

Cartago, octubre 23 de 2020.

Doctora:

María Cristina Lesmes Duque.

Secretaria de Salud Departamental.

Valle del cauca.

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, respetuosamente, para solicitar de su intervención inmediata, frente a unas situaciones que ocurren desde hace tiempo en varias instituciones de salud del municipio, afectando de manera directa el bienestar y la integridad de nosotros como habitantes del municipio:

- Vemos con gran preocupación que la Clínica Nueva de Cartago, y la Clínica Guadalupe, funcionen como instituciones de mediana complejidad, sin tener un servicio de urgencias, ni cumpla con los requisitos mínimos que garanticen la seguridad en la atención.
- Que funcionen sin contar con las normas mínimas de habilitación, en su infraestructura y todo lo que concierne en la prestación de los servicios de salud.
- Que no tengan cobertura 24 horas de las especialidades básicas, como está establecido en la normatividad para instituciones de mediana complejidad.
- Que no cuenten con servicio farmacéutico, de dispensación de medicamentos intrahospitalarios 24 horas.
- Más preocupante aun, el funcionamiento de UCI Valle, sin especialistas idóneos, sin dispensación de medicamentos a partir de las 10 de la noche, sin el cumplimiento de normas de habilitación y sin la infraestructura requerida para su óptimo desempeño.

Esperamos que usted como primera autoridad de salud del Valle del Cauca, realice una inspección a dichas entidades, en aras de verificar las condiciones actuales de funcionamiento y el cumplimiento de la normatividad de habilitación vigente que rige para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Quedamos atentos a su pronta y oportuna gestión.

Atentamente,

GRUPO DE DEFENSORES Y VIGIAS DE LA SALUD DE CARTAGO.



REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|

Nit: NI

Cédula ciudadanía: CC -

Cédula extranjería: CE

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento Municipio Código de Prestador - Nombre del Prestador Clase de Prestador Dirección Teléfono(s) Fax Correo Electrónico Razón Social Representante Legal Nivel Atención Prestador Carácter Territorial Fecha de Inscripción Fecha de Vencimiento

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:01 p. m.)



REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCCIONES |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|
| NIT/CC | 900653672 - 6 | | | | |
| Naturaleza Jurídica | Privada | | | | |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | | | |
| Departamento | Valle del cauca | Municipio | CARTAGO | | |
| Código de Prestador | 7614709467 - 01 | | | | |
| Nombre del Prestador | UCI VALLE SAS | | | | |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS | Carácter Territorial | | | |
| Empresa Social del Estado | | Nivel Atención Prestador | | | |
| DATOS DE LA SEDE | | | | | |
| Departamento | Valle del cauca | Municipio | CARTAGO | | |
| Código de la Sede | 7614709467 - 01 | Sede principal | SI | | |
| Nombre de la Sede | UCI VALLE | | | | |
| Gerente | DAVIER EDUARDO ALTAMAR HERRERA | Zona | URBANA | | |
| Dirección | CARRERA 4 #8-07 | Barrio | GUADALUPE | | |
| Centro poblado | CARTAGO | Fax | 2106767 | | |
| Teléfono(s) | 3013707123 | Correo Electrónico | ucivalledetcauca@gmail | | |
| Fecha de Apertura | 20140512 | | | | |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:02 p. m.)



REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCCIONES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|------------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|------------|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

- Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
 - Intramural: Hospitalario
 - Extramural: Unidad Móvil
 - Extramural: Domiciliario
 - Extramural: Otras Extramural
 - Telemedicina: Centro Referencia
 - Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:03 p. m.)



(3) registros encontrados.

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|-----------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|------------|
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | 107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | DHS178848 |
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | 110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | DHS178849 |
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO | DHS233588 |





REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIÓNES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad Intramural: Ambulatorio Intramural: Hospitalario Extramural: Unidad Móvil
 Extramural: Domiciliario Extramural: Otras Extramural Telemedicina: Centro Referencia
 Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:03 p. m.)



**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE:

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad Intramural: Ambulatorio Intramural: Hospitalario Extramural: Unidad Móvil
 Extramural: Domiciliario Extramural: Otras Extramural Telemedicina: Centro Referencia
 Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:04 p. m.)



**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIÓNES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

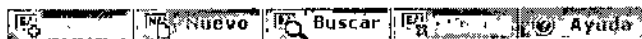
Servicio

Modalidad Intramural: Ambulatorio Intramural: Hospitalario Extramural: Unidad Móvil
 Extramural: Domiciliario Extramural: Otras Extramural Telemedicina: Centro Referencia
 Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:04 p. m.)





REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

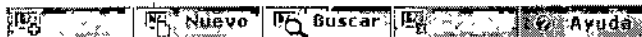
| PRESTADORES | SFDFS | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIÓNES |
|-------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| NIT | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Naturaleza Jurídica | <input type="text"/> | | | | |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | | | |
| Código del Prestador | <input type="text" value="7614709467"/> | <input type="checkbox"/> | Clase de Prestador | <input type="text"/> | |
| Empresa Social del Estado | <input type="text"/> | | Nivel Atención Prestador | <input type="text"/> | Carácter Territorial <input type="text"/> |
| DÍA DE LA SÍDE | | | | | |
| Departamento | <input type="text"/> | | Municipio | <input type="text"/> | |
| Código de la Sede | <input type="text" value="7614709467"/> | <input type="text" value="01"/> | | | |
| Nombre de la Sede | <input type="text"/> | | | | |
| CAPACIDAD INSTALADA | | | | | |
| Grupo | <input type="text"/> | | | | |
| Concepto | <input type="text"/> | | | | |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:07 p. m.)



(3) registros encontrados.

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Seco | Número Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|-----------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------|--------|---------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | CAMAS | Cuidado Intermedio Adulto | 6 | | | 0 | |
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | CAMAS | Cuidado Intensivo Adulto | 4 | | | 0 | |
| Valle del cauca | CARTAGO | 7614709467 | 01 | UCIVALLE | SILLAS | Sillas de Hemodiálisis | 1 | | | 0 | |





REGISTRO ACTUAL - MEDIDAS DE SEGURIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| | | | | | |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|------------|
| PRESTADORES | SFDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCCIONES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|------------|

NIT/CC - Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

- Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
 - Intramural: Hospitalario
 - Extramural: Unidad Móvil
 - Extramural: Domiciliario
 - Extramural: Otras Extramural
 - Telemedicina: Centro Referencia
 - Telemedicina: Institución Remisora

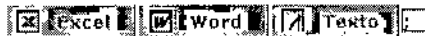
Complejidad Baja Medía Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

MEDIDAS DE SEGURIDAD - Ley 9 de 1979 - Artículo 576

Servicio

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:08 p. m.)



(0) registros encontrados.

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------|----------|------------|
| 1 | | | | | | |





REGISTRO ACTUAL - SANCIONES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

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

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|-------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|

NIT/CC - Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA UNIDAD

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Modalidad Intramural: Ambulatorio Intramural: Hospitalario Extramural: Unidad Móvil
 Extramural: Domiciliario Extramural: Otras Extramural Telemedicina: Centro Referencia
 Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

SANCIONES Ley 9 de 1979 - Artículo 577

Servicio

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 08 de diciembre de 2020 (8:08 p. m.)



(0) registros encontrados.

| 1 | Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|--------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------|----------|------------|
| 1 | | | | | | | |



AGENDA VISITA

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA DE LA VISITA: | Diciembre 09 2020 | | |
| NORMA A EVALUAR | | | |
| | Resolución 2003 de 2014 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan. | | |
| X | Resolución 3100 de 2019 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan. | | |
| TIPO DE VISITA (Señale con X el tipo de visita que corresponda) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. Previa | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. IVC |
| <input type="checkbox"/> | 2. Reactivación | <input type="checkbox"/> | 6. Seguimiento de Medida |
| <input type="checkbox"/> | 3. Certificación | <input type="checkbox"/> | 7. Autorización Transitoria |
| <input type="checkbox"/> | 4. Búsqueda Activa | | |

Si señaló 7. Autorización Transitoria en el punto anterior, especifique:
TIPO DE AUTORIZACIÓN: Marcar con X y detallar a continuación:

| TIPO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Adecuación temporal en lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones | <input type="checkbox"/> Dentro de instalaciones <input type="checkbox"/> Fuera de instalaciones, ¿dónde? _____ |
| b) Reconvertir o adecuar un servicio de salud temporalmente para la prestación de otro servicio no habilitado | Servicio a reconvertir o adecuar (con modalidad y complejidad): _____ ¿Por cuál servicio? (con modalidad y complejidad): _____ |
| c) Ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado. | Apertura de (Nº) _____ camas o camillas para el servicio (s) de _____ |
| d) Prestar servicios en modalidades o complejidades diferentes habilitadas. | Servicio a modificar (con complejidad y modalidad): _____ _____ Modificación de modalidad a: _____ Modificación de complejidad a: _____ |
| e) Prestar otros servicios de salud no habilitados. | Nombre de servicios a prestar no habilitados: _____ |

| | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTADOR: | UCI VALLE SAS |
| NOMBRE SEDE: | UCI VALLE |
| CLASE DE PRESTADOR: | IPS |
| CÓDIGO DE HABILITACIÓN | 7614709467-01 |
| RESPONSABLE DE VISITA Y ACTIVIDADES | <p>Andres Bernate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificación - Presentación visita - Distribución estándares - Diligenciamiento de acta - Cierre visita - Consolidar informe - Entrega al responsable de la comisión |
| RECORRIDO POR INSTALACIONES: | Todos los miembros de la comisión. |

SERVICIOS

| CODIGO - NOMBRE | Modalidad | Complejidad |
|---------------------------|-----------|-------------|
| 107 UCIN ADULTOS | IH | M |
| 110 UCI ADULTOS | IH | A |
| 714 SERVICIO FARMACEUTICO | IH | A |

CAPACIDAD INSTALADA ACTUAL

| GRUPO | CONCEPTO | CANTIDAD | PLACA VEHICULO |
|-------------------------|------------------|----------|----------------|
| CAMAS | 107 UCIN ADULTOS | 6 | |
| CAMAS | 110 UCI ADULTOS | 4 | |
| CAMILLAS DE OBSERVACIÓN | | | |
| SALAS | | | |
| SILLAS | 733 HEMODIALISIS | 1 | |
| CONSULTORIOS | | | |
| UNIDAD MOVIL | | | |
| AMBULANCIAS | | | |

DISTRIBUCION:

| ESTANDARES – CRITERIOS | RESPONSABLE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| TALENTO HUMANO Todos los Servicios y Propios de los Servicios | LEISIN ARROYO |
| INFRAESTRUCTURA Todos los Servicios y Propios de los Servicios | JUAN D. ECHEVERRY |
| DOTACIÓN Todos los Servicios y Propios de los Servicios | NO APLICA |
| MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS Todos los Servicios y Propios de los Servicios | ANDRES BERNATE |
| PROCESOS PRIORITARIOS Todos los Servicios | NO APLICA |
| PROCESOS PRIORITARIOS Propios de los Servicios | NO APLICA |
| HISTORIA CLINICA Todos los Servicios y Propios de los Servicios | NO APLICA |
| INTERDEPENDENCIA Todos los Servicios y Propios de los Servicios | JUAN D. ECHEVERRY |

En la medida que vayamos terminando seguimos ayudando a los compañeros que aún no hayan finalizado.





**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 1 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601



1. OBJETIVO DE LA VISITA

Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestador de servicios de salud, por parte de la Comisión Técnica de Verificación de la Secretaría Departamental de Salud:

PERIODO TRANSITORIO

| | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 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, adicioneen o sustituyan. |
| X | Conforme lo previsto en la Ley 9 de 1979, Decreto 0780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicioneen o sustituyan. |

2. DATOS DEL PRESTADOR

| | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-----------|-------------------|-----------------|------|
| MUNICIPIO: | CARTAGO | FECHA: | Diciembre 09 2020 | HORA DE INICIO: | 8:40 |
| NOMBRE DE PRESTADOR: | UCI VALLE SAS | | | | |
| NOMBRE DE SEDE: | UCIVALLE | | | | |
| TIPO DE PRESTADOR: | IPS: | X | PI: | OSD: | TEP: |
| CÓDIGO: | 7614709467-01 | CC / NIT: | 900653672-6 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 4 #8-07 | TEL: | 3207256479 | | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | FERNAN FORTICH GONZALES | CC: | 9.077.650 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ucivalledelcauca@gmail.com | | | | |

3. MOTIVO DE VISITA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| | Queja No. _____ |
| | Seguimiento a Medida de Seguridad No. Acta _____ |
| X | Otros |
| DESCRIPCIÓN: Queja recepcionada a través de e-mail por presunto incumplimiento en la normativa de habilitación. | |



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 2 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

4. INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

| CÓDIGO Y NOMBRE | M | C | DP | DNP | PND |
|----------------------------------|----|---|----|-----|-----|
| 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS | IH | M | | | |
| 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS | IH | A | | | |
| 714 SERVICIO FARMACEUTICO | IH | A | | | |

4.1 CONVENCIÓNES DE SERVICIOS

**4.1.1 CONVENCIÓNES DE SERVICIOS
(PERIODO TRANSITORIO)**

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|-----------------------|----------------|--------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| COMPLEJIDAD C | B | Bajo | MODALIDAD M | INTRAMURAL | IM | Intensiva | MODALIDAD | IA | Intramural Ambulatorio |
| | M | Medio | | EXTRAMURAL | Ext D | Extramura Dedicada | | IH | Intramural Hospitalario |
| A | Alto | EXTRAMURAL | | Ext UM | Extramura Unidad Móvil | Ext Otras | | Extramura Otras | |
| DECLARACIÓN DE SERVICIOS | DP | Declarado prestado | | TELEMEDICINA | Ext JS | Extramura Jornada de Salud | | TIR | Telemedicina Institución Remota |
| | DNP | Declarado No Prestado | | | TPRS | Telemedicina Prestador Remoto | | TCR | Telemedicina Centro de Referencia |
| | PND | Prestado No Declarado | | | TPRF | Telemedicina Prestador de Referencia | | CATEGORÍAS | TIA |
| | | | | | | TMA | Telemedicina No Interactiva | | |
| | | | | TTEX | Telemedicina Teleparticipa | | | | |
| | | | | TTM | Telemedicina Telemóvil | | | | |

5. CAPACIDAD INSTALADA

| GRUPO | CONCEPTO | CANTIDAD | PLACA VEHICULO | DP | DNP | PND |
|-------------------------|--------------------------------|----------|----------------|----|-----|-----|
| CAMAS | 107 Cuidado Intermedio Adultos | 6 | [REDACTED] | X | | |
| CAMAS | 110 Cuidado Intensivo Adultos | 4 | | X | | |
| CAMILLAS DE OBSERVACIÓN | ----- | ----- | | | | |
| SALAS | ----- | ----- | | | | |
| SILLAS | Sillas de Hemodiálisis | 1 | | | X | |
| CONSULTORIOS | ----- | ----- | | | | |
| UNIDAD MÓVIL | ----- | ----- | | | | |
| AMBULANCIAS | ----- | ----- | | | | |

6. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1 TALENTO HUMANO |
| SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714 SERVICIO FARMACEUTICO |
| CRITERIO: |
| Cumple con los criterios verificados. |
| HALLAZGOS: |
| • Sin hallazgos. |



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 3 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

6.2 INFRAESTRUCTURA

SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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

Cuando estos servicios de apoyo son contratados con terceros, dichos proveedores deben contar con el concepto sanitario correspondiente a la actividad de bienes y servicios que presta.

HALLAZGOS:

- No se evidenciaron los respectivos conceptos sanitarios emitido por las autoridades sanitarias correspondientes

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

4. Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla día.

HALLAZGOS:

- El prestador no cuenta con cantidad de tanques de almacenamiento de agua para el consumo humano que garanticen como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, teniendo en cuenta que se evidenciaron 10 camas en el servicio de UCI/UCiN con un solo tanque de 5000 LT.

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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

HALLAZGOS:

- El cielo raso del área de vestier no cumple con superficies impermeables, lavables, sólidas, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de condición lisa y continua. Se evidencio cubierta inclinada a la vis:a en láminas de teja traslucidas sobrepuestas.



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 4 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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

HALLAZGOS:

- No se evidencio detalle de mediacaña en todo su recorrido lineal de muros o paredes en las siguientes áreas y ambientes del servicio de UCI/UCIN:
 - Ambiente de trabajo sucio
 - Ambiente de trabajo limpio
 - Ambiente de vestier
 - Pasillo de acceso al servicio

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

26. El prestador de servicios de salud que contrate el proceso de esterilización, dentro de su infraestructura cuenta con:

26.1. Ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor.

HALLAZGOS:

- La IPS contrata el proceso de esterilización con la empresa Etigas, aunque dentro de su infraestructura no cuenta con ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor.

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

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

HALLAZGOS:

- Las siguientes áreas y/o ambientes no cuentan con ventilación y/o iluminación natural o artificial:
 - Ambiente de trabajo limpio sin ventilación natural o artificial.
 - Ambiente de trabajo sucio sin ventilación natural o artificial.
 - Ambiente de vestier y unidad sanitaria al interior sin ventilación ni iluminación natural o artificial.
 - Cuarto de aseo sin ventilación ni iluminación natural o artificial.



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 5 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

CRITERIO:

11.1. ESTÁNDARES y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

2. Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo.

HALLAZGOS:

- Los servicios de UCI/UCIN no cuentan con ambiente de aseo de uso exclusivo, se evidencio este espacio por fuera del servicio, sobre circulación común contiguo a ambiente de ropa sucia.

CRITERIO:

11,4,9 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

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

10.3. Ambiente para brindar información a familiares.

HALLAZGOS:

- El servicio no cuenta con ambiente para brindar información a familiares.

CRITERIO:

11,4,9 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

10.4. Cubículos de 8 m² que cuentan con:

10.4.1. Salida de oxígeno medicinal.

10.4.2. Sistema de vacío.

HALLAZGOS:

- Los siguientes cubículos no cumplen con el área de 8m²:
 - Cubículos 2,3,4,5 y 6

6.3 DOTACIÓN

**SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714
SERVICIO FARMACEUTICO**

CRITERIO:

No verificado.

HALLAZGOS:

- No verificado.



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 6 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

6.4 MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714
SERVICIO FARMACEUTICO

CRITERIO:

Cumple con los criterios verificados.

HALLAZGOS:

- Sin hallazgos.

6.5 PROCESOS PRIORITARIOS

SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714
SERVICIO FARMACEUTICO

CRITERIO:

No verificado.

HALLAZGOS:

- No verificado

6.6 HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714
SERVICIO FARMACEUTICO

CRITERIO:

No verificado.

HALLAZGOS:

- No verificado.

6.7 INTERDEPENDENCIA

SERVICIO: 107 CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS - 110 CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - 714
SERVICIO FARMACEUTICO

CRITERIO:

Cumple con los criterios verificados.

HALLAZGOS:

- Sin hallazgos.



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 7 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601

7. MEDIDA DE SEGURIDAD

| CONSISTENTE EN: | No. ACTA – SERVICIOS – TRABAJOS |
|----------------------------------------------|---------------------------------|
| CLAUSURA TEMPORAL TOTAL | |
| CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL (SERVICIOS) | |
| SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS | |
| SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS | |
| DECOMISO OBJETOS /PRODUCTOS | |
| DESTRUCCIÓN O DESNATURALIZACIÓN | |
| CONGELACIÓN (MÉDICAMENTOS-EQUIPOS PRODUCTOS) | |
| LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE SEGURIDAD | |
| RATIFICACIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD | |
| NINGUNA | X |

8. OBSERVACIONES

1. Se evidencia en capacidad instalada una silla de hemodiálisis, quien atiende la visita manifiesta que ese servicio no se presta en la institución.
2. Durante la visita no se evidenciaron los siguientes documentos para el estándar de infraestructura:
 - Certificación RETIE (Según aplique por año de construcción de la edificación)
 - Soportes pertinentes de mantenimiento preventivo y lavado y desinfección de tanque de almacenamiento de agua potable
3. Se evidenciaron los siguientes incumplimientos con referencia a resolución 4445 de 1996, norma de diseño y construcción de infraestructuras hospitalarias:
 - El ancho mínimo del pasillo de acceso al servicio de UCI, donde transitan camillas, equipos y personal asistencial no cumple, mide 0.95 mt entre marcos de puerta, esta circulación requiere como mínimo 1,40 mt.
 - El vestier del personal asistencial no cuenta con unidad sanitaria con ducha
 - Los cuartos definidos como aislamientos no cuenta o no cumplen con:
 - Antecámara entre el cuarto y el pasillo
4. Teniendo en cuenta que Colombia se encuentra en la emergencia sanitaria por covid-19 y en el municipio de Cartago existen 11 camas de cuidado intensivo adulto de la cuales 4 son de esta institución, no se toma una medida de seguridad.
5. Si requiere asistencia técnica puede solicitarla al correo habilitacion@valledelcauca.gov.co. Son totalmente gratuitas.

9. EXIGENCIAS

- Realizar novedad de capacidad instalada de sillas de hemodiálisis debido a que el prestador no presta este servicio de salud.



**ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL**

Código: FO- SP-M3-P6-03-03

Versión: 03

Fecha de aprobación: 03/07/2020

Página: 8 de 8

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20201209-0601


10. PERSONAS QUE ATIENDIERON LA VISITA

| NOMBRE | CARGO |
|-------------------------|---------------------|
| Fernan Fortich Gonzales | Representante legal |

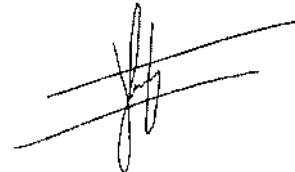
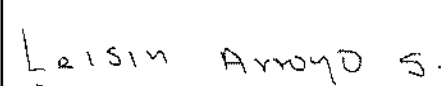
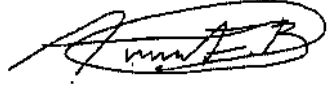
11. CIERRE DEL ACTA

Se deja constancia, de la visita realizada, al prestador, por parte de la Comisión Técnica de Verificación y se da por terminada la presente diligencia el día 09 de diciembre de 2020, siendo las 15:15 se lee, aprueba y firma por los que en ella intervinieron. Se extiende copia de esta acta al prestador.

POR EL PRESTADOR

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|  | Firma: |
| Firma: | |
| Nombre: Fernan Fortich Gonzales | Nombre: |
| Cédula: 9.077.650 | Cédula: |
| Cargo: Representante legal | Cargo: |

POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE VERIFICACIÓN DE LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD:

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|  | |  | |  | |
| Firma: | | Firma: | | Firma: | |
| Nombre | Juan David Echeverry | Nombre | Leisin Arroyo | Nombre | Andrés Bernate |
| Cédula | 1.144.164.145 | Cédula | 66.939.309 | Cédula | 1.144.044.241 |

9/12/2020

Correo de Gobernación del Valle - Acta de visita de inspeccion, vigilancia y control



Habilitación IVC <habilitacion@valledelcauca.gov.co>

Acta de visita de inspeccion, vigilancia y control

1 mensaje

Habilitación IVC <habilitacion@valledelcauca.gov.co>
Para: ucivalledelcauca@gmail.com

9 de diciembre de 2020 a las 15:12

Buenas tardes,

Adjunto se encuentra el acta de visita de inspección, vigilancia y control realizada el día 09 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

--

Andres Bernate
GRUPO INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA

 ACTA DE VISITA IVC.pdf
288K