



Santiago de Cali, Agosto 10 de 2018

Doctora
MARITZA JHOANA PARRA LOZADA
CALLE 5D # 38A- 35 Torre 1 Consultorio 1016
E – mail: mariparra22@hotmail.com
Cali / Valle

Cordial saludo

La Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca le informa que entre los días 13 y 17 de Agosto de 2018, la Comisión Técnica de Verificación de la Oficina de Vigilancia y Control, estará presente en la sede de prestación de servicios con código # 7600108895 - 01, con el fin de realizar la visita de verificación para constatar el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas en la normatividad vigente. De esta manera, le solicito disponer entre otros de los siguientes documentos:

1. Formulario de Inscripción y/o Novedades en el Registro Especial de Prestadores
2. Hojas de vida del personal asistencial, con los siguientes documentos:
 - ❖ Copias de títulos
 - ❖ Convalidaciones (Si aplica)
 - ❖ Autorizaciones para ejercer
 - ❖ Certificaciones de entrenamiento, según exigencia de los servicios
3. Inventario de los equipos biomédicos con:
 - ❖ Cronograma de mantenimiento preventivo
 - ❖ Hojas de vida de los equipos con sus mantenimientos
4. Programa de Seguridad del Paciente.
5. Guías Clínicas de Atención
6. Manual de normas técnicas de promoción y prevención. (Si aplica)
7. Manual de los procedimientos que realice
8. Manual de procedimientos para el manejo de insumos y medicamentos (adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación) y normas técnicas para la reutilización de insumos, en caso de realizarse.
9. Manual de Bioseguridad
10. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH)
11. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC- (solo para IPS)





12. Soportes del envío de la información de los indicadores de calidad, a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular 049 de 2008 (solo para IPS).
13. Soportes de la suficiencia patrimonial y financiera de la IPS.
14. Los demás documentos exigidos según los servicios brindados

Adicionalmente, con el fin de cumplir con el reporte de indicadores de biomédica a la Superintendencia Nacional de Salud conforme a la Circular 049 de 2008, le solicito tener listo para el día de la visita, copia de:

- ❖ Inventario de equipos biomédicos controlados con visto bueno para la adquisición del equipo.
- ❖ Total de solicitudes de vistos buenos para la adquisición de equipo biomédico controlado
- ❖ Inventario de medicamentos
- ❖ Inventario de dispositivos médicos

Anexo a lo anterior se le solicitara copias de los siguientes documentos:

- Balance general del año 2017
 - Notas de Los Estados Financieros
 - Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera del año 2017
 - Fotocopia de la Tarjeta profesional y Cedula de Ciudadanía del Contador
 - Fotocopia de la Cámara y Comercio de la Entidad
- Por favor enviar toda esta documentación contable y financiera a los correos: habilitacionvalle.ivc20@gmail.com y habilitacionvalle.ivc10@gmail.com, en el momento en que la comisión técnica de la Secretaría Departamental de Salud hace apertura de la visita.

Solicitamos designar la persona y/o equipo que atenderá la visita, además disponer de toda la información para el óptimo desarrollo del proceso de verificación.

Atentamente,

Coordinador Inspección, Vigilancia y Control.



Gobernación

**ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DE
CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN
SALUD**

Versión: 02

Fecha de aprobación:

Página 1 de 2

3

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

CIUDAD: CALI	FECHA: AGOSTO 15 DE 2018	HORA DE INICIO: 8:45 AM
NOMBRE DE PRESTADOR : MARITZA JHOANA PARRA LOZADA		
NOMBRE DE SEDE: MARITZA JHOANA PARRA LOZADA		
TIPO DE PRESTADOR: IPS _____ PI <u>X</u> OSD _____ TEP _____		
CÓDIGO: 7600108895 - 01		NIT: 38554625 - 0
DIRECCIÓN: CALLE 5 D, # 38 A 35, TORRE 1, CONSULTORIO 1016		Tel: 3714814 - 3714555
REPRESENTANTE LEGAL: NO APLICA		CC: NO APLICA
CELULAR: NO REGISTRA	E-mail: mariparra22@hotmail.com	

PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA:

Nombre: RAMON LEONARDO FRANCO MARULANDA Cargo: ORTODONCISTA

Nombre: Cargo:

TIPO DE VISITA:

Verificación de cumplimiento de condiciones del Sistema Único de Habilitación.

Visita Previa a la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Visita de reactivación de la inscripción en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud

Conforme lo previsto en la Ley 9 de 1979, Decreto 0780 de 2016, Resolución 2003 de 2014 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan.

CÓD.	SERVICIO	M	C	DP	DNP	PND
347	REHABILITACION ORAL	IA	M	X		

MODALIDAD	AMBULATORIO	IA	Intramural Ambulatorio
		IH	Intramural Hospitalario
EXTRAMURAL	Ext D	Extremal Domiciliaria	
	Ext UM	Extremal Unidad Móvil	
	Ext Otras	Extremal Otras	
TELEMEDICINA	TIR	Telemedicina Institución Remisora	
	TCR	Telemedicina Centro de Referencia	

COMPL EJI DAD	B	Baja
	M	Media
	A	Alta
DECLARA CION DE SERVICIOS	DP	Declarado prestado
	DNP	Declarado NO Prestado
	PND	Prestado NO Declarado

OBSERVACIONES

- Consignadas en acta de IVC número 20180815 - 0305

EXIGENCIAS

- Consignadas en acta de IVC número 20180815 - 0305



Gobernación

**ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE
CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN
SALUD**

Versión: 02

Fecha de aprobación:

Página 2 de 2

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

CONDUCTA: MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN:

CLAUSURA TEMPORAL TOTAL	X	Según acta de IVC número 20180815 – 0305
CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL (SERVICIOS)		
SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS		
SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS		
DECOMISO OBJETOS /PRODUCTOS		
DESTRUCCIÓN DESNATURALIZACIÓN	O	
CONGELACIÓN (MEDICAMENTOS-EQUIPOS PRODUCTOS)		

Según acta de visita No: Número 20180815 – 0305

Por un periodo de 3 Meses y/o hasta subsanar hallazgos, el cual podrá ser prorrogado.

Se deja constancia de la visita realizada a la Institución o Profesional en cuestión, por parte de la Comisión Técnica de Verificación y se da por terminada la presente diligencia el día 15 de AGOSTO de 2018, siendo las 13:00 PM se lee, aprueba y firma por los que en ella intervinieron. Se extiende copia de ésta a quien atiende la visita.

POR LA ENTIDAD:

	Firma:		Firma:
Nombre: RAMON LEONARDO FRANCO MARULANDA	Nombre:		Nombre:
Cédula: 16.936.136	Cédula:		Cédula:
Cargo: ODONTOLOGO	Cargo:		Cargo:

POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD:

	Firma:		Firma:		Firma:
Nombre: MARIA EUGENIA MALAGON	Nombre:	Nombre: OSCAR M VELEZ	Nombre:	Nombre: GUSTAVO BEDOYA	Nombre:
Cédula: 29.125.735	Cédula:	Cédula: 1.144.024.207	Cédula:	Cédula: 14.703.230	Cédula:
Cargo: Verificadora Grupo IVC	Cargo:	Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo:	Nombre: Verificador Grupo IVC	Cargo:
	Firma:	Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: JOSE LUIS ORTIZ	Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cédula: 79.384.398	Cédula:	Cédula:	Cédula:	Cédula:	Cédula:
Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo:	Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo:	Nombre: Verificador Grupo IVC	Cargo:

ACTA DE VISITA No.:20180815-0305

CIUDAD: CALI	FECHA: AGOSTO 15 DE 2018	HORA DE INICIO:
NOMBRE DE PRESTADOR : MARITZA JHOANA PARRA LOZADA		
NOMBRE DE SEDE: NO APLICA		
TIPO DE PRESTADOR: IPS _____ PI <input checked="" type="checkbox"/> OSD _____ TEP _____		
CÓDIGO: 7600108895 - 01	NIT/C.C: 38554625 - 0	
DIRECCIÓN: CALLE 5D # 38 A 35 TORRE 1 CONSULTORIO 1016	Tel: 3714814 - 3714555	
REPRESENTANTE LEGAL: NO APLICA	CC: NO APLICA	
CELULAR: NO REGISTRA	E-mail: mariparra22@hotmail.com	

PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA:

Nombre: RAMON LEONARDO FRANCO MARULANDA	Cargo: ORTODONCISTA
Nombre:	Cargo:

TIPO DE VISITA:

Visita IVC: Queja Expediente No. Seguimiento Exigencias de visita anterior

Seguimiento a Medida Sanitaria No Acta

Otros:

OBJETIVO DE LA VISITA: VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DERIVADA DE VISITA DE VERIFICACION LLEVADA A CABO SEGÚN ACTA # 20180815-0302

Conforme lo previsto en la Ley 9 de 1979, Decreto 0780 de 2016, la Resolución 2003 de 2014 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan.

COD	SERVICIO	M	C	DP	DNP	PND	Insp
347	REHABILITACION ORAL	IA	M	X			

MODALIDAD	AMBULATORIO	IA	Intramural Ambulatorio
		IH	Intramural Hospitalario
EXTRAMURAL	Ext D	Extramural Domiciliaria	
	Ext UM	Extramural Unidad Móvil	
	Ext Otras	Extramural Otras	
TELEMEDICINA	TIR	Telemedicina Institución Remisora	
	TCR	Telemedicina Centro de Referencia	

COMPLEJIDAD	P	Baja
	M	Media
	A	Alta
DECLARACION DE SERVICIOS	DNP	Declarado prestado
	DNP	Declarado NO Prestado
	PND	Prestado NO Declarado
	Insp	Inspección

HALLAZGOS:

1.- TALENTO HUMANO.

- Ninguno.

2.- INFRAESTRUCTURA.

- Ninguno.

3.- DOTACIÓN.

1. Se evidencia AUTOCLAVE, marca OCCIDENTALES serie A23112011-1, para la cual se observa certificado de validación con fecha 2017-12-07. Al observar los datos reportados en el certificado se observa que el indicador biológico empleado en el procedimiento, tiene fecha de expiración 2017-06-08, lo cual demuestra que el indicador usado según los datos reportados ya



ACTA DE VISITA No.:20180815-0305

había expirado al momento de realizar la validación.

- 2. Otros hallazgos consignados en informe de visita de verificación según acta 20180815-0302, los cuales no son conducentes a medida sanitaria de seguridad.

4.- MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS.

- Hallazgos consignados en informe de visita de verificación según acta 20180815-0302, los cuales no son conducentes a medida sanitaria de seguridad.

5.- PROCESOS PRIORITARIOS

- No se evidencia adherencia al protocolo de esterilización ya que se observa:
 - Reúso de bolsas para esterilizar
 - Bolsas para esterilizar que requieren de selladora para cerrar, que está siendo selladas con cinta de enmascarar.
 - Quemadura y humedad en los paquetes que han pasado por el proceso de esterilización.
 - Inadecuado proceso de etiquetado de los paquetes esterilizados, solo se observa la fecha donde inicia el proceso y número de carga.
 - Utilización de indicador biológico cada 4 meses, la norma dice que el uso de este debe ser al menos un indicador semanal.
 - Se evidencia reúso de fresas sin proceso documentado en el protocolo de esterilización (lavado, secado, empaque, esterilización)
- Otros hallazgos consignados en informe de visita de verificación según acta 20180815-0302, los cuales no son conducentes a medida sanitaria de seguridad.

6.- HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

- Hallazgos consignados en informe de visita de verificación según acta 20180815-0302, los cuales no son conducentes a medida sanitaria de seguridad.

7.- INTERDEPENDENCIA

- No se evidencia disponibilidad de imagenología.

OBSERVACIONES.

- Se retira distintivo de habilitación, conforme a lo establecido por la Resolución 2003 de 2014 en La PAGINA 197, numeral 3.1.6.1, literal 3.1.6.1.2, número 3.
- Se informa al prestador que en caso de requerir asistencia técnica, podrá solicitarla al correo atezna@valledelcauca.gov.co

EXIGENCIAS.

- Abstenerse de prestar servicio de salud, sujeto a medida sanitaria de seguridad.
- Subsanan hallazgos y realizar autoevaluación con Resolución 2003 de 2014 y demás normas que se le adicionen, complementen y/o sustituyan.

CONDUCTA: MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN:

CLAUSURA TEMPORAL TOTAL	X	SERVICIO 347. REHABILITACION ORAL
CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL (SERVICIOS)		



Gobernación

ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL

Versión: 02

Fecha de aprobación:

Página 3 de 3

ACTA DE VISITA No.:20180815-0305

SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS		
SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS		
DECOMISO OBJETOS /PRODUCTOS		
DESTRUCCIÓN O DESNATURALIZACIÓN		
CONGELACIÓN (MEDICAMENTOS- EQUIPOS PRODUCTOS)		
RATIFICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA		
LEVANTAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA		

Por un periodo de 3 Meses y/o hasta subsanar hallazgos, el cual podrá ser prorrogado.

Nota: Una vez subsanados los hallazgos el prestador deberá solicitar el levantamiento de la medida sanitaria mediante oficio radicado en la ventanilla única de la Gobernación del Valle del Cauca.

Se deja constancia de la visita realizada a la Institución o profesional en cuestión, por parte de la Comisión Técnica de Verificación y se da por terminada la presente diligencia el día 15 de agosto de 2018, siendo las 1:30 PM se lee, aprueba y firma por los que en ella intervinieron. Se extiende copia de ésta a quien atiende la visita.

POR LA ENTIDAD:

Firma:	Firma:
Nombre: RAMON LEONARDO FRANCO MARULANDA	Nombre:
Cédula: 16.936.136	Cédula:
Cargo: ORTODONCISTA	Cargo:

POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD:

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: GUSTAVO BEDOYA	Nombre: MARIA EUGENIA MALAGON	Nombre: JOSE LUIS ORTIZ
Cédula: 14.703.230	Cédula: 29.125.735	Cédula: 79.384.398
Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo: Verificador Grupo IVC	Nombre: Verificador Grupo IVC
Firma:		
Nombre: OSCAR MAURICIO VELEZ		
Cédula: 1.144.024.207		
Cargo: Verificador Grupo IVC		



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

REHABILITACION ORAL



0173456

En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaría de Salud Departamental al teléfono: (2) 6200034

Este presente Distintivo de Habilitación se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y sus normas reglamentarias



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		7600108895 - Maritza Jhoana Parra Lozada			
Código y Nombre de la Sede		760010889501-Maritza Jhoana Parra Lozada			
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CALI	Dirección	Calle 5D # 38A- 35 Torre 1 Consultorio 1016. Barrio: Tequendama.
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

347 - REHABILITACIÓN ORAL



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHS038560**

Verifique la información de este documento, ingresando a: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx> y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS038560

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE - Dirección: Carrera 6 Calles 9 y 10 Edificio Gobernación Piso 11 - Teléfono(s): 6200000-6200034 6208821 ext 402 - 403 - Correo Electronico: fruda@valledecauca.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 08 - 11 - 2012 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: viernes 09 de septiembre de 2016 (8:34 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.

Código Interno MinSalud_PS:1809538406

Versión 2.0.



ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

INFORMACIÓN GENERAL DE LA VISITA

OBJETIVO DE LA VISITA: Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación del profesional independiente referenciado, por la Comisión Técnica de Verificación de la Secretaría Departamental de Salud, conforme a lo previsto en el Decreto 0780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014.			
NOMBRE DEL PRESTADOR	MARITZA JHOANA PARRA LOZADA	NIT/ CÉDULA DEL PRESTADOR	38554625 - 0
		CÓDIGO DEL PRESTADOR	7600108895 - 01
REPRESENTANTE LEGAL	NO APLICA	CÉDULA No.	NO APLICA
DIRECCIÓN	CALLE 5 D, # 38 A 35, TORRE 1, CONSULTORIO 1016	TELÉFONO	3714814 - 3714555
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI	FECHA INICIO DE VISITA	AGOSTO 15 DE 2018
		FECHA FINALIZACIÓN VISITA	AGOSTO 15 DE 2018
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	RAMON LEONARDO FRANCO MARULANDA	CARGO	ORTODONCISTA
		CÉDULA No.	16.936.136

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

CÓD.	SERVICIO	M	C	DP	DNP	PND
347	REHABILITACION ORAL	IA	M	X		

MODALIDAD	AMBULATORIO	IA	Intramural Ambulatorio
		IH	Intramural Hospitalario
EXTRAMURAL	Ext D	Extremal Domiciliaria	
	Ext UM	Extremal Unidad Móvil	
	Ext Otras	Extremal Otras	
TELEMEDICINA	TIR	Telemedicina Institución Remisora	
	TCR	Telemedicina Centro de Referencia	

DECLARACION DE SERVICIO	B	Baja
	M	Media
A	Alta	
DP	Declarado prestado	
DNP	Declarado NO Prestado	
PND	Prestado NO Declarado	

1. RESUMEN DE HALLAZGOS Y COMENTARIOS POR ESTÁNDAR**CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS****1. RECURSO HUMANO**

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.

C	NC	NA
X		

SERVICIO

HALLAZGOS

2. INSTALACIONES FÍSICAS

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

C	NC	NA
X		

SERVICIO

HALLAZGOS



INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN PARA PRESTADORES

Versión: 02
Fecha de aprobación:
Página 2 de 4

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

3. DOTACIÓN- MANTENIMIENTO

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

C	NC	NA
	X	

SERVICIO	HALLAZGOS
	<ul style="list-style-type: none"> • No se evidencian fichas técnicas de equipos biomédicos empleados para la prestación de los servicios a nombre de la profesional. • Se evidencia unidad odontológica marca GAD, serie 0596, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018. • Se evidencia pieza de alta marca KAVO, serie 0083071, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018. • Se evidencia MICROMOTOR marca KAVO, serie 0101543, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018. • Se evidencia CONTRA ANGULO marca KAVO, serie 0110448, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018. • Se evidencia LAMPARA DE FOTOCURADO marca LED G, serie C10120069B, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018. • Se evidencia ESCALER ULTRASONICO marca TOL M3, serie NE12101372, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

	<p>describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 17-02-2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evidencia AUTOCLAVE, marca OCCIDENTALES serie A23112011-1, para la cual se observa certificado de validación con fecha 2017-12-07. Al observar los datos reportados en el certificado se observa que el indicador biológico tiene fecha de expiración 2017-06-08, lo cual demuestra que el indicador usado según los datos reportados ya había expirado al momento de realizar la validación. • Se evidencia COMPRESOR marca 3G, serie 0011, para el cual se observan certificados de mantenimiento preventivo hasta el 02 de diciembre de 2014. No se observan certificados posteriores para esta actividad. Se evidencia formato para registro de mantenimiento dentro del cual se observa una lista de inspección general, la cual indica que se realizó mantenimiento, pero no se describen las actividades realizadas. Estos registros están para las fechas 9 de julio de 2016, 23 de septiembre de 2016, 17 de febrero de 2017, junio 10 de 2017, diciembre 15 de 2017 y 25 de abril de 2018.
--	---

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

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.

C	NC	NA
	X	

SERVICIO	HALLAZGOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Se evidencia documento de uso y reúso de dispositivos médicos, dentro del cual no especifica los dispositivos médicos a reusar en el servicio ofertado, numero de reúsos de los mismos, procedimiento para control de los reúsos y disposición final de los mismos. • No se evidencia implementación de programa de tecnovigilancia. • No se evidencia implementación de programa de farmacovigilancia. • No se evidencian documentados la totalidad de procedimientos establecidos por la Resolución 2003 de 2014, página 27, todos los servicios, estándar 4, para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

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.

C	NC	NA
	X	

SERVICIO	HALLAZGOS
	<ul style="list-style-type: none"> • El prestador 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, el cual no se acoge al procedimiento metodológico definido por el ministerio de la protección social. • No se evidencia acto administrativo de adopción de guías de práctica clínica. • Se evidencia protocolo de lavado de manos el cual no tiene documentado los 5 momentos del lavado. Solo se evidencia el instructivo gráfico. -se evidencia manual de limpieza y desinfección de áreas superficies y equipos el cual no describe el procedimiento de cómo realizarlo, tampoco menciona las rutinas

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

y los horarios establecidos para realizar dicho proceso.

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Tiene diseñado 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.

C	NC	NA
	X	

SERVICIO

HALLAZGOS

- Se evidencia manual de gestión de historia clínica el cual no menciona el responsable del acceso a la plataforma electrónica dental vox.
- No menciona con qué periodicidad realizan las copias de seguridad por utilizar medios electrónicos
- No describe cual es el plan de contingencia para el desarrollo de la historia clínica en el momento de prestarse fallas en la plataforma electrónica ni tampoco cuenta con los formatos respectivos para realizar lo registros clínicos.
- No describe el procedimiento para la conservación y custodia de los formatos anexos utilizados para los registros asistenciales. Según resolución 1995 de 1999.

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

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.

C	NC	NA
		X

SERVICIO

HALLAZGOS

PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES – PGIRHS

El PGIRHS que presenta la institución Cumple / No cumple con lo establecido en el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios en Colombia, elaborado por los Ministerios de la Protección Social y del Medio Ambiente. Decreto 2676 de 2000 y Resolución 1164 de 2002.

C	NC	NA
X		

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA Y DEMÁS

CANTIDAD DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EVALUADOS	9	CANTIDAD DE EQUIPOS BIOMÉDICOS SUSPENDIDOS	0
CANTIDAD DE MEDICAMENTOS EVALUADOS	5	CANTIDAD DE MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS	0
CANTIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EVALUADOS	8	CANTIDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SUSPENDIDOS	0

OBSERVACIONES:



INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN PARA PRESTADORES

Versión: 02
Fecha de aprobación:
Página 5 de 4

ACTA DE VISITA No.: 20180815 - 0302

- Se retira distintivo de habilitación, conforme a lo establecido por la Resolución 2003 de 2014 en La PAGINA 197, numeral 3.1.6.1, literal 3.1.6.1.2, numero 3.
- Se informa al prestador que en caso de requerir asistencia técnica, podrá solicitarla al correo atezna@valledelcauca.gov.co

DE ACUERDO CON LO ANTERIOR SE RECOMIENDA:

Otorgar el Certificado de Habilitación.....

Iniciar investigación jurídico-administrativa.....

Miembros de la Comisión Técnica de la Secretaría Departamental de Salud:

Nombre : GUSTAVO BEDOYA C.C.: 14.703.230	Nombre: MARIA EUGENIA MALAGÓN C.C. 29.125.735
Nombre: OSCAR MAURICIO VELEZ C.C.: 1.144.024.207	Nombre: JOSE LUIS ORTIZ P. C.C.: 79.384.398

INFORME DE LA VISITA Maritza Jhoana Parra Lozada

1 mensaje

Grupo Inspeccion Vigilancia y Control <habilitacionvalle.ivc11@gmail.com>
Para: mariparra22@hotmail.com

29 de agosto de 2018, 10:56



INFORME VERIFICACION.pdf

712K