



Departamento del Quindío



SECRETARÍA DE SALUD



SSD 132.07.01- 6248

Armenia, 14 de Agosto de 2018

Doctora
Cielo López Gutiérrez
Secretaria Jurídica y de Contratación
Gobernación del Quindío

Referencia: Solicitud de publicación de notificaciones en la página web

Cordial Saludo,

Con el propósito de garantizar los principios constitucionales y dar cumplimiento a lo exigido en la norma, le remito lo pertinente a la notificación por aviso de acuerdo a lo establecido en el artículo 69 inciso 2 de la ley 1437 de 2011 el cual señala: "

*Quando se desconozca la información sobre el destinatario, el aviso, con copia íntegra del acto administrativo, **se publicará en la página electrónica** y en todo caso en un lugar de acceso al público de la respectiva entidad por el término de cinco (5) días, con la advertencia de que la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso."*

Por lo anterior, le solicito de manera respetuosa ordenar a quien corresponda la publicación del documento completo que se adjunta al presente oficio, en la página web de la Gobernación del Quindío, por el término de cinco (5) días hábiles y al culminar tal término expedir constancia de la fecha y hora de la fijación y desfijación del acto administrativo en mención.

EXPEDIENTE NÚMERO	OJS-109-2018
INVESTIGADO	ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA
REPRESENTANTE LEGAL	YULIMA ALVAREZ AGUIRRE
NIT/CC	900603116-9
DIRECCIÓN	Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q)

Agradezco su atención y diligencia,

HECTOR MARIO TABORDA GALLEGO
Secretario de Salud Departamental (E)

Proyectó: Carolina Carrillo Galav - Abogada Contratista

Anexo: Pliego de Cargos OJS-109-2018 (15 Folios)



Departamento del Quindío



SECRETARÍA DE SALUD



NOTIFICACION POR AVISO ART. 69 CPACA	
EXPEDIENTE NUMERO	OJS-109-2018
IMPLICADO	ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA
NIT	No. 900603116-9
REPRESENTANTE LEGAL	YULIMA ALVAREZ AGUIRRE o quien haga sus veces
DIRECCION	Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q)
ACTO A NOTIFICAR	PLIEGO DE CARGOS
FECHA DEL ACTO QUE SE NOTIFICA	25 DE JULIO DE 2018
AUTORIDAD QUE EXPIDE EL AUTO	Secretario de Salud Departamental del Quindío (E) – Hector Mario Taborda Gallego
TERMINO	15 días para presentar descargos
RECURSO QUE PROCEDE	No procede recurso por ser un auto de tramite
ADVERTENCIA: La presente notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente a al de la entrega del aviso en el lugar de destino	

CONSTANCIA: Se deja constancia que dando cumplimiento al art. 69, inciso segundo de la Ley 1437 de 2011, el presenta acto administrativo publicado en lugar de acceso al público de la respectiva entidad por el término de cinco (05) días.

HECTOR MARIO TABORDA GALLEGO
Secretario de Salud Departamental (E)

Proyectó: Carolina Carrillo Garay – Abogada Contratista
Revisó: Carolina Salazar Arias – Asesora de Despacho



SECRETARIA DE SALUD

AUTO DE FORMULACIÓN DE PLIEGO DE CARGOS

Armenia, veinticinco (25) julio de 2018

EXPEDIENTE NÚMERO	OJS-109-2018
INVESTIGADO	ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA
REPRESENTANTE LEGAL	YULIMA ALVAREZ AGUIRRE
NIT/CC	900603116-9
DIRECCIÓN	Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q)

OBJETO

Procede el Secretario de Salud Departamental del Quindío, en ejercicio de sus facultades legales, a formular **Pliego de Cargos** en contra del establecimiento ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, identificada con el NIT 900603116-9, ubicada en la Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q), representada legalmente por YULIMA ALVAREZ AGUIRRE, o quien haga sus veces. De conformidad con lo estipulado en la Ley 9 de 1979, Decreto 2240 de 1996, Ley 715 de 2001, Ley 14 de 1962, Decreto 1011 de 2006, Decreto 045 de 2018, Decreto 614 de 2017 y la Resolución 3678 de 2014 por medio de la cual se modifica resolución 2003 del 2014 y demás normas concordantes, teniendo como:

ANTECEDENTES

1. El día ocho (08) de febrero de 2018, se realizó visita a las instalaciones de la entidad por parte de la comisión técnica de Verificación de Condiciones de Habilitación de la Secretaria de Salud Departamental del Quindío.
2. Mediante oficio de fecha veintidos (22) de febrero de 2018, el Director de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud Dr. Héctor Mario Taborda Gallego, radica ante el Secretario de Salud Departamental informe de visita de verificación realizado por el grupo verificador de los estándares de habilitación, realizado a la Institución Prestadora de Servicios de Salud ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA de la ciudad de Armenia.
3. Así mismo manifiestan los profesionales del Grupo de verificadores, mediante el informe detallado que encontraron incumplimientos a la normatividad legal vigente. De esta forma se remitieron los hallazgos encontrados al área de Procesos Administrativos Sancionatorios de la Oficina Jurídica de la Secretaria de Salud Departamental para avocar conocimiento y dar inicio al correspondiente proceso administrativo.
4. Mediante auto por el cual se avoca conocimiento con radicado OJS-0109-2018, se da inicio a la investigación sancionatoria, se envía oficio 132.07.01.3287, citación de notificación al auto referenciado a la señora YULIMA ALVAREZ AGUIRRE en calidad de Representante Legal y/o propietaria del establecimiento investigado ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA.
5. Una vez vencido el tiempo de notificación personal y teniendo en cuenta que la investigada no se presentó en los términos, se solicita publicación de la notificación mediante aviso en la página web de la Gobernación del Quindío. Ver constancia de desfijación a folio 22.

PRUEBAS

Las pruebas que se describen a continuación, conforman el acervo probatorio que permite a la Secretaria de Salud Departamental del Quindío en el marco de sus competencias formular



SECRETARIA DE SALUD

pliego de cargos al establecimiento ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, identificada con el NIT No. 900603116-9, ubicada en la Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q), representada legalmente por la señora YULIMA ALVAREZ AGUIRRE, o quien haga sus veces, por el presunto incumplimiento de las normas que serán descritas en el acápite de las normas presuntamente violadas.

DOCUMENTALES

1. Oficio mediante el cual el Director de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud remite al Secretario de Salud Departamental el informe de la visita de verificación. (Folio 1)
2. Informe de visita de verificación de las condiciones de habilitación, por medio del cual se constata la situación encontrada en el momento de la visita. (Folios 2–7)
3. Actas de apertura y cierre de visita. (Folios 9-10)
4. Acto administrativo de apertura de investigación radicado OJS-109-2018.
5. Oficio radicado SSD 132.07.01-3287 citación de notificación. (Folio 20)
6. Constancia desfijación notificación por aviso (Folio 22)

FORMULACIÓN DE PLIEGO DE CARGOS

Con arreglo a lo anteriormente expuesto, se determina que el establecimiento ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, identificada con el NIT No. 900603116-9, ubicada en la Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q), representada legalmente por YULIMA ALVAREZ AGUIRRE, o quien haga sus veces, se le imputan los siguientes cargos:

CARGO PRIMERO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en el **Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.3.2.9**, *“Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.”*

CARGO SEGUNDO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”, **Artículo 5**. *“Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación. **Parágrafo.** Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.”*

CARGO TERCERO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”. **Artículo 8**. *“Responsabilidad. El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación”.*



SECRETARIA DE SALUD

CARGO CUARTO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", **Artículo 12.** *Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes: 12.4.Novedades de Servicios. b) Cierre temporal o definitivo de servicios*

CARGO QUINTO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", **Artículo 3.** *"Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:"* En lo referido a 3.3. *Capacidad Tecnológica y Científica* "**Parágrafo.** *Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución."* Así:

Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, Numeral 2 Condiciones de Habilitación, subnumerales 2.3 condiciones de capacidad tecnológica y científica. 2.3.1 estándares de habilitación, 2.3.2 estándares y criterios de habilitación por servicio. 2.3.2.1 todos los servicios. 2.3.2.8 transporte asistencial-transporte asistencial básico. 2.3.2.9 otros servicios-atención Prehospitalaria **Numeral 3** pasos para la habilitación, Subnumerales 3.1.6.1 Obligaciones en materia de distintivos. 3.1.6.1.1 El prestador que ostente el distintivo de habilitación en un servicio se compromete a: 1. Mantener permanentemente las condiciones de habilitación. 3.2.2 Infraestructura.

Tal y como se detalla en la parte resolutive del presente acto administrativo.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Si bien es claro, el Estado tiene el deber constitucional de proteger el sistema nacional de salud y seguridad social, garantizando el buen uso y satisfacción por parte de los ciudadanos, para lograr esto tiene la facultad de imponer sanciones o medidas preventivas, a quien en ejecución de sus actividades generen un impacto negativo y pongan en riesgo la salud pública.

Basado en este deber constitucional la legislación nacional creó y estableció un proceso sancionatorio con el cual se busca sancionar al infractor, un proceso que cumple con principios y derechos constitucionales como el debido proceso, derecho a la defensa, presunción de buena fe, entre otros.

Lo que se pretende con la investigación adelantada, es verificar la ocurrencia de los hechos dados a conocer con los informes presentados por el grupo verificador de los estándares de habilitación, para lo cual se le ha dado y dará al investigado la oportunidad procesal para ejercer su defensa y aportar o solicitar las pruebas que considere necesarias de la manera como se ordena en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y demás normas concordantes y complementarias para el esclarecimiento de los hechos. Posteriormente se tomará una decisión de fondo la cual manifieste si la conducta es constitutiva de incumplimiento, o si por el contrario el investigado actuó en circunstancias de exoneración de responsabilidad.

Que, con fundamento en las pruebas aportadas por el equipo de verificadores de Habilitación de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, y las allegadas dentro del proceso de



SECRETARIA DE SALUD

investigación se consideró que la entidad ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, presuntamente incumplió la normatividad vigente, así: Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014, y su Manual de Inscripción de prestadores de servicios de salud.

Como punto de partida se analizó el informe de la visita realizada a la entidad investigada el día 8 de febrero de 2018, entregado por los funcionarios del Grupo Verificador de los Estándares de Habilitación, al área jurídica lo cual conlleva a que se realizara auto de apertura de investigación bajo el radicado N° OJS-109-2018.

En este orden de ideas, esta Secretaria tiene asignada la función de inspección, vigilancia y control con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales que presten servicios de salud y demás en concordancia, cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, estándares de habilitación, esto en aras de proteger el derecho a la vida, a la salud de la población usuaria la cual es de nuestra protección.

Bajo las premisas anteriores se puede concluir que la entidad ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, infringió presuntamente la normatividad vigente y requerida a las entidades prestadoras de servicios de salud, por lo cual se hace necesario continuar con el proceso sancionatorio de conformidad a lo establecido en la Ley 1437 de 2011, Ley 9 de 1979, y demás normas concordantes, con el fin de verificar la ocurrencia o no de los hechos descritos por el Grupo verificador de los estándares de habilitación de la Secretaria de Salud Departamental, y de esta manera determinar si hay lugar a imponer una sanción al establecimiento investigado o por el contrario ordenar la cesación del mismo y el archivo del expediente.

COMPETENCIA

La Secretaria de Salud Departamental del Quindío, es competente para iniciar y llevar hasta su culminación y cumplimiento la presente investigación administrativa de conformidad con las siguientes disposiciones:

De conformidad con el contenido de la Ley 100 de 1993, artículo 176 numeral 4, es competencia de la Secretaría de Salud *"la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia atribuidos a las demás autoridades competentes."*

Que la Ley 715 de 2001, en su artículo 43, establece dentro de las competencias de los departamentos: *"[...] corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia"*. Para se le asigna las funciones necesarias para cumplir dicho fin.

En concordancia con lo anterior, la Ley 715 de 2001, sobre la materia regula en el ARTÍCULO 56, DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE LAS ENTIDADES DE SALUD. Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica o nivel de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico administrativa, para la prestación de servicio a su cargo".

Por otro lado, la Ley 10 de 1990 en su artículo 49, consagra en las autoridades competentes las funciones de inspección y vigilancia, que según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción las correspondientes sanciones consistentes en:

- a. Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b. Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud, por un término hasta de seis meses;
- c. Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;
- d. Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.



SECRETARIA DE SALUD

Igualmente, que de conformidad con el artículo 577 de la ley 9 de 1997, y el artículo 49 de la Ley 10 de 1990, el incumplimiento de las normas anteriormente citadas puede acarrear las siguientes sanciones: Amonestación; Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales y Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo. Establece igualmente el numeral 3 del artículo 5 del decreto 1011 de 2006 que Entidades las "Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social" [...]

Así mismo, el artículo 19 ibídem, define la responsabilidad de las entidades Departamentales de Salud respecto de: "verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad, las cuales se avalúan mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicio de Salud de conformidad con los artículo 8 y 9 del Decreto en mención. Que el mencionado decreto 1011, en su artículo 49, indica que la Inspección, Vigilancia y Control del Sistema único de Habilitación será responsable de los Directores Departamentales y Distritales de salud.

Que mediante Decreto 2240 de 1996, "por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS)", le atribuye a las entidades territoriales la competencia para imponer medidas de seguridad y multas, según los artículos 16, 19 y 28. Y regula el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Y en lo no previsto en dicha disposición se aplicará la ley 1437 de 2011 "Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". En el Título III, que desarrolla el procedimiento administrativo que debe ser tenido en cuenta por las autoridades públicas al momento de proferir cualquier decisión, el cual debe estar articulado con el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia, el cual dispone que todas las actuaciones judiciales y administrativas deben ceñirse al debido proceso.

Que la Ley 1437 de 2011 en su Capítulo III Artículo 50. Establece: "Graduación de las sanciones. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la gravedad de las faltas y el rigor de las sanciones por infracciones administrativas se graduarán atendiendo a los siguientes criterios, en cuanto resultaren aplicables:

1. Daño o peligro generado a los intereses jurídicos tutelados.
2. Beneficio económico obtenido por el infractor para sí o a favor de un tercero.
3. Reincidencia en la comisión de la infracción.
4. Resistencia, negativa u obstrucción a la acción investigadora o de supervisión.
5. Utilización de medios fraudulentos o utilización de persona interpuesta para ocultar la infracción u ocultar sus efectos.
6. Grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes.
7. Renuencia o desacato en el cumplimiento de las órdenes impartidas por la autoridad competente
8. Reconocimiento o aceptación expresa de la infracción antes del decreto de pruebas.

Por lo anterior esta Secretaría de Salud Departamental, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: FORMULAR PLIEGO DE CARGOS, contra del establecimiento ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA, identificada con el NIT 900603116-9, ubicada en la Carrera 19 No. 44 – 60 Local 7 Armenia (Q), representada legalmente por YULIMA ALVAREZ AGUIRRE, o quien haga sus veces, por lo expuesto en la parte motiva del presente proveído, acorde con el anexo técnico digital visible a folio (11) en el expediente que hace parte integral del presente pliego de cargos:



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

CARGO PRIMERO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en el **Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.3.2.9**, "*Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.*"

CARGO SEGUNDO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", **Artículo 5**. "*Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación. Parágrafo. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.*"

CARGO TERCERO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud". **Artículo 8**. "*Responsabilidad. El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación*".

CARGO CUARTO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", **Artículo 12**. *Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes: 12.4. Novedades de Servicios. b) Cierre temporal o definitivo de servicios*

CARGO QUINTO: Presunto Incumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2003 de 2014** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", **Artículo 3**. "*Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:*" En lo referido a 3.3. *Capacidad Tecnológica y Científica*" **Parágrafo**. *Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.*" Así:

Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, Numeral 2 Condiciones de Habilitación, subnumerales 2.3 condiciones de capacidad tecnológica y científica. 2.3.1 estándares de habilitación, 2.3.2 estándares y criterios de habilitación por servicio. 2.3.2.1 todos los servicios. 2.3.2.8 transporte asistencial-transporte asistencial básico. 2.3.2.9 otros servicios-atención Prehospitalaria **Numeral 3** pasos para la habilitación, Subnumerales 3.1.6.1 Obligaciones en materia de distintivos. 3.1.6.1.1 El prestador que ostente el distintivo de habilitación en un servicio se compromete a: 1. Mantener permanentemente las condiciones de habilitación. 3.2.2 Infraestructura.



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

(ver cuadros páginas siguientes)

RESOLUCION 2003 DE 20 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.9 Otros servicios				
Servicio: Atención domiciliaria				
Descripción del Servicio: Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener el paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad. Incluye: • Atención domiciliaria paciente agudo. • Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador. • Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador. • Consulta domiciliaria.				
Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
	Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador: 1. Cuenta con auxiliar de enfermería bajo la supervisión de enfermera. La permanencia en el domicilio del paciente de la auxiliar de enfermería, será determinada por la institución según la condición del paciente y las guías y protocolos de manejo institucional. 2. Disponibilidad de médico general y enfermera con supervisión semanal mediante comité técnico científico. 3. Disponibilidad de médico especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Para efectos de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialistas. 4. Disponibilidad de nutrición, psicología, terapia física, ocupacional y de lenguaje. Se requiere de un familiar o acompañante permanente.		X	Para el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador no se pudo evidenciar la supervisión de parte de Enfermería a las Auxiliares de enfermería. Presentan hoja de vida de médico pero no se evidencia contrato donde especifiquen disponibilidad. No se evidencia la disponibilidad de médico especialista de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Presentan hoja de vida de médico pero no se evidencia contrato donde especifiquen la coordinación y supervisión del programa. Presentan hoja de vida de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y de fonaudiólogo, pero no se evidencia contrato donde se especifique la disponibilidad.
	Consulta domiciliaria. Cuenta con médico u otros profesionales de salud en las disciplinas ofrecidas.		X	Presentan hoja de vida de médico pero no se evidencia contrato.
Infraestructura	Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico con y sin ventilador. Para inclusión de pacientes en el servicio de atención domiciliaria, el domicilio debe cumplir con las siguientes condiciones y características: 1. Accesibilidad al mismo. 2. Servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil. 3. Baño. 4. Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS. 5. En caso que la institución deba realizar el transporte de residuos, debe garantizar el traslado separado de estos y aplicar las normas de bioseguridad. Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas del domicilio del paciente.	X		
	En las instalaciones de la institución, se cuenta con: 1. Área para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos e insumos asistenciales limpia, segura, ordenada, iluminada, con ventilación, que garantice condiciones de almacenamiento de acuerdo con las especificaciones técnicas del fabricante. 2. Área para disposición de equipos biomédicos. 3. Área para el almacenamiento de los residuos previo a su tratamiento y/o disposición final.		X	Cuenta con un área para el almacenamiento pero esta no cuenta con las características señaladas

Dotación	Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico con y sin ventilador cuenta con: 1. El domicilio del paciente cuenta con nevera, en caso que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío. Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas. 2. El prestador cuenta con: a. La dotación de los elementos, insumos y equipos que requiera la atención del paciente y aquellos de protección personal, contenedores y bolsas para la clasificación, segregación y manipulación de los residuos biológico-infecciosos generados en el domicilio del paciente. b. Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsioxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro. c. Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente. d. Maletín con elementos de curaciones. e. Maletín con medicamentos, de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa. f. Atriles. g. Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral. h. Otros, según el plan de manejo del paciente. El prestador dispone de: Oxígeno.		X	Los equipos utilizados son de los profesionales, es decir estos no tienen hojas de vidas, mantenimientos, ni calibraciones requeridas, los equipos que tienen en la institución no son los utilizados por los profesionales. No se evidencia hoja de vida ni equipo de bomba de nutrición enteral
	Consulta domiciliaria El prestador cuenta con: 1. Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsioxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro. 2. Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente. 3. Maletín con elementos de curaciones. 4. Maletín con medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa. 5. Atriles.		X	Los equipos utilizados son de los profesionales, es decir estos no tienen hojas de vidas, mantenimientos, ni calibraciones requeridas, los equipos que tienen en la institución no son los utilizados por los profesionales.



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

Medicamento + Dispositivos Médicos e Insumos	Aplican lo de todos los servicios.			Ver todos los servicios
Procesos Prioritarios	Cuenta con procedimientos que se evalúen y se socializen, sobre limpieza, desinfección y/o esterilización, según se requiera, para los equipos o instrumental que se utilicen en la atención de los pacientes.		X	No se evidencia evaluación ni socialización de los procedimientos
	Atención domiciliar de paciente agudo y crónico sin ventilador, cuenta con guías, protocolos o procedimientos para: 1. Inclusión de pacientes en el programa, seguimiento médico, ingreso y egreso de pacientes, comité técnico científico, información e usuarios.		X	No se evidencia comité técnico científico
	2. Referencia y contra referencia que incluye manejo de transporte.	X		
	3. Atención según morbilidad.		X	La IPS no determina claramente cuales son los criterios de remisión para patologías tales como: diabetes y neumonía, además no cuenta con guías para manejo de paciente en casa con diagnóstico de: desnutrición, fractura de femur, insuficiencia cardíaca congestiva, reemplazo total de cadera, fractura de vertebra lumbar, manejo de heridas, enfermedad renal crónica, esclerosis sacras, etc. Dichas patologías fueron verificadas como parte del manejo que se le hacia a pacientes domiciliarios.
	4. El manejo del dolor y cuidado paliativo.	X		
	5. Atención de enfermería.		X	No se evidencia al manejo de heridas y úlceras por presión. No se evidencia la aplicación de la escala de riesgo de caída y de la escala de úlceras por presión
	6. Revisión de equipos, alimentación enteral, colocación de catéteres, prácticas de esterilización, procedimiento de uso de dispositivos.		X	No se evidencia manual de buenas prácticas de esterilización El manual de rauso debe ser ajustado a lo que realice la institución
	7. Valoración del domicilio, previo al ingreso al programa, para evaluar las condiciones de accesibilidad al mismo.	X		
	8. Normas de bioseguridad para el personal asistencial y acompañantes del paciente para el manejo de los residuos biológicos-infecciosos generados en la atención de salud y otras actividades y su detección. Será responsabilidad del prestador, garantizar los insumos necesarios para la gestión integral de residuos.	X		
	9. Plan de gestión de residuos generados por la hospitalización domiciliar.		X	El plan de gestión de residuos no esta actualizado según la normatividad vigente a PGRASA. No se evidencia el informe de RH1 ni el reporte de este a la Secretaría de Salud Municipal
	10. Manejo de medicamentos en casa.	X		
	11. El prestador es el responsable del manejo de los residuos peligrosos generados en el domicilio hasta su disposición final.	X		
12. Entrenamiento y capacitación al paciente, familiar y cuidador que incluye manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio, manejo de residuos, uso y almacenamiento adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.	X			
Historia Clínica y Registros	En todos los casos aplica lo de todos los servicios y es de relevante verificación lo determinado allí acerca de historia clínica única donde se consigne toda la atención en salud dispensada al paciente que permita trazabilidad y verificación de las acciones en salud realizadas al paciente e través del tiempo.		X	El prestador no garantiza que se pueda registrar permanente en la historia clínica, ya que el personal realiza los registros e historias clínicas posterior a la atención del paciente.
	Todo paciente que ingresa a atención domiciliar debe tener los siguientes registros: 1. Valoración del domicilio. 2. Consentimiento informado. 3. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.		X	
	Registro de referencia y contra referencia (cuando aplique).	X		
	Atención domiciliar paciente crónico con y sin ventilador: Además de los estándares exigidos para todos los servicios, cuenta con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio. Cuenta con registros de los cuidados encargados a la familia.		X	No se evidencia que cuenten con registro
Consulta domiciliar: Aplique lo exigido para consulta externa general.			Ver todos los servicios	
Interdependencia de Servicios	Atención domiciliar paciente crónico sin ventilador, disponibilidad de: 1. Laboratorio clínico. 2. Transfusión sanguínea. 3. Transporte asistencial. 4. Imagenología simple. 5. Servicio farmacéutico.		X	No se evidencia contrato de disponibilidad de Transfusión sanguínea. Cuenta con un contrato con drogas Alkosto, dicha empresa no se encuentra dentro del sistema unico de habilitación, es decir, no se encuentra habilitada como servicio farmacéutico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.2 Protección Específica y Detección Temprana				
Servicio: Protección Específica y Detección Temprana				
Descripción del Servicio: Protección Específica: De acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 412 de 2000, se denomina Protección Específica al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la mitigación o control de un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. Detección Temprana: De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 412 de 2000, se establece como Detección Temprana el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que busquen identificar posibles casos de una enfermedad o alteraciones del estado de salud dentro de la población a riesgo. Se rige por la normatividad vigente sobre la materia, Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Puede ser ofertado como servicio de prestación de servicios de salud y tendrá que cumplir con los criterios aquí definidos; si no oferta servicios de Protección específica y Detección Temprana, el prestador deberá conocer las guías de Protección Específica y Detección Temprana vigentes y remitir al usuario a los prestadores de la red de su EAPB, que cuenten con la oferta de Protección específica y Detección Temprana que le corresponda al usuario.				
Protección Específica y Detección Temprana				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/ PORQUE
Talento Humano	De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u ocupaciones que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	No cuentan con enfermera.
Infraestructuras	Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
Dotación	Adicional a lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desampliadas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	No se evidencia que cuenten con talimetro y balanza para crecimiento y desarrollo y estos no están calibradas de acuerdo a la normatividad vigente.
Medicamentos, Otopreparativos, Músculos e Instrumentos	Aplica lo de todos los servicios.		X	Ver todos los servicios.
Procesos Prioritarios	Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, he implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	Cuentan con documentos los cuales no tienen bibliografía, no se evidencia la adopción de la resolución 412 de acuerdo a los servicios ofertados, no se evidencian procesos de implantación ni evaluación del cumplimiento de las normas técnicas.
	Cuenta con un protocolo para valoración antropométrica, de conformidad con las directrices nacionales dadas en la materia.	X		

Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios. Adicionalmente cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas que se ofrecen según lo establecido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
	Cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen: 1. Camé materno an el control prenatal.		X	Cuentan con un formato el cual no está de acuerdo e lo establecido en la Resolución 412 del 2000, no se evidencia camé materno.
	2. Para la valoración integral del recién nacido, historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada.		X	No cuentan con formato para la atención integral del recién nacido ni la historia clínica perinatal simplificada.
	En el Programa de crecimiento y desarrollo: 1. Camé de salud infantil nacional unificado.		X	Cuentan con un formato el cual no está de acuerdo a lo establecido en la Resolución 412 del 2000, No se evidencia que cuenten con camé infantil nacional unificado.
	2. Curvas de crecimiento: curvas de peso talla e índice de masa corporal, adoptados oficialmente.		X	No cuentan con curvas de crecimiento.
3. Instrumentos de registro de valoración del desarrollo, de conformidad con la normatividad vigente.		X	Cuentan con un formato, pero este no está de acuerdo a la normatividad vigente.	

DIRECCION OPERATIVA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD				
INFORME FINAL DE VISITA				
RESOLUCION 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.1 Todos los servicios				
Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.				
Todos los servicios				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	X		
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.		X	El prestador no cuenta con enfermera ni dispone de los especialistas requeridos para atención domiciliaria.
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.		X	El prestador no demuestra haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados, solo evidencia socializaciones en bioseguridad, referencia, eventos advarsos y atención a víctimas de violencia sexual.
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.		X	El prestador no cuenta con enfermera ni dispone de los especialistas requeridos para atención domiciliaria.



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.1 Todos los servicios				
Los criterios definidos e continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.				
Todos los servicios				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X		
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		
	En los espacios, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los eccasorios para garantizar al debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compresaros, vehiculos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.	X		
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.		X	El plan de gestión de residuos no este actualizado según la normatividad vigente e PGIRASA. No se evidencia el informe de RH1 ni el reporta de este a la Secretaría de Salud Municipal
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.	X		
	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.	X		
	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	X		
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen a sustituyan.		X	El lugar destinado al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, no cumple con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002, los residuos peligrosos no estan aislados de los residuos comunes y reciclables.
La institución dispona en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.		X	No se evidencia ambiente de aseo.	
La visita de bombero para el cumplimiento del sistema de control y prevención de incendios esta vencida desde el 16 de abril de 2015.				
El control de plagas esta vencido y no hay evidencias de gestión para esto.				

RESOLUCION 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.1 Todos los servicios				
Los criterios definidos e continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadoras para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.				
Todos los servicios				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
Dotación	Utilice los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.		X	No se garantiza que os equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico, ya que no se evidencian resoluciones inime ni manuales de el fonendoscopio, el vibrador de mesejes, el termometro, ademas no cuentan con calibraciones de los equipos que lo requieren y algunos equipos no tenían mantenimientos. No se evidencian hojas de vida de: Balanza, bomba de nutrición enteral ni otoscopio, la hoja de vida que presentan del glucometro no corresponde al glucometro presentado. No se evidencia dotación para fisioterapia ni para PE y OT. Los equipos utilizados son de los profesionales, es decir estos no tienen hojas de vidas, ni mantenimientos ni calibraciones requeridas, los equipos que tienen en la institución no son los utilizados por los profesionales.
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.	X		
	Realice 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 aplica. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.		X	No se evidencia historiales de mantenimiento, solo tienen mantenimientos de 2017, los cuales no obedecen e lo estipulado en el cronograma. No se evidencian hojas de vida de: Balanza, bomba de nutrición enteral ni otoscopio, El tensiometro, la balanza y el tallímetro no tienen calibraciones. No cuentan con controles de calidad del glucometro.
	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Este actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	X		



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014				
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud				
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio				
2.3.2.1 Todos los servicios				
Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.				
Todos los servicios				
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
Medicamentos Dispositivos Médicos e Insu	Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichas registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.		X	No se evidencia que lleven registros con la información requerida de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios
	Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permisa de comercialización) y vida útil si aplica.		X	documental que asegure la verificación y seguimiento de la información requerida para dispositivos médicos. En las hojas de vida de los siguientes equipos se evidencia clasificación del riesgo que no corresponden: pulsioxímetro, tensiometro y termohigrometro.
	Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución y en la atención domiciliar y extramural, cuando aplique.	X		
	Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.		X	No se evidencia inscripción a la Red Nacional de tecnovigilancia ni farmacovigilancia, tampoco el aplicativo para el reporte de tecnovigilancia, por ende no se evidencian reportes al INVIMA ni a la Secretaría de Salud Departamental, tampoco tiene un procedimiento establecido para la consulta de las alertas.
	Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o banco de componente anatómica. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.		X	Tienen virina donde realizan el almacenamiento de insumos, cuentan con termohigrometro pero no realizan controles de temperatura y humedad.
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reusan dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el procesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentada el procedimiento institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.		X	En el manual tienen establecido el reuso de algunos dispositivos medicos, pero refiere que ellos no los utilizan, es decir el manual de reuso no esta acorde con lo que realiza la institución.
	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.	X		



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014			
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud			
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio			
2.3.2.1 Todos los servicios			
Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.			
Todos los servicios			

Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE
Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.		X	El prestador no evidenció haber socializado y evaluado los procesos, solo evidenció socializaciones en bioseguridad, referencias, eventos adversos y atención a víctimas de violencia sexual.
Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Exista una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Exista un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.		X	No se evidencia una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. No se evidencia un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.
b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.		X	No se evidencia un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. No se evidencia una cobertura del 90% del personal asistencial.
c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.		X	La IPS no establece barreras de seguridad para minimizar los riesgos
d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.		X	No se evidencia que se tengan definidos, monitoreados y analizados los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.
Se realicen acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.		X	No se evidencian acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta al proceso.	X	No se evidencia evaluación del efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta al proceso.
Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	X	La IPS no determina claramente cuáles son los criterios de remisión para patologías tales como diabetes y neumonía, además no cuenta con guías para manejo de paciente en casa con diagnóstico de desnutrición, fractura de fémur, insuficiencia cardíaca congestiva, reemplazo total de cadera, fractura de vértebra lumbar, manejo de heridas, enfermedad renal crónica, ascosas sacres, etc. Dichas patologías fueron verificadas como parte del manejo que se le hacía a pacientes domiciliarios.
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	X	No se evidencia metodología para la adopción de guías basadas en la evidencia científica.
Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.	X	La IPS tiene guías del Ministerio de Salud y Protección Social y otras guías que no tienen metodología de adopción.
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	X	La IPS no puede demostrar que tenga un proceso sistemático y continuo de formación al personal responsable de la aplicación.
Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopta o desarrolla, está basada en la evidencia.	X	No se evidencia metodología para la adopción de guías basadas en la evidencia científica.
La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases médicos que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.	X	
Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos.	X	
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la institución y por servicio.	X	No cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes.
Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente: 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	X	
Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.	X	La normatividad para el PAMEC no es la vigente, no se evidencia la metodología utilizada para la calificación de estándares, no se evidencia autoevaluación priorización ni cronograma.
La institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión. Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.	X	No se evidencian indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos.
Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.	X	



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantas. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). 	X		No se evidencia que cuenten con un protocolo de lavado a manos explícitamente documentado e implementado de los 5 momentos.
<p>La institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo. 	X		No se evidencia que la institución cuente con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Educar al personal asistencial en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.
<p>3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.</p>	X		
<p>4. Uso y reuso de dispositivos médicos.</p>	X		En el manual tienen establecido el reuso de algunos dispositivos médicos, pero refieren que ellos no los utilizan, es decir el manual de reuso no está acorde con lo que realiza la institución.
<p>5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.</p>	X		El plan de gestión de residuos no está actualizado según la normatividad vigente a PGIRASA. No se evidencia el informe de RH1 ni el reporte de este a la Secretaría de Salud Municipal.
<p>6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, instrumental y equipos.</p>	X		No tienen establecido el procedimiento guía o manual para la limpieza y desinfección de planta física, equipo de salud y pacientes.
<p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria. 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud. 	X		No tienen establecido el procedimiento guía o manual para la limpieza y desinfección de áreas ni superficies. No tienen establecido los elementos utilizados para descontaminación por derrames.
<p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	X		En el protocolo de reuso y de desinfección de equipos refieren que realizan esterilización y no se evidencia manual de buenas prácticas de esterilización y no se evidencia contrato.
<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía correcta. 	X		
<p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>	X		No tienen establecido los elementos utilizados para manejo de derrames y rupturas de medicamentos.
<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p>	X		
<p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>	X		
<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador, así como con registros de control de la generación de residuos.</p>	X		
<p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contempla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrareferencia. b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. <ol style="list-style-type: none"> 4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros). 5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. 	X		



Gobernación del Quindío



SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION 2003 DE 28 DE MAYO DE 2014					
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud					
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio					
2.3.2.1 Todos los servicios					
Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.					
Todos los servicios					
Estándar	Criterio	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA/PORQUE	
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	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			
	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.		X		El prestador no garantiza que se pueda registrar permanente en la historia clínica, ya que el personal realiza los registros e historias clínicas posterior a la atención del paciente.
	Las historias clínicas se encuentren adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.		X		No se evidencia en la historia clínica que tengan registrado los tratamientos formulados, pues la fórmula médica es manual y no queda copia de esta en la historia clínica, solo nombran lo que se le mando pero no se especifican las dosis, frecuencias ni vías de administración.
	Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realice, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	X			
	Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.		X		Las historias clínicas no son oportunamente diligenciadas pues las historias clínicas no se hacen en el momento de la atención sino cuando el personal tiene acceso a un computador y a internet, y los auxiliares de enfermería realizan las notas de enfermería de 12 a 24 horas después.
	Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único	X			
	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento de intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X			
	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.	X			

ARTÍCULO SEGUNDO: Conceder al establecimiento ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA un término de quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir del día siguiente de la notificación del presente auto, directamente o por intermedio de apoderado, presente sus descargos y aporte o solicite la práctica de pruebas que considere pertinentes, conducentes e idóneas para el esclarecimiento de los hechos investigados de conformidad con el Artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, ejerciendo el derecho a la defensa y contradicción y debido proceso. Durante el mencionado término, este expediente quedará en la oficina jurídica de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, a su disposición o del apoderado que llegare a designar.

ARTÍCULO TERCERO: Téngase como pruebas documentales las que reposan en el expediente (33 folios) y a las cuales se hacen alusión en la parte considerativa del presente acto administrativo, y evidencia digital anexo folio (11).

ARTICULO CUARTO: Notificar personalmente la determinación contenida en el presente auto a la señora YULIMA ALVAREZ AGUIRRE, en calidad de Representante Legal y/o propietario o quien haga sus veces.

Dado en Armenia (Q) a los veinticinco (25) días del mes de Julio de 2018,

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CESAR AUGUSTO RINCÓN ZULUAGA
Secretario de Salud Departamental del Quindío

Proyectó: Carolina Carrillo Garay (Abogada Contratista)
Revisó: Luisa Fernanda Vanegas Londoño (Abogada Contratista)
Aprobó: Carolina Salazar Arias (Asesora de Despacho)