

**VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS  
ESTANDARES DE HABILITACIÓN ESTABLECIDOS POR LEY, Y  
CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE CIERRE DE BRECHA PARA LA UNIDAD  
FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE “UFO”**

**CLAUDIA NORELLY GOMEZ CAICEDO  
BEATRIZ EUGENIA JAEN LOPEZ  
ZULMA PATRICIA TORRES BERMUDEZ**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADOS  
AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD, ENFASIS EN  
EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2011**

**VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS  
ESTANDARES DE HABILITACIÓN ESTABLECIDOS POR LEY, Y  
CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE CIERRE DE BRECHA PARA LA UNIDAD  
FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE “UFO”**

**Informe final de investigación presentado como requisito parcial para optar  
el titulo de especialista en auditoria y garantía de calidad en salud, énfasis  
en epidemiología**

**OMAR ARTURO SOLANO LOPEZ**

**Enf. Esp. Gerencia en servicios de salud**

**Esp. Gerencia de la calidad y Auditoria en salud**

**Esp. Auditoria y Garantía de calidad en salud, énfasis en epidemiología**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADOS  
AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD, ENFASIS EN  
EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por habernos guiado y acompañado todos los días, a cada uno de los que son parte de nuestra familia por habernos ayudado y dado su fuerza y apoyo incondicional que nos han llevado hasta donde estamos

***Claudia Norelly Gómez Caicedo***

***Beatriz Eugenia Jaén López***

***Zulma Patricia Torres Bermúdez***

## TABLA DE CONTENIDO

|   | Pag       |
|---|-----------|
| <b>RESUMEN.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCCION.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1. JUSTIFICACION.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>3. OBJETIVOS.....</b>  | <b>11</b> |
| 3.1. GENERAL .....  | 11        |
| 3.2. ESPECÍFICOS.....   | 11        |
| <b>4. MARCO TEORICO .....</b>   | <b>12</b> |
| 4.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.....   | 12        |
| 4.2. ANTECEDENTES EN COLOMBIA.....  | 13        |
| 4.3. MECANISMOS PARA HABILITACION .....   | 34        |
| 4.4. PASOS EN EL PROCESO DE HABILITACIÓN .....  | 38        |
| <b>5. DISEÑO METODOLOGICO.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>6. RESULTADOS .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>8. ANEXOS.....</b>   | <b>46</b> |
| 8.1 MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN<br>CONDICIONES DE HABILITACIÓN TECNICO CIENTIFICAS ..... | 46        |
| 8.2 PLAN DE CIERRE DE BRECHA .....  | 90        |
| 8.3. CONSTANCIA GERENCIA .....  | 103       |

## LISTA DE ANEXOS

Pag

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANEXO 1. MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN<br/>CONDICIONES DE HABILITACIÓN TECNICO CIENTIFICAS.....</b> | <b>46</b>  |
| <b>ANEXO 2. PLAN DE CIERRE DE BRECHA .....</b>  | <b>90</b>  |
| <b>ANEXO 3. CONSTANCIA GERENCIA.....</b>  | <b>103</b> |

## **RESUMEN**

La IPS Unidad Fisioterapéutica de occidente "UFO", está desarrollando actividades para mantener los estándares de habilitación que han sido determinados por el Ministerio de la Protección Social mediante la ley 1011 del 3 de abril de 2006, de acuerdo al sistema obligatorio de garantía y calidad en el sistema general de seguridad social en la salud, se comenzó realizando una evaluación integral de los diferentes servicios que presta la institución para identificar las carencias que presentan cada uno de ellos mediante la aplicación del instrumento de evaluación que se encuentra en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, luego se dejará un plan de cierre de brecha para mejora de la institución.

## INTRODUCCION

Este trabajo de investigación se basa en la realización de la verificación del proceso de autoevaluación de los estándares de habilitación establecidos por ley, y construcción de un plan de cierre de brecha en LA UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE “UFO” de la ciudad de Popayán, que es una Institución prestadora de servicios de salud y que actualmente no cuenta con la certificación de habilitación, y reconoce la importancia y necesidad de cumplir con la normatividad vigente expedida por Ministerio de la Protección Social como el Decreto 1011 del 2006 que ha establecido los requisitos para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad y la resolución 1043 de 2006 y así prestar la mejor atención a los usuarios

Se iniciará con un análisis de la normatividad que enmarca este proceso, para luego colaborar en el proceso de aplicación de estándares de calidad del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, y así llegar a cumplir con todos los requisitos para ser habilitada por parte de los entes territoriales correspondientes.

Con el producto de esta autoevaluación se pretende plantear un plan de cierre de brecha para la institución.

## **1. JUSTIFICACION**

El Sistema Único de Habilitación determina una serie de obligaciones y competencias que deben ser desarrolladas tanto por las instituciones que ofrecen algún servicio de salud como por los organismos de vigilancia, inspección y control.

Las instituciones que brindan servicios de salud deben realizar procesos de autoevaluación, para lo cual deben tener un amplio conocimiento respecto al contenido y forma de verificación de los criterios y estándares de habilitación, con el objeto de evitar la suspensión de sus servicios o el cierre de las instituciones.

Con base en lo anterior hemos decidido desarrollar el proceso de verificación de los estándares de habilitación y la construcción de un plan de cierre de brecha en la UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA – UFO LTDA.

Conocedoras de la importancia de los procesos de autoevaluación dentro del proceso de habilitación para entidades prestadoras de servicios de salud, se decide aplicar la normatividad vigente en la evaluación de los estándares para dar a las directivas de UFO LTDA un panorama actualizado de su situación frente a estándares de habilitación y construir un plan de cierre de brecha indispensable dentro del proceso de habilitación.

El proyecto está planteado para desarrollarse en su fase teórica en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2010, y se realizara la fase aplicativa en UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA, en los meses de enero, febrero, marzo y abril del año 2011; dando como resultado final el informe de



evaluación de todos los servicios y el Plan de cierre de brecha de UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA, presentado a las directivas de la entidad.

## **2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA**

Al realizar una evaluación inicial de estándares de habilitación de los servicios prestados por la empresa UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA se evidencia incumplimiento parcial de algunas las condiciones mínimas requeridas para el funcionamiento de las entidades de salud las cuales no generan riesgo en la prestación del servicio y un plan de mejoramiento continuo de la calidad PAMEC construido sobre estándares de habilitación, el cual debió ser elaborado con base en los estándares de acreditación según lo estipulado en la norma, por tanto encontramos el proceso de habilitación y Construcción del plan de cierre de brecha como una necesidad sentida para continuar con el funcionamiento de la empresa.

### **FORMULACION DEL PROBLEMA:**

¿Cuenta La UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA con una autoevaluación de los estándares de HABILITACIÓN y con un documento PLAN DE CIERRE DE BRECHA?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GENERAL**

Verificar los estándares de habilitación de la UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA UFO Ltda. y formular PLAN DE CIERRE DE BRECHA

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Elaborar un informe de la auditoria a los estándares de habilitación de la UFO LTDA.
- Formular un plan de cierre de brecha frente a habilitación o mejoramiento frente a estándares de habilitación
- Presenta el informe de evaluación y el plan de cierre de brecha a los directivos de la unidad.
- Ejecutar las acciones definidas en el plan de cierre de brecha en lo concerniente al estándar de recurso humano.

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.

El Sistema Único de Habilitación determina para el prestador los mecanismos para el registro, la autoevaluación de los servicios y la declaración del cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; al ente territorial de salud le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de Prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia patrimonial y financiera, de obligatorio cumplimiento, y permiten la entrada y la permanencia en el Sistema. Además debe informar a los usuarios de las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n2-ejercicioC/ejercicioC.htm>

## **4.2. ANTECEDENTES EN COLOMBIA**

El proceso de Habilitación, establecido en el decreto 2309 de 2002 por el Ministerio de Protección Social, tiene su origen en la Constitución Política Nacional que determina la responsabilidad del Estado en la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de salud así como el de la vigilancia y el control en la prestación de los servicios de salud.

En 1979 la Ley 9 ó Código Sanitario Nacional, estableció las condiciones mínimas sanitarias que debían cumplir las edificaciones donde se prestaran servicios de salud, y determinó que los mismos deberían licenciarse ante los entes territoriales. Este requisito fue derogado posteriormente por el Estatuto anti trámites determinado en el Decreto 2150 de 1995.

La ley 10 de enero de 1990 reorganizó el sistema nacional de salud resaltándose el hecho de haber ordenado la descentralización de la administración de los servicios de salud, responsabilizando a los municipios de la dirección y prestación de los servicios del primer nivel, ordenó la creación de un organismo de Dirección del Sistema local de Salud y refinanció ampliamente el sector. En esta ley se declararon los servicios de salud como públicos, de obligatoria prestación por parte del estado e intervenida por este en los controles técnicos, sus tarifas cuando se pagan con dineros públicos y en el control de los factores que entrañan riesgos para la salud la atención inicial de urgencias se estableció como obligatoria para todas las clínicas y hospitales públicos o privados independientemente de la situación económica del usuario, se definió además la gratuidad de la atención básica.

La constitución política de Colombia de 1991 establece en sus artículos 48, 49 y 311 que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, se garantiza a todos los colombianos el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, se establece que los servicios deben organizarse en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, la atención básica será gratuita y obligatoria, la seguridad social es un derecho irrenunciable que debe ser prestada por el estado, el municipio deberá suministrar los servicios de salud, construir obras, ordenar el desarrollo y promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de la población.

Con la ley 100 de 1993 se declara la calidad de la atención como un principio básico en el nuevo sistema general de seguridad social en salud con el que se empezó a manejar el esquema de aseguramiento, en aquel momento se pensó que este nuevo sistema daría respuesta a los grandes problemas del sector salud y garantizaría el acceso y la provisión eficiente de dichos servicios , para lo cual separaron las funciones administrativas y las asistenciales, además este nuevo sistema optó por confiar la venta de los servicios a la dinámica propia del mercado

En el año 1994 con la resolución 5261 se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el SGSSS y las siguientes definiciones para determinar la calidad de la prestación de los servicios.

- a) Calidad de la atención: conjunto de características técnico científicas materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se brinde a los beneficiarios; sus características son: oportunidad, continuidad, agilidad, accesibilidad, suficiencia, seguridad, integridad, integralidad, racionalidad, lógica-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

- b) Evaluación de la calidad de la atención: Es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención <sup>2</sup>

La ley número 1678 de la persona con discapacidad del 15 de diciembre de 1995 regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, para todos los habitantes en el territorio de la república de Colombia.

En 1996 se define el Sistema de Garantía de Calidad con la expedición del Decreto 2174. Establece los requisitos esenciales que se deben cumplir en cada uno de los servicios de salud ofertados por los prestadores, así como el de la obligatoriedad de la inscripción ante el ente territorial correspondiente mediante la Declaración de Requisitos Esenciales y la inclusión de los mismos en una base de datos de prestadores de servicios de salud. Posteriormente la resolución 4252 del mismo año determina las normas técnicas, científicas y administrativas para la prestación de los servicios, y establece las condiciones mínimas de recurso humano, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico administrativos, sistemas de información, transporte y auditoría de los servicios, que debe desarrollar cada una de las instituciones de acuerdo con su nivel de complejidad. De esta manera se garantiza la calidad en la atención y la seguridad del usuario al asistir a un servicio de salud. Algo importante que resaltaba este Decreto era la formación de una cultura de la calidad. Finalizando este año, el decreto 2423 del 31 de diciembre, determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

En el 2002 la Ley 715 ordena la creación del sistema de Garantía de la Calidad que se reglamenta posteriormente con el decreto 2309. Este deroga la normatividad anterior y define a los prestadores de servicios de salud como IPS, Profesionales Independientes y empresas para el Traslado de Pacientes, además

---

<sup>2</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 5261 de 1994

incorpora el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento, el sistema de información para los usuarios y el sistema único de Acreditación.

En este mismo año, la Resolución 1439 establece los requisitos que deben cumplirse para cada uno de los servicios de acuerdo con cada uno de los estándares definidos y la resolución 1474 define las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación

Las características del SGSS son sus principios y la integración funcional de actores, como principio la norma define los siguientes: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación social.

Uno de los objetivos del SGSSS de Colombia, es crear condiciones para que toda la población pueda acceder a los servicios de salud, en todos los niveles de atención, en este marco el sistema dio el nombre de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S), a todas las entidades que prestan servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios, bien sean oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias.

En el año 2006 nace la normatividad que nos involucra directamente con la habilitación como son:

**a) DECRETO 1011 DE 2006** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>3</sup>

## **DISPOSICIONES GENERALES**

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006



**ARTÍCULO 1.- CAMPO DE APLICACIÓN.** Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

**PARÁGRAFO 1.-** Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

**ARTÍCULO 2.- DEFINICIONES.** Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

**ATENCIÓN DE SALUD.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

**EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB-** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen

Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

**PROFESIONAL INDEPENDIENTE.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SOGCS-.** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD.** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema

Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

**ARTÍCULO 3. CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia

científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**ARTÍCULO 4o.- COMPONENTES DEL SOGCS.** Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

**ARTÍCULO 5o.- ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS.**

1. Ministerio de la Protección Social.
2. Superintendencia Nacional de Salud.
3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

**ARTÍCULO 6o.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

**ARTÍCULO 7°.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

**ARTÍCULO 8o.- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.** Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

**ARTÍCULO 9o.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA.** Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

**ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.** De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el

cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

**ARTÍCULO 19°.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

**ARTÍCULO 20°.- EQUIPOS DE VERIFICACIÓN.** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

**ARTÍCULO 21°.- PLAN DE VISITAS.** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

**PARÁGRAFO.-** Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.



Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

**ARTÍCULO 22°.- PLANES DE CUMPLIMIENTO.** Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

**ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.** La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

**PARÁGRAFO:** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

**ARTÍCULO 24°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN.** La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

**ARTÍCULO 25°.- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS.** Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los

servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

**ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR.** Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

#### **TÍTULO IV**

#### **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

**ARTÍCULO 32°.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. **Auditoria Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

3. **Auditoria Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

**ARTÍCULO 34°.- TIPOS DE ACCIONES.** El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

**ARTÍCULO 37°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD ARTÍCULO 45°.-** El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

**ARTÍCULO 46°.- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.**

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

**3. Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

#### **ARTÍCULO 47°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.-**

Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada”<sup>4</sup>

**b) RESOLUCIÓN 1043 DE 2006**, por el cual se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.<sup>5</sup>

**ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.**

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

**a) De capacidad tecnológica y científica:**

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006

<sup>5</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006

Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

**b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

**c) De capacidad técnico-administrativa:**

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

**ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.



b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.<sup>6</sup>

c) Anexo 1 de la resolución 1043 de 2006 manual de estándares de habilitación.

d) Anexo 2 de la resolución 1043 de 2006 manual único de procedimientos de habilitación.

En el año 2007 se crearon:

a) la Resolución 3763 que modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y 1445 de 2006 y la resolución 2680 de 2007.

Anexo 1 de la resolución 3763 de 2007, el cual modifica parcialmente el anexo 1 de la resolución 1043 de 2006.

Anexo 1 de la resolución 3763 de 2007, el cual modifica parcialmente el anexo 1 de la resolución 2680 de 2007 y anexo 1 y 2 de la resolución 1445 de 2006.

---

<sup>6</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006

b) Resolución 2680 de 2007 por medio de la cual se modifica la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Anexo 1 de la resolución 2680 de 2007 modifica parcialmente los estándares 1 recurso humano, 2 instalaciones físicas, 3 dotación y mantenimiento, procesos asistenciales prioritarios, 7 interdependencia de servicios del anexo de la resolución 1043 de 2006.

Anexo 2 de la resolución 2680 de 2007 modificación de los numerales 5 y 6 del anexo 1 de la resolución 1043 de 2006.

#### **4.3. MECANISMOS PARA HABILITACION**

El Sistema Único de Habilitación determina para el prestador los mecanismos para el registro, la autoevaluación de los servicios y la declaración del cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; al ente territorial de salud le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de Prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia patrimonial y financiera, de obligatorio cumplimiento, y permiten la entrada y la permanencia en el Sistema. Además debe informar a los usuarios de las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.

El sistema de garantía de calidad incluyó también a las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las entidades adaptadas y las entidades de medicina prepagada, como responsables en la verificación del cumplimiento de estas condiciones en los prestadores que

conformen su red de servicios y de abstenerse de contratar con los que no cumplan las condiciones de habilitación.

**La auditoría para el mejoramiento** pretende en el prestador la evaluación y el mejoramiento de los procesos, mediante la autorregulación.

**El sistema de información** a los usuarios genera información sobre la calidad de los servicios prestados.

**El sistema de acreditación** pretende fomentar la competencia en igualdad de condiciones entre los actores del sistema.<sup>7</sup>

## **CONDICIONES Y ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN:**

Existen 3 condiciones y estándares para la habilitación.

**1. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera:** son requisitos básicos del patrimonio y del pasivo aplicables únicamente a las IPS.

- Patrimonio neto igual o inferior al 50% del capital social, capital fiscal o aportes sociales.
- En caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles por más de 360 días, el valor acumulado no debe superar el 50% del pasivo corriente.
- En caso de incumplimiento de obligaciones laborales por más de 360 días, el valor acumulado no debe superar el 50% del pasivo corriente.

**2. Condiciones técnico administrativas:** aplica solamente para IPS y se refieren a la existencia jurídica de la institución y a un sistema contable que le permita

---

<sup>7</sup> <http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n2-ejercicioC/ejercicioC.htm>

generar estados financieros. Para esto se verifica que la institución cuente con una razón social y que exista un documento de creación que en las entidades privadas es el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio. Para entidades públicas, fundaciones o instituciones sin ánimo de lucro mediante el acto administrativo expedido por autoridad competente.

El sistema contable verificará la existencia de registros contables aplicables a la naturaleza jurídica de cada institución.

**3. Condiciones tecnológicas y científicas:** Son las condiciones esenciales para el funcionamiento de un servicio de salud. Pretenden minimizar los riesgos inherentes en la prestación con el cumplimiento de estándares establecidos.

### **Estándares y su aplicación en los servicios**

Son las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios. Incluyen las siguientes características:

**1. Recursos humanos:** son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia que tiene el mismo para la atención. Se exige el título del profesional y su inscripción ante el ente territorial de salud correspondiente. Cuando se oferte una especialización debe demostrarse el título de la especialidad. Para estudios realizados en el exterior debe demostrarse la homologación ante el ICFES.

**2. Infraestructura física e instalaciones:** determina las características de las áreas y el mantenimiento que se realiza en las mismas para la prestación de los servicios.

**3. Dotación:** determinado por las condiciones y la cantidad de los equipos médicos y el mantenimiento que se da a los mismos. Se verifican las hojas de vida

de los equipos que requieren un mantenimiento permanente, se verifica el instrumental utilizado para cada especialidad.

**4. Insumos y su gestión:** Son los procesos que garantizan un adecuado almacenamiento y uso de los insumos médicos. Se verifica la existencia de registros sanitarios del Invima para cada uno de los insumos, así como los procesos para la verificación de las fechas de vencimiento. Todos los insumos deben tener registro sanitario.

**5. Procesos prioritarios asistenciales:** son procesos para la atención de usuarios que minimizan la presencia de riesgos. Se verifica la existencia documentada de Guías Clínicas de atención para las principales patologías y Manuales de Procedimientos. No se aplica en profesionales independientes y solamente aplicarían las guías de atención para IPS.

**6. Historia clínica y registros clínicos:** son los procesos que garantizan el archivo, custodia y diligenciamiento de las historias clínicas para cada uno de los pacientes, así como los procesos documentados que garanticen la reserva en la información de la misma. Igualmente deben registrar cada una de las atenciones mediante el sistema RIPS.

**7. Interdependencia de servicios:** es la existencia y disponibilidad de servicios que son necesarios para el funcionamiento de otros servicios

**8. Referencia de pacientes:** determina los procesos documentados que existen para la remisión de pacientes entre instituciones.

**9. Seguimiento a riesgos:** es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos inherentes en la prestación de los servicios definidos como prioritarios.<sup>8</sup>

#### **4.4. PASOS EN EL PROCESO DE HABILITACIÓN**

La norma obliga a todos los prestadores, incorporarse al sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Estableció para el proceso de habilitación un plazo para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de cada ente territorial.

Si es un prestador nuevo se sugieren los siguientes pasos para tener en cuenta antes de la inscripción:

1. Conocer la normatividad vigente en el sistema de Garantía de calidad y otras normas complementarias.
2. Identificar los servicios que están o se van a ofertar y verificar su cumplimiento.
3. Determinar el grado de cumplimiento frente a los requisitos establecidos en la norma; si existe incumplimiento realizar los ajustes necesarios y si no existe viabilidad en el cumplimiento determinar la no prestación de los servicios.
4. Diligenciar los formularios de inscripción de acuerdo al tipo de prestador (UIPS, profesional independiente o entidad de traslado de pacientes) para esto puede consultar la página web del Ministerio de Protección Social ([www.minproteccion-social.gov.co](http://www.minproteccion-social.gov.co)).

---

<sup>8</sup> <http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n2-ejercicioC/ejercicioC.htm>

5. Registrar el formulario ante el ente territorial de salud con sus respectivos soportes, a partir de este momento el prestador queda habilitado para la prestación de los servicios declarados.

6. En caso de novedades como cambio de dirección de la institución, cambio de representante legal, adición o restricción de servicios, se debe diligenciar un nuevo formulario para novedades y se debe dar una explicación de las mismas.

De acuerdo con la priorización realizada por el ente territorial de salud, el prestador es visitado posteriormente para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada uno de los servicios. Si en la visita se determina el cumplimiento de los requisitos para los servicios declarados, el ente territorial certifica al prestador.

En caso de incumplimiento de las condiciones o los requisitos, el ente territorial podrá iniciar una investigación administrativa que puede concluir en una sanción para el prestador, la cual irá desde una amonestación hasta el cierre de la institución.

Si durante la visita se determina que existe un riesgo inminente que puede afectar la salud o la seguridad de un usuario, se podrán aplicar medidas de seguridad que son de carácter inmediato, preventivo y transitorio hasta que se determine que desaparecieron las causas.

Una vez efectuada la visita de verificación de las condiciones de habilitación al prestador de servicios de salud, si el resultado es el cumplimiento de la totalidad de los requisitos exigidos que le apliquen (condiciones tecnológicas y científicas, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones técnico – administrativas), la Secretaría Distrital de Salud expide la “certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación” al prestador. Es importante que el

prestador de servicios de salud reclame esta certificación ante el Ente Territorial y junto con el distintivo la fije en un lugar visible al público conforme lo establece el Decreto 1011 de 2006.

#### 7. Entrega de distintivo de habilitación



## 5. DISEÑO METODOLOGICO

Es un estudio de tipo descriptivo prospectivo. Se utilizaran como métodos la aplicación de los estándares de habilitación del anexo 1 de la resolución 1043, del Decreto 1011 de 2006 y como instrumentos las listas de chequeo construidas con base en la normatividad vigente.

- Se llevó a cabo en la Unidad Fisioterapéutica de Occidente (Popayán Cauca).
- Se revisaron las normas vigentes.
- Se diseñó el instrumento de verificación, basado en los anexos técnicos de las resoluciones 1043.
- Se realizaron visitas a la Institución para obtener la información mediante la, revisión de documentos, entrevistas a la gerente y a los funcionarios.
- Se analizó la información recolectada en los instrumentos de verificación obteniendo datos claros acerca de los requisitos de habilitación.(Se basa en determinar los estándares incumplidos o parcialmente cumplidos los cuales serán incluidos en el plan para el cierre de brecha de habilitación)  
Anexo 1
- Se formuló el plan de cierre de brecha, con base en el análisis anteriormente descrito. Anexo 2
- Se socializaron los resultados del trabajo a la gerente, subgerente y empleados de la Institución.

## 6. RESULTADOS

- Informe de auditoría de la evaluación de estándares de habilitación de la UFO. Se Anexa Autoevaluación Ver anexo 1

Se evaluaron un total de sesenta y seis (66) ítems distribuidos en tres grandes categorías así: condiciones técnico científicas sesenta (60), condiciones de suficiencia patrimonial y financiera cuatro (4) ítems, condiciones de capacidad técnico administrativa dos (2).

La evaluación se resume de la siguiente manera:

| <b>EVALUACION DE CONDICIONES TECNICO CIENTIFICAS</b> |                              |                       |                           |
|--|------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Sub categoría</b>                                 | <b>Total ítems evaluados</b> | <b>Ítem cumplidos</b> | <b>Ítems no cumplidos</b> |
| 1.Recurso humano                                     | Doce (12)                    | Nueve (9)             | Tres (3)                  |
| 2.Instalaciones físicas                              | Diez (10)                    | Cinco (5)             | Cinco (5)                 |
| 3. Dotación y mantenimiento                          | Cinco (5)                    | Tres (3)              | Dos (2)                   |
| 4.Medicamentos y dispositivos médicos                | Cinco (5)                    | Cero (0)              | Cinco (5)                 |
| Procesos prioritarios asistenciales                  | Trece (13)                   | Tres (3)              | Diez (10)                 |
| Historia clínicas                                    | Seis (6)                     | Uno (1)               | Cinco (5)                 |
| Interdependencia de servicios.                       | Dos (2)                      | Cero (0)              | Dos (2)                   |

|   |            |            |          |
|---|------------|------------|----------|
| Referencia y contrarreferencia de pacientes.                                  | Uno (1)    | Cero (0)   | Uno (1)  |
| Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.                          | Seis (6)   | Cero (0)   | Seis (6) |
| <b>EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.</b> |            |            |          |
| Evaluación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.        | Cuatro (4) | Cuatro (4) | Cero (0) |
| <b>EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA.</b>     |            |            |          |
| Evaluación de las condiciones de capacidad técnico-administrativa.            | Dos (2)    | Dos (2)    | Cero (0) |

- Plan de cierre de brecha para habilitación y su metodología de seguimiento  
Ver anexo 2
- Cumplimiento de las acciones definidas para el cierre de brecha de los estándares de recurso humano de la UFO certificado por el representante legal de la IPS. Anexo 3.

## 7. BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 del 10 de Enero de 1990.  
Reorganización del Sistema Nacional de Salud

COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 100 del 24 de Diciembre de 1993.  
Sistema de Seguridad Social integral.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001.  
Organizar la prestación de los servicios de educación y salud

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1122 del 9 de Enero de 2007.  
Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE. Resolución 1164 del 6 de Septiembre de  
2002. Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos  
hospitalarios y similares.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 1043 del  
3 de Abril de 2006. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios  
de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría  
para el mejoramiento de la calidad de la atención

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA Resolución 1445 del  
8 de Mayo de 2006. Funciones de la Entidad Acreditadora

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 1446 de 8 de Mayo de 2006. Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 2680 del 3 de Agosto de 2007: modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA Resolución 3763 de 2007: modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Decreto 1011 de Abril de 2011: establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, MINISTERIO DE LA SALUD DE COLOMBIA. Decreto 2676 de 22 DE DICIEMBRE DE 2000: reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002. Define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, MINISTERIO DE LA SALUD DE COLOMBIA. Decreto 1669: modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000.

## 8. ANEXOS

### 8.1 MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE HABILITACIÓN TECNICO CIENTIFICAS

| 1. RECURSO HUMANO  |                     |  |   |    |    |   |
|--|---------------------|--|---|----|----|---|
| <b>Estándar:</b> El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio. |                     |  |   |    |    |   |
| COD  | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
| 1.1  | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.</p> <p>Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.</p> | X |    |    | <p>Todo el personal asistencial especialista, profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud cuentan con título expedido por institución educativa reconocida por el estado.</p> <p>Dos auxiliares de enfermería y el médico especialista de fisiatría al momento de la visita de verificación no cuentan con el soporte de inscripción en el departamento del cauca.</p> <p>Las hojas de vida no cuentan con afiliación a SGSSS ni ARP. No se cuenta con las copias de los certificados de las actualizaciones de último año</p> <p>La vinculación del personal asistencial se realiza mediante contrato de prestación de servicios independientes con una duración de tres (03) meses para los auxiliares de</p> |

**1. RECURSO HUMANO**

**Estándar:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

| <b>COD</b> | <b>SERVICIO</b>     | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>   |
|------------|---------------------|--|----------|-----------|-----------|--|
|            |                     |  |          |           |           | enfermería y seis (06) para los profesionales y especialistas. Al momento de la visita todo el personal tiene contrato vencido con la IPS.   |
| <b>1.2</b> | TODOS LOS SERVICIOS | El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.  |          | <b>X</b>  |           | El proceso de selección de personal está documentado con el código GHPS PO1 versión 002, del 16 de noviembre de 2009, el documento debe incluir la verificación del título de grado y requisitos legales para ejercer como profesional o como auxiliar en el territorio nacional previo a la vinculación.<br><br>No se encuentran las actas de verificación de los títulos de grado, ni los certificados de aptitud ocupacional. |
| <b>1.3</b> | TODOS LOS SERVICIOS | Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso | <b>X</b> |           |           | El número de profesionales y auxiliares necesarios para la prestación del servicio se realiza mediante el cálculo de personal teniendo en cuenta las estadísticas y demanda del año anterior 2010.<br><br>No se encuentra la tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios.   |

**1. RECURSO HUMANO**

**Estándar:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

| <b>COD</b> | <b>SERVICIO</b>            | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>  |
|------------|----------------------------|--|----------|-----------|-----------|---|
|            |                            | humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.  |          |           |           |   |
| <b>1.4</b> | <b>TODOS LOS SERVICIOS</b> | El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.                    |          | <b>X</b>  |           | No se encuentra la tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios.<br><br>No existe una relación actualizada del personal que labora en la entidad. |
| <b>1.8</b> | <b>TODOS LOS SERVICIOS</b> | Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas. |          | <b>X</b>  |           | El archivo de hojas de vida se encuentra centralizado pero no existe un procedimiento de custodia efectivo y documentado.   |



### 1. RECURSO HUMANO

**Estándar:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

| COD  | SERVICIO                              | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|------|---------------------------------------|---|---|----|----|---------------|
| 1.78 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN      | Médico especialista en medicina física y rehabilitación   | X |    |    |               |
| 1.79 | FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA DEL LENGUAJE | Fonoaudióloga o terapeuta del lenguaje.   | X |    |    |               |
| 1.80 | TERAPIA OCUPACIONAL                   | Terapeuta ocupacional.  | X |    |    |               |
| 1.81 | TERAPIA FÍSICA                        | Fisioterapeuta.   | X |    |    |               |
| 1.82 | TERAPIA RESPIRATORIA                  | Fisioterapeuta o terapeuta respiratoria.<br><br>En el servicio de urgencia de baja complejidad las nebulizaciones podrán ser realizadas por auxiliar en enfermería. En servicio de mediana y alta complejidad por enfermera jefe.<br><br>En hospitalización de mediana y alta complejidad solo podrá ser prestado | X |    |    |               |

**1. RECURSO HUMANO**

**Estándar:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

| <b>COD</b>   | <b>SERVICIO</b>              | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>  |
|--------------|------------------------------|--|----------|-----------|-----------|---|
|              |                              | por terapeuta Respiratoria.  |          |           |           |   |
| <b>1.100</b> | ATENCIÓN DOMICILIARIA        | Médico u otros profesionales de salud en las disciplinas ofrecidas. En este último caso, debe mediar remisión por el médico  | <b>X</b> |           |           |   |
| <b>1.101</b> | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | <p>Deberá contar con el recurso humano exigido para hospitalización de baja complejidad.</p> <p>Debe haber un médico o una enfermera encargados de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria.</p> <p>La coordinación y la responsabilidad de los pacientes está a cargo de:</p> <p>Médico General</p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliares de Enfermería</p> | <b>X</b> |           |           | La coordinación y supervisión del programa es realizado por una fisioterapeuta. |

**1. RECURSO HUMANO**

**Estándar:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

| <b>COD</b> | <b>SERVICIO</b> | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
|------------|-----------------|--|----------|-----------|-----------|----------------------|
|            |                 | Si ofrece servicios de fonoaudiología, Terapia ocupacional, Terapia del lenguaje, Terapia Respiratoria deberá contar con fonoaudióloga, Terapeutacional, terapeuta del lenguaje y terapeuta respiratoria, según corresponda. En todo caso la responsabilidad del cuidado de cada paciente debe estar en un médico tratante |          |           |           |                      |

## 2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|--|---|----|----|--|
| 2.2 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.<br>La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales. |   | X  |    | Se encuentra documentado el plan de gestión integral de residuos, pero la Unidad intermedia de almacenamiento de desechos, no cuenta con acceso restringido, no está señalizado, no cuenta con techo propio de los desechos, las paredes no son de fácil limpieza ni lavables y no cuenta con barreras para vectores y roedores. |
| 2.3 | TODOS LOS SERVICIOS | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.   | X |    |    |  |

## 2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|---------------------|--|---|----|----|---|
| 2.4 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.</p> <p>En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.</p> |   | X  |    | <p>En el área de terapia respiratoria no se cuenta con pisos uniformes, las paredes se encuentran enchapadas en baldosas, no uniformes, muros incompletos, no fácil limpieza, puerta en madera. Faltan los agujeros en las ventanas de los consultorios para drenaje del agua<br/>Se debe recubrir en formica los cajones de los servicios para hacerlos lavables.<br/>En cuanto a las instalaciones físicas la IPS los pisos no tienen continuidad, para el servicio de fisioterapia cuenta con un consultorio amplio pero sus paredes y techos no son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales de humedad, ni son de fácil limpieza, su terminado contiene sustancias toxicas, además en este consultorio se realiza el procedimiento de bloqueo por lo cual debe contar con guarda escobas en media caña. Además no existe un área específica para procedimientos ya que estos son realizados en el consultorio.</p> |

## 2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|---------------------|---|---|----|----|---|
| 2.7 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. |   | X  |    | <p>Se encuentra un manual de bioseguridad no actualizado, la ruta de evacuación de residuos sólidos no se encuentra separada por tipo de desecho.</p> <p>Los desechos biorgánicos y reciclaje no están protegidos por roedores.</p> <p>Los consultorios de terapias no cuentan con los tres botes establecidos.</p> <p>No hay horario establecido para la ruta de evacuación de desechos, no se especifica cómo se hará la recolección de los desechos en los domicilios de los usuarios.</p> <p>Color de botes de basura no coincide con color de bolsa.</p> <p>No se cuenta con un proceso ni el diligenciamiento del registro de manejo de residuos, no se está teniendo en cuenta el protocolo que define los colores, su marcación de acuerdo a la clasificación y la disposición de residuos ya que se encontró una mala disposición de desechos.</p> |

| <b>2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>   |                     |  |          |           |           |   |
|---|---------------------|--|----------|-----------|-----------|---|
| Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos. |                     |  |          |           |           |   |
| <b>COD</b>  | <b>SERVICIO</b>     | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>  |
| <b>2.8</b>  | TODOS LOS SERVICIOS | La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.  | <b>X</b> |           |           | En el área de lavado de equipos de terapia respiratoria no se cuenta con espacios divididos en el cuarto de trabajo sucio, limpio y secado. |
| <b>2.9</b>  | TODOS LOS SERVICIOS | Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación. | <b>X</b> |           |           |   |
| <b>2.10</b>   | TODOS LOS SERVICIOS | La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.  |          | <b>X</b>  |           | No se encuentra tabla de detalle por servicios.   |

| <b>2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>   |                              |   |          |           |           |  |
|---|------------------------------|---|----------|-----------|-----------|--|
| Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos. |                              |   |          |           |           |  |
| <b>COD</b>  | <b>SERVICIO</b>              | <b>CRITERIO</b>   | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>   |
| 2.11  | TODOS LOS SERVICIOS          | Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.  |          | X         |           | Ocasionalmente el fisiatra realiza procedimientos dentro del área del consultorio sin que exista una zona específica para tal fin. |
| 2.12  | TODOS LOS SERVICIOS          | Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores. | X        |           |           |  |
| 2.46  | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | La vivienda deberá estar ubicada en perímetro urbano. La familia dispone de los elementos básicos para la higiene y alimentación del paciente.  | X        |           |           |  |



**2. INSTALACIONES FÍSICAS**

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

| <b>COD</b> | <b>SERVICIO</b> | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
|------------|-----------------|--|----------|-----------|-----------|----------------------|
|            |                 | El domicilio del paciente cuenta con una línea telefónica que permita la fácil comunicación de la familia y el paciente con el personal del programa.<br>Nivel socioeconómico mínimo (agua corriente, luz eléctrica, higiene, nevera,...).<br>Dispone de un familiar o acompañante permanente que actúe como cuidador. |          |           |           |                      |

### 3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|---------------------|---|---|----|----|---|
| 3.1 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.</p> <p>Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.</p>   | X |    |    |   |
| 3.2 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.</p> <p>El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado</p> |   | X  |    | <p>En el momento de la evaluación no se encuentra actualizado el inventario de los equipos biomédicos.</p> <p>Se encuentra el programa de mantenimiento del año 2010 ejecutado parcialmente, no se encuentra programa de mantenimiento del año 2011. No todos los equipos cuentan con hoja de vida.</p> |

| 3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO  |   |  |   |    |    |                                  |
|--|---|--|---|----|----|----------------------------------|
| Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador |   |  |   |    |    |                                  |
| COD  | SERVICIO  | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES                    |
|  |   | específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.   |   |    |    |                                  |
| 3.3  | TODOS LOS SERVICIOS   | Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución. |   | X  |    | No existe equipo de reanimación. |
| 3.43   | SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA | De acuerdo con la disciplina profesional ofrecida: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maletín para uso Médico: Fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro (cuando este indicado), glucómetro, martillo, termómetro, metro.</li> <li>✓ Maletín Enfermería: elementos medico-quirúrgicos.</li> <li>✓ Maletín con elementos de Curaciones</li> </ul>   | X |    |    |                                  |

### 3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

| COD         | SERVICIO                     | CRITERIO   | C        | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-------------|------------------------------|--|----------|----|----|---------------|
|             |                              | o de primeros auxilios<br>✓ Maletín con Medicamentos de acuerdo a inventario establecido para uso en la atención domiciliaria o prehospitolaria.   |          |    |    |               |
| <b>3.44</b> | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | ✓ Maletín Médico: Fonendoscopio, tensiometro, equipo de órganos, pulsoxímetro (cuando este indicado), glucómetro, martillo, termómetro, metro.<br>✓ Maletín Enfermería: elementos medico-quirúrgicos<br>✓ Maletín con elementos de Curaciones.<br>✓ Maletín con Medicamentos de acuerdo a inventario establecido para uso en la atención en casa<br>✓ Atriles.<br>✓ Bombas de Infusión para líquidos y nutrición enteral.<br>✓ Doppler fetal.<br>Otros según las especialidades ofrecidas. | <b>X</b> |    |    |               |

**4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS**

Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|---|---|----|----|--|
| 4.1 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución. |   | X  |    | No se cuenta con listado de la relación de medicamentos, dispositivos médicos, ni cuentan con procesos documentados para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos. |

| <b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>   |                     |  |          |           |           |  |
|--|---------------------|--|----------|-----------|-----------|--|
| Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios. |                     |  |          |           |           |  |
| <b>COD</b>   | <b>SERVICIO</b>     | <b>CRITERIO</b>  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>   |
| <b>4.2</b>   | TODOS LOS SERVICIOS | Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.   |          | <b>X</b>  |           | Existe documentación del programa de tecnovigilancia, pero no se encuentra socializado, ni se realiza seguimiento al manejo de medicamentos.   |
| <b>4.3</b>   | TODOS LOS SERVICIOS | Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura. |          | <b>X</b>  |           | No se cuenta con las condiciones mínimas de almacenamiento. No se encuentra registro de control de temperatura y humedad en el lugar de almacenamiento de los medicamentos. No se encuentran procedimientos para control de condiciones de almacenamiento y fechas de vencimiento. |
| <b>4.4</b>   | TODOS LOS SERVICIOS | Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la  |          | <b>X</b>  |           | Se tiene definida la política de uso y reúso institucional, sin embargo esta no cuenta con evidencia científica, además no se realiza seguimiento a los  |

#### 4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

| COD        | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC       | NA | OBSERVACIONES  |
|------------|---------------------|---|---|----------|----|--|
|            |                     | relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.   |   |          |    | equipos definidos dentro de la misma. No se encuentran socializadas ni se les realiza seguimiento.                         |
| <b>4.5</b> | TODOS LOS SERVICIOS | En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso. |   | <b>X</b> |    | Se realizan ajustes de concentración de dosis para la aplicación de medicamentos, pero no se tiene un proceso documentado. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|---------------------|---|---|----|----|---------------|
| 5.1 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.</p> <p>La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.</p> | X |    |    |               |



### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|---|---|----|----|--|
| 5.2 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.</p> <p>Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.</p> |   | X  |    | Existen guías, pero no hay un conocimiento por parte del personal, por lo tanto no hay una socialización, evaluación y adherencia a ellas. El personal realiza el manejo de acuerdo a su criterio profesional. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|---------------------|---|---|----|----|---------------|
| 5.3 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado. | X |    |    |               |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD  | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|------|---------------------|--|---|----|----|---|
| 5.4. | TODOS LOS SERVICIOS | Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social. |   | X  |    | Existe un proceso de auditoría para el mejoramiento, pero no se realiza seguimiento. El último PAMEC es del año 2010 pero no es posible verificar su ejecución y seguimiento, no existe un plan de mejoramiento para el año 2011. |
| 5.5. | TODOS LOS SERVICIOS | Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,   | X |    |    |   |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|--|---|----|----|--|
| 5.8 | TODOS LOS SERVICIOS | Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional. |   | X  |    | No se tienen documentadas las normas técnicas de protección específica y detección temprana. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|---------------------|--|---|----|----|---|
| 5.9 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. |   | X  |    | <p>Se encuentra un manual de bioseguridad no actualizado, la ruta de evacuación de residuos sólidos no se encuentra separada por tipo de desecho.</p> <p>Los desechos biorgánicos y reciclaje no están protegidos por roedores.</p> <p>Los consultorios de terapias no cuentan con los tres botes establecidos.</p> <p>No hay horario establecido para la ruta de evacuación de desechos, no se especifica cómo se hará la recolección de los desechos en los domicilios de los usuarios.</p> <p>Color de botes de basura no coincide con color de bolsa.</p> <p>No se cuenta con un proceso ni el diligenciamiento del registro de manejo de residuos, no se está teniendo en cuenta el protocolo que define los colores, su marcación de acuerdo a la clasificación y la disposición de residuos ya que se encontró una mala disposición de desechos.</p> |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD  | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|------|---------------------|---|---|----|----|---|
| 5.11 | TODOS LOS SERVICIOS | La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones. |   | X  |    | No se encuentra constituido el comité de infecciones, por tanto no existe comunicación con el personal a cargo de la limpieza y el mantenimiento. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD  | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|------|---------------------|--|---|----|----|---|
| 5.13 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con:</p> <p>Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.</p> <p>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reanimación CCP.</li> <li>✓ Control de líquidos.</li> <li>✓ Plan de cuidados de enfermería.</li> <li>✓ Administración de mctos.</li> <li>✓ Inmovilización de pacientes.</li> <li>✓ Venopunción.</li> <li>✓ Toma de muestras de laboratorio.</li> <li>✓ Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</li> </ul> |   | X  |    | Para el personal de hospitalización domiciliaria no se encuentra definido el procedimiento para la entrega de turnos. No se encuentran definidos los manuales referidos en este ítem. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD  | SERVICIO                     | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|------|------------------------------|---|---|----|----|--|
| 5.15 | TODOS LOS SERVICIOS          | Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.   |   | X  |    | No se encuentran definidos los procesos para manejo interno de desechos por servicio.  |
| 5.16 | TODOS LOS SERVICIOS          | Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales. |   | X  |    | No se encuentran definidos estos procedimientos por servicio.  |
| 5.37 | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | Deberá contar con procedimientos para el manejo de medicamentos en casa.<br><br>La institución deberá establecer los criterios de inclusión al programa o servicio.   |   | X  |    | No se encuentran documentados los procedimientos para el manejo de medicamentos en casa.<br><br>No se tienen definidos los mecanismos de coordinación y supervisión del equipo tratante.<br><br>No se tiene protocolizado el comité científico |



### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|----------|--|---|----|----|---|
|     |          | <p>Protocolos de manejo de paciente en casa.</p> <p>Plan de atención individual, manejo del paciente: admisión, atención y egreso. Criterios de inclusión, que definan la periodicidad de valoración.</p> <p>Guía de referencia y contrarreferencia garantizando medios de transporte.</p> <p>Mecanismos de coordinación y supervisión del equipo tratante: entrega de turno diaria.</p> <p>Se deberá realizar un comité científico semanal de análisis de los casos.</p> <p>Los pacientes hospitalizados en casa deberán tener su</p> |   |    |    | <p>semanal de análisis de los casos.</p> <p>No se tiene documentado el procedimiento de entrenamiento a la familia incluyendo, plan de cuidado de pacientes, manejo de apoyos técnicos, residuos, registros, restricción de procedimientos.</p> <p>No se tienen documentados los procesos restringidos.</p> |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|----------|--|---|----|----|---------------|
|     |          | <p>seguimiento en los diferentes aspectos a través de los comités establecidos por la IPS (historia clínica, mortalidad, infecciones).</p> <p>Protocolo para el Consentimiento informado del paciente, familia y del médico tratante.</p> <p>Garantizar las ayudas técnicas en caso de que los pacientes las requieran.</p> <p>Entrenamiento a la familia incluyendo, plan de cuidado de pacientes, manejo de apoyos técnicos, residuos, registros, restricción de procedimientos, por ejemplo: manejo de medicamentos parenterales. Manejo de almacenamiento de medicamentos.</p> |   |    |    |               |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD         | SERVICIO                               | CRITERIO  | C | NC       | NA | OBSERVACIONES   |
|-------------|--|---|---|----------|----|---|
|             |  | Especificar el tipo de procedimientos restringidos.   |   |          |    |   |
| <b>5.55</b> | SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES | <p>Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje deberán tener definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual deberá incluir el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento deberá contar con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.</p> <p>Si realiza actividades de electrodiagnóstico, deberá contar con los procedimientos definidos para estas actividades. Para el</p> |   | <b>X</b> |    | No se encuentran definidos los protocolos de cada tipo de terapia que incluya elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento. |

### 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

| COD | SERVICIO | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|----------|--|---|----|----|---------------|
|     |          | resto de servicios deberá contar con los protocolos o Manuales de Procedimientos, de las cinco primeras causas de atención de acuerdo a los servicios ofertados. |   |    |    |               |

### 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

| COD | SERVICIO            | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|---|---|----|----|--|
| 6.1 | TODOS LOS SERVICIOS | Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. |   | X  |    | Al verificar las historias clínicas no se encuentra el proceso de apertura en todas las historias clínicas, al confrontar contra facturas se evidencia que a los usuarios particulares no se les lleva historia clínica. |

## 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|--|---|----|----|--|
| 6.2 | TODOS LOS SERVICIOS | Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario. |   | X  |    | No existe documentación de cómo se debe archivar las historias clínicas. Presenta una estructura inadecuada del formato de historia clínica (no tiene antecedentes médicos, familiares, personales y sociales, revisión por sistema, examen físico, abandono de tratamiento y de la institución, consentimiento informado, resumen de la historia clínica), no se realiza adecuado seguimiento a las historias clínicas que salen del archivo central. |
| 6.4 | TODOS LOS SERVICIOS | Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.   | X |    |    |  |

### 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

| COD  | SERVICIO                                  | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|------|---|---|---|----|----|---|
| 6.5  | TODOS LOS SERVICIOS                       | Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.  |   | X  |    | Se tiene un documento de manejo de historia clínica, pero no se realiza adecuado seguimiento a las historias clínicas que salen del archivo central de manera que se garantice su custodia y conservación.<br>El archivo no está en un área independiente, restringido, no tiene acceso limitado, no se cuenta con un medio que mida temperatura y humedad. |
| 6.7  | TODOS LOS SERVICIOS                       | Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.<br><br>Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado. |   | X  |    | No está documentado el consentimiento informado por procedimiento, existe un consentimiento informado general.  |
| 6.15 | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, EL TRASLADO | Deberá contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y   |   | X  |    | No se encuentra documentado para los usuarios de atención en casa los registros de nombre del paciente, fecha de ingreso, personal  |

### 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

| COD | SERVICIO  | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES                                  |
|-----|---|---|---|----|----|--|
|     | ASISTENCIAL<br>BASICO O<br>MEDICALIZADO<br>Y LOS<br>SERVICIOS DE<br>ATENCIÓN<br>DOMICILIARIA Y<br>ATENCIÓN<br>PREHOSPITALA<br>RIA | destino del servicio, tipo de servicio,<br>nombre del personal que atiende el<br>servicio, evolución y procedimientos<br>durante el traslado o atención de los<br>pacientes en el programa o servicio.<br><br>Se deberá tener registros de los<br>cuidados encargados a la familia. |   |    |    | que atiende, cuidados encargados a la familia. |



### 7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

| COD  | SERVICIO                     | CRITERIO   | C | NC       | NA | OBSERVACIONES                                  |
|------|------------------------------|--|---|----------|----|--|
| 7.5  | TODOS LOS SERVICIOS          | Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio. |   | <b>X</b> |    | No se cuenta con el contrato de este servicio. |
| 7.16 | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | Se debe garantizar el apoyo diagnóstico y el apoyo terapéutico.                                |   | <b>X</b> |    | No se cuenta con el contrato de este servicio. |

**8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

| <b>COD</b> | <b>SERVICIO</b>     | <b>CRITERIO</b>   | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>NA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>   |
|------------|---------------------|---|----------|-----------|-----------|--|
| <b>8.1</b> | TODOS LOS SERVICIOS | Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. |          | <b>X</b>  |           | El proceso de referencia y contrarreferencia no está socializado, evaluado, verificado y no se realiza un seguimiento. |

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

| COD | SERVICIO            | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
|-----|---------------------|--|---|----|----|--|
| 9.1 | TODOS LOS SERVICIOS | <p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La ficha técnica del indicador</li> <li>✓ La estandarización de las fuentes.</li> <li>✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.</li> </ul> <p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las</p> |   | X  |    | No se realiza el seguimiento a riesgos en el servicio. |

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

| COD | SERVICIO  | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES   |
|-----|---|--|---|----|----|---|
|     |   | definiciones de este criterio.<br><br>Identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.   |   |    |    |   |
| 9.2 | TODOS LOS SERVICIOS   | Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.                              |   | X  |    | No se realiza el seguimiento a las características del SOGC.  |
| 9.5 | TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN PREHOSPITALAR IA | La institución que presta servicios de traslado o atención domiciliaria o prehospitalaria evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria. |   | X  |    | No se tienen registros de evaluación de las defunciones y/o complicaciones ocurridas en la atención domiciliaria. |

### 9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

| COD         | SERVICIO   | CRITERIO   | C | NC       | NA | OBSERVACIONES   |
|-------------|--|--|---|----------|----|---|
| <b>9.15</b> | CENTROS Y SERVICIOS O UNIDADES DE REHABILITACIÓN.<br><br>SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES<br><br>CENTROS Y SERVICIOS INSTITUCIONALIZADOS DE PROTECCIÓN<br><br>CENTROS DÍA.<br><br>CENTROS Y SERVICIOS DE CUIDADOS INTERMEDIOS<br><br>SERVICIOS | ✓ Mortalidad hospitalaria, quirúrgica, Infecciones intrahospitalarias incluyendo, infecciones quirúrgicas, Complicaciones quirúrgicas inmediatas, y Complicaciones anestésicas, en el caso de los procedimientos hospitalarios y quirúrgicos de rehabilitación<br><br>✓ Complicaciones terapéuticas derivadas de las intervenciones, actividades y procedimientos de rehabilitación. Algunos ejemplos de ellas son: Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia física, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes con discapacidad cognitiva, complicaciones derivadas del manejo de medicamentos, en particular de los utilizados en discapacidad cognitiva.<br><br>✓ Autolesiones o lesiones a otros por fallas en los procedimientos de seguridad de pacientes con discapacidad cognitiva.<br><br>✓ Empeoramiento o ausencia de |   | <b>X</b> |    | No se evidencia documento donde se pueda corroborar el análisis de las posibles eventos y/o complicaciones ocurridas en la atención domiciliaria o prehospitalaria. |

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

| COD         | SERVICIO                     | CRITERIO  | C | NC       | NA | OBSERVACIONES  |
|-------------|------------------------------|---|---|----------|----|--|
|             | DOMICILIARIOS                | mejora de la discapacidad por deficiencias en el diseño del plan terapéutico o en la oportunidad o seguimiento en su implementación   |   |          |    |  |
| <b>9.16</b> | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mortalidad hospitalaria</li> <li>✓ Infecciones intrahospitalarias</li> <li>✓ Complicaciones terapéuticas: Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia física, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes o familiares, complicaciones derivadas del manejo de medicamentos.</li> <li>✓ Oportunidad</li> <li>✓ Reingresos a hospitalización institucional</li> </ul> |   | <b>X</b> |    | No se llevan registros de evaluación de los criterios descritos en este ítem.    |
| <b>9.19</b> | PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: Reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.</li> <li>✓ Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación</li> <li>✓ Ausencia de indicaciones,</li> </ul>  |   | <b>X</b> |    | No se realiza ninguna de las actividades descritas en el criterio de evaluación. |

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

| COD | SERVICIO | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|----------|---|---|----|----|---------------|
|     |          | <p>información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>✓ Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad</p> <p>✓ Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.</p> |   |    |    |               |

**EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA:**

| COD | CRITERIO  | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|---|---|----|----|---------------|
| 1.  | Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.   | X |    |    |               |
| 2.  | Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución  | X |    |    |               |
| 3.  | Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.  | X |    |    |               |
| 4.  | Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca. | X |    |    |               |



**EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA:**

| COD | CRITERIO   | C | NC | NA | OBSERVACIONES |
|-----|--|---|----|----|---------------|
| 1.  | El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.   | X |    |    |               |
| 2.  | El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes. | X |    |    |               |

## 8.2 PLAN DE CIERRE DE BRECHA

| ESTAN<br>DAR<br>DE<br>HABIL<br>ITACION | OPORTUNIDADES<br>DE MEJORA                                      | TAREAS   | RESPONSABLE          | 2011 |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  | SEGUIMIENTO  |           |           |           |  |
|--|---|--|----------------------|------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------------|-----------|-----------|-----------|--|
|  |   |  |                      | JUN  |  | JUL |  | AGO |  | SEP |  | OCT |  | NOV |  | VERIFICACION | RESULTADO |           |           |  |
|  |   |  |                      |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           |           |           |  |
| 06<br>1. RECURSO HUMANO                | carencia del seguimiento al procedimiento de manejo de personal | Documentar el proceso de evaluación de las hojas de vida y del personal durante la selección del mismo | Gerente y Subgerente |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           | 24 DE JUN |           |  |
|  |   | Documentar el proceso de validación de los respectivos títulos y registros profesionales del personal  | Gerente y Subgerente |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           |           | 24 DE JUN |  |
|  |   | Verificar que Las hojas de vida cuenten con afiliación a SGSSS y ARP.                                  | Gerente y Subgerente |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           |           | 24 DE JUN |  |
|  |   | Actualizar contratos de vinculación laboral  | Gerente y Subgerente |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           |           | 24 DE JUN |  |
|  |   | Actualizar la relación del personal que labora en la entidad y actualizar las hojas de vida            | Gerente y Subgerente |      |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |              |           |           | 24 DE JUN |  |



























### **8.3. CONSTANCIA GERENCIA**

Por medio de la presente yo CAROLINA ROSERO MEZA identificada con cédula de ciudadanía número 34.324.314 de Popayán, en calidad de representante legal de la UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE LTDA con NIT 900060943 – 1, certifico que el grupo de estudiantes de especialización en auditoria y garantía de calidad en salud con énfasis en epidemiología, Claudia Norelly Gómez Caicedo, Zulma Patricia Torres Bermudez y Beatriz Eugenia Jaén López, desarrollaron en nuestra institución el informe final de investigación titulado **“VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTANDARES DE HABILITACIÓN ESTABLECIDOS POR LEY, Y CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE CIERRE DE BRECHA PARA LA UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE “UFO”**”, realizando la verificación completa de los estándares de habilitación, entregando a satisfacción el plan de cierre de brecha y realizando la ejecución de las actividades planteadas para el saneamiento de las inconformidades encontradas en el estándar de recurso humano.

Para constancia se firma en Popayán a los diecisiete (17) días del mes de junio del año 2011.

Atentamente:

**CAROLINA ROSERO MEZA**

Representante legal

