controles ejecutados. Adicionalmente, no se encontró evidencia documental del análisis de los resultados obtenidos en los controles de calidad, ni de la implementación de medidas preventivas y/o correctivas derivadas de dichos análisis.

Indicación: Actualizar y complementar la documentación del programa de POCT, incorporando el procedimiento para la realización del control de calidad, identificando el laboratorio clínico propio o contratado responsable de los controles cuando aplique, definiendo la periodicidad de su ejecución y estableciendo la metodología para el análisis de los resultados. Asimismo, se deben generar y conservar registros que evidencien el análisis de los reportes de control de calidad y la implementación de las acciones preventivas y correctivas derivadas de los hallazgos obtenidos.

11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

Estándar de procesos prioritarios

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

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

35.2. Información al paciente sobre:

35.2.1. Preparación.

35.2.2. Recomendaciones post procedimiento.

35.2.3. Controles.

35.2.4. Posibles complicaciones.

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

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

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Modalidades intramurales, extramural unidad móvil, 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.*

Observación: Durante la revisión del manual de toma de muestra se evidencia que hay identificadores adicionales a los usados en la marcación de los tubos. Así mismo, no se describe a qué laboratorio son remitidas las muestras. No hay documento que dé evidencia del procedimiento de supervisión de toma de muestras realizado a los auxiliares, solo se encuentran registros de listas de chequeo.

Indicación: Ajustar en el manual los datos demográficos que son usados en el sticker empleado para marcar las muestras. Documentar el proceso de supervisión de la toma de muestras realizada por el personal auxiliar, definiendo la metodología, los responsables, la periodicidad y los registros que evidencien su ejecución.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Modalidades intramurales, 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/VPF, técnicas de inspección visual y muestras ginecológicas cuando se oferte* (..) 8.4. *Control de calidad.* 8.5. *Entrega de resultados.*

Observación: Durante la asistencia técnica, la persona que atendió la visita informó que las muestras ginecológicas son embaladas utilizando los empaques plásticos de los espéculos y posteriormente transportadas en una bandeja metálica sin tapa. Esta práctica no es concordante con lo establecido en el procedimiento institucional vigente, el cual define que el embalaje debe realizarse mediante película autosellante y que el transporte debe efectuarse en cajas de cartón, evidenciándose incumplimiento del procedimiento documentado y riesgo para la adecuada conservación e integridad de las muestras durante el transporte.

Indicación: Implementar acciones que garanticen el adecuado transporte de las muestras ginecológicas y de cuello uterino, mediante el uso de recipientes cerrados, de paredes rígidas, resistentes y de fácil limpieza y desinfección, de acuerdo con el procedimiento institucional establecido. Asimismo, asegurar que el personal encargado realice el embalaje utilizando exclusivamente los insumos definidos en dicho procedimiento, evitando el uso de elementos no contemplados, tales como bandejas sin tapa o bolsas destinadas al almacenamiento de espéculos.

Adicionalmente, realizar capacitación al personal involucrado en el proceso, garantizar la disponibilidad permanente de los insumos requeridos y efectuar seguimiento periódico 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					

cumplimiento del procedimiento mediante actividades de supervisión, verificación y auditoría, implementando las acciones de mejora que resulten necesarias.

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

El prestador cuenta con historia clínica digital software BREAK POINT PANA- ZERD

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

Observación: Durante la revisión de las historias clínicas diligenciadas de manera digital correspondientes a los servicios de consulta externa y consulta externa especializada, se evidenciaron algunos campos incompletos y espacios en blanco en determinados registros, lo que puede afectar la integridad, continuidad y trazabilidad de la atención prestada.

De igual forma, al verificar los registros del proceso de esterilización, se observaron tachones, enmendaduras. Estas situaciones dificultan la adecuada trazabilidad del procedimiento y la verificación de las actividades realizadas.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda fortalecer los mecanismos de diligenciamiento, revisión y control de los registros asistenciales y de apoyo, garantizando que la información sea completa, clara, legible, sin enmendaduras ni espacios en blanco, y que permita evidenciar de manera precisa el cumplimiento de los procedimientos institucionales como lo indica el criterio previamente descrito.

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

Observación: Durante la verificación documental no se evidenciaron formatos de consentimiento informado para la atención y valoración inicial de los usuarios en los servicios de consulta externa y consulta externa especializada, Asimismo, al revisar el consentimiento informado correspondiente al procedimiento de implante subdérmico, se identificó que este no contempla de manera expresa la información relacionada con las posibles implicaciones, riesgos o consecuencias derivadas de la no realización del procedimiento, aspecto fundamental para garantizar una adecuada toma de decisiones por parte del usuario.

De igual manera, se observó que la institución utiliza formatos de consentimiento informado de carácter transversal para diferentes servicios; sin embargo, dichos documentos requieren ajustes y adaptación de acuerdo con las particularidades de cada servicio y procedimiento ofertado. Lo anterior, teniendo en cuenta que en algunos formatos se incluyen referencias a la modalidad de telemedicina, servicio que no se encuentra habilitado ni es prestado en la sede objeto de verificación.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar, actualizar y estandarizar los formatos de consentimiento informado utilizados por la institución, garantizando que estos se encuentren ajustados a los servicios efectivamente prestados y a la modalidad de atención correspondiente. Los documentos deberán contener información clara, suficiente y específica sobre el acto asistencial, incluyendo como mínimo la descripción del procedimiento, sus beneficios, riesgos,

 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					

posibles complicaciones, alternativas de manejo y las implicaciones derivadas de su no realización, permitiendo que el usuario tome una decisión libre e informada.

Adicionalmente, se recomienda revisar y ajustar el proceso institucional de consentimiento informado conforme a lo establecido en la Resolución 309 de 2025, especialmente en lo relacionado con el asentimiento de niños, niñas y adolescentes entre los 14 y 17 años, garantizando el cumplimiento de los lineamientos normativos vigentes y el respeto por la autonomía progresiva de esta población.

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: Durante la verificación se evidenció que la institución cuenta con un sistema de historia clínica electrónica; sin embargo, no dispone de un archivo único de historias clínicas que garantice la adecuada custodia, conservación, organización, disponibilidad y recuperación de la documentación física generada durante la atención. Esta situación cobra especial relevancia para la gestión de contingencias del sistema de información y para el almacenamiento de los consentimientos informados que actualmente son diligenciados en medio físico.

Si bien estos documentos deben ser escaneados e incorporados a la historia clínica electrónica, los originales continúan siendo conservados en formato físico, por lo que requieren condiciones adecuadas para su archivo y custodia. Al respecto, se observó que el espacio destinado para su almacenamiento corresponde a un área utilizada simultáneamente como depósito de papelería, insumos y cajas y en un ambiente de bienestar para el personal, la cual no cumple con las condiciones necesarias para garantizar la conservación, seguridad, confidencialidad, organización y consulta de la documentación clínica y sus soportes.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda implementar y mantener un archivo único de historias clínicas que cumpla con las condiciones de seguridad, organización, confidencialidad, conservación y acceso definidas en la normatividad vigente, garantizando la adecuada gestión documental tanto de los registros físicos como de aquellos generados como soporte de la historia clínica electrónica.

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

Observación : Durante la verificación documental se evidenció que la institución cuenta con un plan de contingencia para situaciones relacionadas con interrupciones del suministro eléctrico y fallas en los sistemas tecnológicos; sin embargo, dicho documento se encuentra enfocado principalmente en los aspectos operativos y eléctricos, sin desarrollar de manera específica las acciones a implementar para garantizar la continuidad de la atención y el adecuado registro de la información clínica durante eventos que afecten la disponibilidad del sistema de historia clínica electrónica.

No se evidencian lineamientos claros respecto al procedimiento que debe seguir el personal asistencial ante una contingencia tecnológica, incluyendo el mecanismo para el registro temporal de la atención, los formatos de historia clínica física a utilizar, la gestión de los consentimientos informados, la identificación de responsables, la custodia de la documentación generada durante la contingencia y el proceso de migración o cargue posterior de la información al sistema electrónico una vez restablecido el 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					

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar, actualizar y complementar el plan de contingencia institucional, incorporando de manera detallada los procedimientos, responsabilidades, recursos y formatos que se utilizarán para garantizar la continuidad de la atención en salud, la seguridad del paciente, la integridad de la información clínica y la trazabilidad de los registros durante fallas del sistema de información, interrupciones del servicio tecnológico o cualquier otra situación que afecte el funcionamiento normal de la historia clínica electrónica.

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. 9.2. Muestras remitidas para su procesamiento. 9.3. Resultados de los análisis con el nombre del laboratorio que realizó el procesamiento o lectura de las muestras y de la persona que los realizó. 9.4. Análisis del control de calidad y de las medidas preventivas y correctivas.*

Observación: Durante la revisión de las historias clínicas se evidenció que los registros no contienen de manera completa la información correspondiente al procedimiento realizado, observándose ausencia de la descripción del procedimiento efectuado, del registro sobre la presencia o ausencia de complicaciones durante su ejecución y de la información que permita determinar si la muestra obtenida fue adecuada para el análisis o si correspondió a una muestra insuficiente.

Adicionalmente, se identificaron espacios en blanco en los registros clínicos y ausencia de seguimiento documentado a los resultados obtenidos lo que afecta la integridad, continuidad y trazabilidad de la información consignada en la historia clínica.

Indicación: Implementar acciones que garanticen el diligenciamiento completo, oportuno y verificable de la historia clínica en la toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas asegurando el registro de la descripción del procedimiento realizado, la presencia o ausencia de complicaciones, la calidad de la muestra obtenida y el cierre adecuado de los registros evitando espacios en blanco. Así mismo, fortalecer la adherencia a los procedimientos institucionales para el diligenciamiento de la historia clínica mediante capacitación seguimiento y auditorías periódicas.

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA

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

1.1 *Calidad en la entrega de los productos.*

1.2 *Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente.*

1.3 *Tiempos de entrega de los productos.*

1.4 *Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.*

Observación: Aunque el prestador manifiesta contar con contrato para la prestación de servicios de radiología, durante la verificación no se evidenció la documentación que soporte la interdependencia requerida para el servicio de Radiología Odontológica. En consecuencia, no fue posible constatar la existencia de convenios o contratos vigentes que garanticen la disponibilidad y continuidad de estos servicios de apoyo diagnóstico, de conformidad con las condiciones de habilitación aplicables.

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

Indicación: Se recomienda gestionar y mantener actualizados los respectivos acuerdos de interdependencia contrato o convenio acorde a lo solicitado en el criterio previamente descrito. así como disponer de los soportes documentales correspondientes para su verificación.

Observación: Adicionalmente durante la verificación documental se evidencian contratos suscritos con terceros para garantizar la disponibilidad de servicios requeridos por la institución, entre ellos: RHINO para servicios generales de limpieza y desinfección, DESCONT para la gestión integral de residuos y descontaminación, EMI para el servicio de traslado asistencial en ambulancia e IRON para el manejo, custodia y traslado de historias clínicas. Los documentos revisados contienen las cláusulas contractuales generales y se encuentran vigentes.

No obstante, se identificó que los contratos y/o convenios presentados no incorporan de manera completa los requisitos y características mínimas exigidas para el cumplimiento del estándar de Interdependencia, toda vez que no se evidencian de forma explícita aspectos relacionados con la disponibilidad, oportunidad, continuidad, mecanismos de referencia y contrarreferencia cuando aplique, responsabilidades de las partes, seguimiento al servicio y demás condiciones requeridas para garantizar la adecuada prestación de los servicios contratados.

Indicación: Por lo anterior, se recomienda revisar, actualizar y complementar los contratos o convenios de interdependencia, de manera que estos incluyan todos los elementos exigidos por la normatividad vigente y permitan evidenciar el cumplimiento integral de las condiciones de habilitación establecidas para dicho estándar.

11.3.11 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

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

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

Observación: No se hace revisión de contrato debido a que el servicio lo presta otra sede del mismo prestador, sin embargo, se aclara que debe estar documentado el lugar a donde remiten las muestras, calidad y tiempos de entrega de productos.

Indicación: Documentar el proceso de remisión de muestras al servicio de laboratorio clínico que presta el apoyo diagnóstico, especificando la sede de destino, las condiciones de transporte, los tiempos de entrega de las muestras y los tiempos establecidos para la emisión y entrega de resultados, garantizando la trazabilidad del proceso y el cumplimiento del criterio aplicable.

11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Estándar de interdependencia

Modalidades intramurales, extramural unidad móvil y jornada de salud

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

Observación: La remisión de patologías se realiza a la sede del prestador BIENESTAR IPS LABORATORIOS ubicada en la Av. carrera 40 # 20-73 pero no se encuentra documentado. La remisión de citologías positivas se remite a BIOMOLECULAR DIAGNOSTICA S.A.S. pero no se

 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					

evidencia documento de supervisión que garantice la seguridad del resultado del producto contratado ni calidad y tiempos de entrega del producto.

Indicación: Documentar el proceso de remisión de las muestras de citología cervicouterina y de patología, identificando claramente el laboratorio o servicio de apoyo al que son enviadas, las condiciones de transporte, los tiempos de procesamiento y entrega de resultados. Adicionalmente, documentar el mecanismo de supervisión y seguimiento a los servicios contratados o interdependientes, de manera que se evidencie la verificación periódica del cumplimiento de las condiciones de calidad, conservando los registros que soporten dicho seguimiento.

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 el reporte correspondiente a la Circular 012 de 2016 para la sede Barranquilla (código 08001), con fecha 30 de enero de 2026. En dicho reporte se registran 14 acciones programadas y 14 acciones ejecutadas, así como 2 auditorías internas programadas y 2 ejecutadas, junto con 8 documentos soporte. Como procesos priorizados se incluyen: Consulta externa, Apoyo diagnóstico, Gestión de calidad, Gestión de riesgos, Gestión de talento humano y formación. No obstante, al realizar la revisión del mapa de procesos, se identifican oportunidades de mejora en la clasificación y estructuración de los procesos, particularmente en la diferenciación entre procesos misionales, estratégicos y de apoyo, por lo que se sugieren ajustes en este componente. Para las sedes de Bogotá no se evidenció reporte. Sin embargo, en comunicación con la sede Barranquilla, informan que el reporte presentado corresponde a la sede principal y se encuentra consolidado a nivel nacional. Esta información no resulta consistente con lo evidenciado en la sede de Chapinero, donde para la vigencia 2025 se presenta el documento PAMEC y la implementación de la Ruta Crítica con alcance en acreditación, sin que se observe correlación entre lo reportado a la Superintendencia Nacional de Salud y lo efectivamente ejecutado por la IPS durante dicho periodo

Se ingresa a la página de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá www.saludcapital.gov.co y se hace entrega de los siguientes documentos para que se tengan en cuenta para el desarrollo de este componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud:

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

Se recuerda que el Decreto 780 de 2016 recomienda enfocarse en la mejora continua de la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario. La ejecución de la ruta crítica tiene falencias que se recomiendan sean aclaradas en asistencia técnica y/o participación a las capacitaciones impartidas por esta Subdirección. Se recomienda completar estos soportes para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

2. Para el componente SIC, se verifican las encuestas de satisfacción enviadas al correo de los usuarios, evidenciando que las preguntas asociadas a los indicadores de Satisfacción Global y Recomendaría la IPS a familiares y amigos, no se encuentran formuladas conforme a 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					

establecido en la Resolución 256 de 2016. Adicionalmente, estas encuestas no contemplan la opción de “No responde”, y las respuestas se estructuran en una escala de 1 a 10, realizando una homologación que ubica la no respuesta en valor cero, lo cual no es acorde a la norma, Se socializa la normativa con el prestador, indicando la necesidad de realizar los ajustes correspondientes para garantizar la validez de la medición. Al verificar archivo plano de reporte correspondiente a IV Trimestre de 2025 (único soporte entregado) se evidencian que no reportan pacientes que no lograron agendar cita en los servicios priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el prestador informa que estos pacientes son registrados en el aplicativo Cronos. Al realizar la verificación, se identifican 2.796 registros entre enero y junio de 2026, de los cuales solo 96 han sido gestionados. La coordinadora de sede manifiesta que la baja gestión obedece a falta de personal, lo que genera un riesgo en la oportunidad de la atención y seguimiento de la demanda insatisfecha, adicionalmente, se identifica que el prestador reporta eventos como caídas, complicaciones de medicamentos y úlceras por presión en servicios de hospitalización y urgencias, los cuales no corresponden a los servicios habilitados por la institución, evidenciando inconsistencias en el reporte de eventos e indicadores, Se realiza explicación del ciclo MOCA, y se verifica el tablero de indicadores institucional, evidenciando que existe una unificación de datos por trimestre. Sin embargo, no se evidencia la ejecución de las etapas de análisis, priorización de problemas, formulación de acciones de mejora ni seguimiento a la implementación de las mismas, lo cual limita la efectividad del sistema de gestión de calidad y el cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo, se entrega el documento guía que se encuentra en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf> se explica la necesidad del alistamiento institucional para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

- Para el **paciente trazador** se elige 1 historia clínica al azar, del servicio de ginecología, quien es una paciente sexo femenino de 72 años, perteneciente al régimen subsidiado de Nueva EPS y asiste para programación de corrección de celes que ha sido aplazada por tratamiento de la tiroides, se revisan soportes en el aplicativo PANNA, durante la entrevista, se evidencia que es una paciente analfabeta e informa que le han hecho firmar los consentimientos informado (no verificables en la visita) sin entender lo que le entregan y solo repite la firma que está en su cédula, la acompañante informa que el mayor problema que tienen es la no entrega de los medicamentos en la IPS convenio (Cafam), en la satisfacción en esta IPS, la evalúan como 8-10, en soportes aportados, no se encuentran soportes de referencia y contrarreferencia del manejo de la patología de tiroides de 2025.

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

Atributos de Calidad	Análisis del paciente Trazador
Accesibilidad	La paciente accede sin barreras a la consulta de Ginecología. Se garantiza disponibilidad de recurso humano facilitando la entrada oportuna al sistema.
Oportunidad	De acuerdo con los servicios a los que ha accedido la paciente, se encuentra la asignación de citas de manera oportuna.
Seguridad	Según lo evidenciado en las atenciones recibidas y que la paciente es analfabeta, no se garantiza la inclusión social y la aplicación de la práctica segura de “Gestionar y Desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los

 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

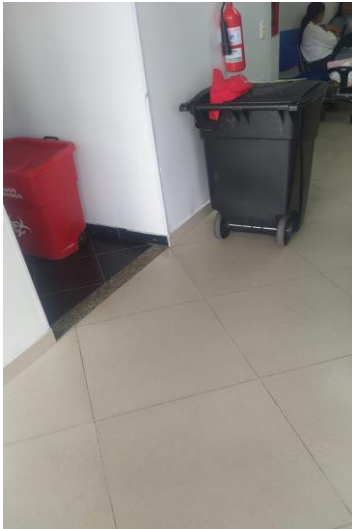
	pacientes que incluya enfoques diferenciales, no se evidencia una atención segura.
Pertinencia	Por no evidencia de la contrarreferencia de la paciente posterior a su proceso de la tiroides se emite concepto no favorable en este atributo.
Continuidad	Se recomienda mejorar la articulación entre los diferentes servicios, garantizando continuidad en la atención integral de la paciente

ANEXO FOTOGRÁFICO

	
1. Silla de difícil limpieza y desinfección y en condiciones deficientes de limpieza	2. Almacenamiento de insumos y medicamentos con papelería y 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

3. Residuos líquidos en canecas 	4. Área de aseo sin barrera física fija piso y techo con elementos de aseo por fuera del área de aseo. 
5. Ambiente de almacenamiento de concentramientos informados sin custodia, orden y aseo. 	6. Pisos deteriorados cerca de unidad odontológica. 
7. Movimiento de residuos peligrosos y no peligrosos en el mismo horario	8. Uso de riñoneras en sala de procedimientos para descarga de fluidos donde se lava instrumental



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



9. Uso de riñoneras en sala de procedimientos



10. Residuos líquidos en bolsas rojas de residuos sólidos de riesgo biológico



11. Contenedor de instrumental para desinfección encima de área de lavado



12. Contenedor de recibimiento de instrumental en el mismo espacio de líquido para limpieza y desinfección de escupidera.



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



13. Instrumental con marcación incompleta



14. Registro de proceso de esterilización con tachones y enmendaduras.



15. Insumos mezclados con paquetes estériles



16. Insumos fuera de su empaque original



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



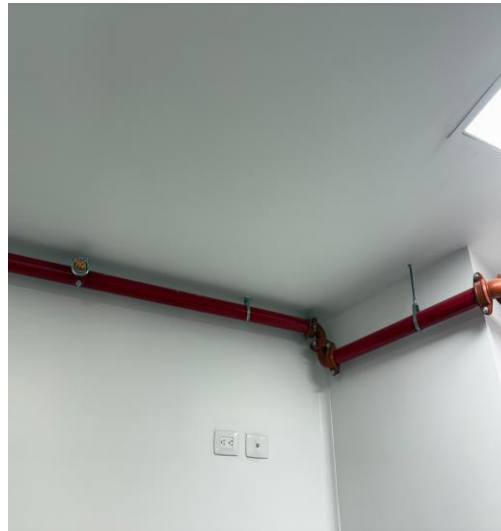
17. Habladores sujetos con cita



18. Mezcla de insumos inadecuada



19. Reenvase de insumos



20. Tubería expuesta en consultorios.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

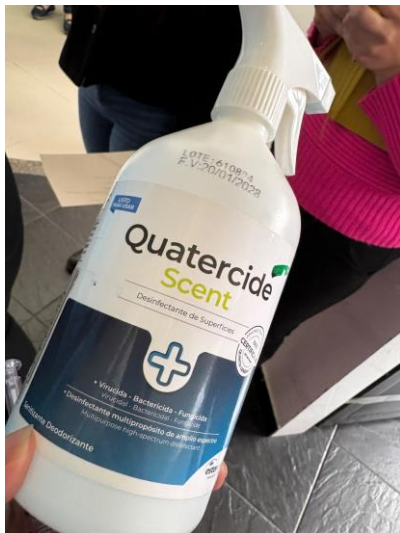
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

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



21. Limpiavidrios empacado en
empaques de quatercide



22. Medicamentos que no corresponden a servicios
prestados en la sede



23. Ventiladores sin ficha técnica y
mantenimiento



24. Persianas que no facilitan la limpieza y
desinfección, mal estado y sucias



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



25. Dotación de fisioterapia con insumos de limpieza y desinfección.



26. Dotación de fisioterapia con insumos de limpieza y desinfección.



27. Bandas elásticas en sitio inadecuado y sin desinfección



28. Insumos fuera de su empaque original



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



29. Dispositivo medico en servicio inadecuado



30. Insumos mezclados



31. Medicamentos e insumos con papelería en sala de procedimientos



32. Consentimientos de abril y mayo sin guarda y custodia



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



33. Servicio de odontología no presenta media caña en la unión entre pared y piso.



34. Tubería Red Contra Incendios expuesta en ambiente de esterilización



34. Área de entrevista en la sala de procedimientos



35. Área de entrevista al interior del servicio de fisioterapia

 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

 36. Planos de ruta de evacuación no cuentan con señalización del punto de encuentro.	 37. Falta de mediacaña en las uniones con los muros al interior de ambiente de esterilización.
---	--

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	IPS BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO	A partir de la fecha de acta de reunión

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

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

ASISTENTES

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

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

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

Evaluación y cierre de la reunión
--

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) No ()	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 16-06-2026

 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 Fecha: 16-Junio-2026

Hora Inicio: 9:00 AM Hora Fin: 16:00 Lugar: IPS Bienesar sede Chapinero

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alfredo Martínez	SDS-IPSA	Asesor	316283672	albertomartinez@zentia.com.co	[Firma]
2	Diana Gerson Wai	Dir. Gobierno Clínico y Calidad		301553001	diana.gerson@zentia.com.co	[Firma]
3	Yency Martínez	Asesor		312481837	yency.martinez@zentia.com.co	[Firma]
4	Luz Valde	Bienestar IPS	Asesor	312786504	luzvalde@zentia.com.co	[Firma]
5	Laura Alexandra Angel	Bienestar IPS	Asesor	319454566	laura.angel@zentia.com.co	[Firma]
6	Nely Katherine Gato	Bienestar IPS	Asesor	324559172	nelykato@zentia.com.co	[Firma]
7	Paola Andrea Ruge	Bienestar IPS	Asesor	320267766	paola.ruge@zentia.com.co	[Firma]
8	Adriana Giraldo	Bienestar IPS	Asesor	313688147	adriana.giraldo@zentia.com.co	[Firma]
9	Alfonso Villanier	Bienestar IPS	Asesor	317638073	alfonso.villanier@zentia.com.co	[Firma]
10	Yony Johana Basso	Bienestar IPS	Asesor	312359975	yony.basso@zentia.com.co	[Firma]
11	Gabriel Manin	Bienestar IPS	Asesor	350427320	gabrielmanin@zentia.com.co	[Firma]
12	Lara Bedoya	Bienestar IPS	Asesor	300320124	lara.bedoya@zentia.com.co	[Firma]
13	Diana Vilma Rios	Bienestar IPS	Asesor	323327277	diana.rios@zentia.com.co	[Firma]
14	Laura Viviana Callejo Silva	SDS-SCSSS	Profesional	3649090	lucallego@saludcapital.gov.co	[Firma]
15	Andrea Kabele Forero M.	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3649090	andreakabele@saludcapital.gov.co	[Firma]
16	Diana P. Giraldo	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3649090	dianapgiraldo@saludcapital.gov.co	[Firma]
17	María Fernanda Gaviria	SDS-SCSSS	Prof. esp.	3649090	mariafernandagaviria@saludcapital.gov.co	[Firma]

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				
	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 - Bienestar IPS - Sede Chapinero Fecha: Junio 16 2026

Hora Inicio: 9:00 Hora Fin: 16:00 Lugar: IPS BIENESTAR CLIA # 6B-31

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alfonso Villanier	SDS-IPSA	Asesor	316283672	alfonso.villanier@zentia.com.co	[Firma]
2	Brandon García B	Infraestructura	Profesional	312481837	brandon.garcia@zentia.com.co	[Firma]
3	Breiner Aparicio P.	Odontología	Odontólogo	300693623	Breiner4@gmail.com	[Firma]
4	Sofía Gantale	Fisioterapia	Fisioterapeuta	322227715	sofia.gantale@gmail.com	[Firma]
5	Zamora Ian Giron	Vacunación	Aux Enfermera	302418587	zamoraian@gmail.com	[Firma]
6	Yaritza Floriz	Procedimientos	Aux Enfermera	316433933	Yaritza0405@gmail.com	[Firma]
7	Keddy Paola Castiblanco	Médico general	Médico general	3174036025	castiblanco.keddy@saludcapital.gov.co	[Firma]
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

 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

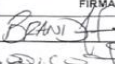
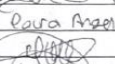
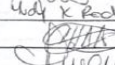
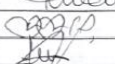
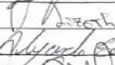
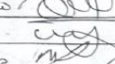
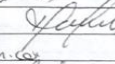
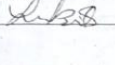
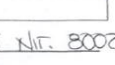
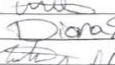
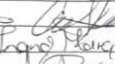
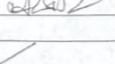
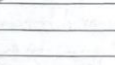
LISTADOS DE ASISTENCIA 17-06-2026

 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 IPS BIENESTAR CHAPARRAL Fecha: 17 de Junio 2026

Hora Inicio: 9:00 AM Hora Fin: 16:00 Lugar: IPS BIENESTAR CHAPARRAL # 68-31

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Brandon García Boulton	Infraestructura	Profesora	312421032	brandon.garcia@zentria.com.co	
2	Christian Rodríguez	SDS-SCSS	Prof. Esp	312421032	christian.rodriguez@zentria.com.co	
3	Laura Alejandra Pineda	Bienestar IPS	Analista	312421032	laura.alejandra.pineda@zentria.com.co	
4	Paola Andrea Ruge	Bienestar IPS	Coord. de Calidad	312421032	paola.andra.ruge@zentria.com.co	
5	Nady Katherine Roca	Bienestar IPS	Coordinadora de Rehabilitación	312421032	nady.katherine.roca@zentria.com.co	
6	Jennyfer Camacho	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	jennyfer.camacho@zentria.com.co	
7	Diana M. Borrero	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	diana.m.borrero@zentria.com.co	
8	Yeny Johanna Basso	Bienestar IPS	Coordinadora	312421032	yeny.johanna.basso@zentria.com.co	
9	Luz Angela Manquillo Erazo	Bienestar IPS	Coordinadora	312421032	luz.angela.manquillo@zentria.com.co	
10	Alfonso García	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	alfonso.garcia@zentria.com.co	
11	Andrea Isabella	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	andrea.isabella@zentria.com.co	
12	Alexandra Villanueva	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	alexandra.villanueva@zentria.com.co	
13	Lizbeth A. Campos	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	lizbeth.a.campos@zentria.com.co	
14	Marta Patricia	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	marta.patricia@zentria.com.co	
15	Yancy Martínez	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	yancy.martinez@zentria.com.co	
16	Luz Angela Manquillo Erazo	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	luz.angela.manquillo@zentria.com.co	
17						

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

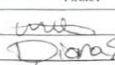
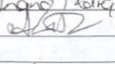
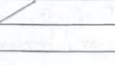
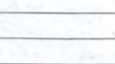
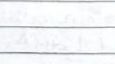
Carrera 32 No. 12-81 Tel: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	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 IPS BIENESTAR Fecha: 17 JUNIO 2026 NIT. 800223205

Hora Inicio: 9:00 AM Hora Fin: 16:00 Lugar: CHAPARRAL # 68-31

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Gabriela María	Bienestar IPS	Coord. Rehabilitación	312421032	gabriela.maria@zentria.com.co	
2	Diana Reyes	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	diana.reyes@zentria.com.co	
3	Karen Aracely Bustos	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	karen.aracely.bustos@zentria.com.co	
4	Carla Patricia	SDS-SCSS	Prof. Esp	312421032	carla.patricia@zentria.com.co	
5	Luz Angela Manquillo Erazo	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	luz.angela.manquillo@zentria.com.co	
6	Chiara Guadalupe	Bienestar IPS	Rehabilitación	312421032	chiara.guadalupe@zentria.com.co	
7						
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

 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

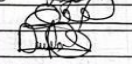
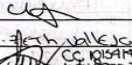
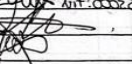
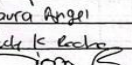
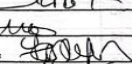
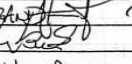
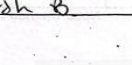
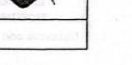
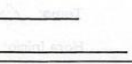
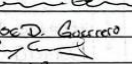
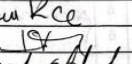
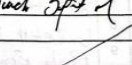
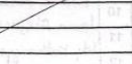
LISTADOS DE ASISTENCIA 19-06-2026

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

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

Tema: Asistencia Técnica en Campo Fecha: 19-Junio-2026

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:30 Lugar: Bienestar IPS

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Cesar Porras	SDS-SCSS	Prof. Esq. de	364 9090	cesarporras@saludcapital.gov.co	
2	Lilbeth V. Gonzalez	SDS-SCSS	Prof. Esq. de	364 9090	LilbethV.Gonzalez@saludcapital.gov.co	
3	Aracely I. Faero	SDS-SCSS	Prof. Esq. de	364 9090	aracelyi.fairo@saludcapital.gov.co	
4	Daniela Ortiz Gómez	SDS-SCSS	Prof. Esq. de	364 9090	dortiz@saludcapital.gov.co	
5	Alexandra Villamizar	Bienestar IPS	Coord. de	316 308193	alexandra.villamizar@bienestar.gov.co	
6	Lizeth Vallejo	Bienestar IPS	Asesoría	312 240654	lizeth.vallejo@bienestar.gov.co	
7	Yeny Johanna Basso	Bienestar IPS	Coord. de	312 3599751	YENY.BASSO@bienestar.gov.co	
8	Lizeth Abacue	Bienestar IPS	Coord. de	312 133886	Karen.abacue@bienestar.gov.co	
9	Paola Ruge Pich	Bienestar IPS	Coord. de	320 862266	Paola.ruge@bienestar.gov.co	
10	Laura Alejandra Angeli	Bienestar IPS	Analista	319 379834	Laura.angeli@bienestar.gov.co	
11	Yeny Katherine Padilla	Bienestar IPS	Coord. de	312 851972	Yeny.katherine@bienestar.gov.co	
12	Yeny Katherine Padilla	Bienestar IPS	Coord. de	312 851972	Yeny.katherine@bienestar.gov.co	
13	Carolina Molina	Bienestar IPS	Coord. de	310 772210	carolinamolina@bienestar.gov.co	
14	Yenny Maldonado	Bienestar IPS	Analista	312 483587	Yenny.maldonado@bienestar.gov.co	
15	Bandon Garcia B	Bienestar IPS	Prof. de	312 27032	bandon.garcia@bienestar.gov.co	
16	Laura Daniela Bodoia	Bienestar IPS	Coord. de	310 820124	Laura.bodoia@bienestar.gov.co	
17	Ruth Castellanos	Bienestar IPS	Asesoría	316 479318	ruth.castellanos@bienestar.gov.co	

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

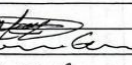
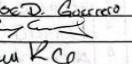
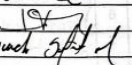
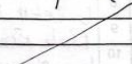
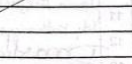
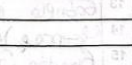
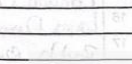
Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

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

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

Tema: Asistencia Técnica en Campo Fecha: 19-Junio-2026

Hora Inicio: 8:30 Hora Fin: 16:30 Lugar: Bienestar IPS

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yanihuana Padilla R	Bienestar IPS	Aux. laborator	3145468129	yanipadilla@bienestar.gov.co	
2	Maía Carolina García	Bienestar IPS	Aux. laborator	319203306	maicariagarcia@bienestar.gov.co	
3	José Daniel Guerrero	Bienestar IPS	Aux. laborator	314646002	Josedanielguerrero@gmail.com	
4	Fanny Fajardo S	Bienestar IPS	Aux. laborator	31203306	Fanny.fajardo@bienestar.gov.co	
5	Ana Karina Concha	Bienestar IPS	Enfermera	32232309	Ana.Concha@bienestar.gov.co	
6	Yeny Katherine Padilla	SDS-SCSS	Prof. Esq. de	312 851972	Yeny.katherine@saludcapital.gov.co	
7	Alfonso Solís	Bienestar IPS	Coord. de	314 579570	alfonso.solis@bienestar.gov.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

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