

Providencia	Fecha de Ejecutoria	Montos pendientes de pago			Beneficiario(s) Final(es) y apoderado (si los hay)		Fecha Acuerdo de Pago	Turno de pago asignado
		Capital	Intereses	Costas	Beneficiario	Apoderado		
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	FLOREZ YATE MARIANA	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	FERRERA YATE MAYRA YULSA	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	YATE SILVA FELIPE	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	YATE SILVA CLEMENINA	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	64.435.000,00	89.959.434,07	-	YATE MORA ISABEL	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	64.435.000,00	89.959.434,07	-	YATE ROMERO MARTHA VANETH	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	64.435.000,00	89.959.434,07	-	YATE ROMERO SANDRA MAYELY	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	64.435.000,00	89.959.434,07	-	YATE RAMIREZ LUIS ANGEL	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	NAVARRO YATE JHON JAIRO	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	64.435.000,00	89.959.434,07	-	YATE TOVAR JABER	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	NAVARRO YATE EDWIN YAMID	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
50001333100620070026800	23-10-2015	32.217.500,00	44.979.717,04	-	NAVARRO YATE ANDRES	DEGO RAUL ROMERO GAMBA	11/09/2021	T-0044
180013331002200800303000	13-11-2018	39.062.100,00	23.520.002,91	-	JAMME SANCHEZ MIGUEL ANGEL	JESUS LOPEZ FERNANDEZ	11/09/2021	T-0054
180013331002200800303000	13-11-2018	39.062.100,00	23.520.002,91	-	JAMME SANCHEZ MARTHA NATALIA	JESUS LOPEZ FERNANDEZ	11/09/2021	T-0054
180013331002200800303000	13-11-2018	39.062.100,00	23.520.002,91	-	JAMME SANCHEZ GINA PATRICIA	JESUS LOPEZ FERNANDEZ	11/09/2021	T-0054
180013331002200800303000	13-11-2018	114.121.768,00	68.714.798,03	-	JAMME GARRIDO ANGE XOMARA	JESUS LOPEZ FERNANDEZ	11/09/2021	T-0054
73001333100120110065300	19-11-2015	393.586.489,00	539.869.984,54	-	PATRIMONIOS AUTONOMOS BTO PACTUAL SOCIEDAD FIDUCIARIA S.A.	DIANA FERNANDA SANCHEZ ARISTZABAL	16/07/2021	T-0237
0500133302020150022300	11-06-2015	170.806.539,80	229.284.802,85	-	JOSÉ FERNANDO MARTÍNEZ ACEVEDO	ACEVEDO	16/07/2021	T-0252
44001333100220120004401	10-09-2015	317.020.200,00	458.254.118,84	-	PATRIMONIO AUTÓNOMO INVERSION SENTENCIAS QUANTUM I	DIANA FERNANDA SANCHEZ ARISTZABAL	16/07/2021	T-0271
44001333100220120004401	10-09-2015	79.255.050,00	114.583.529,98	-	ALEXANDER URIBE MUNERA	ALEXANDER URIBE MUNERA	16/07/2021	T-0271 A
05001333101620100024700	18-03-2018	410.225.725,00	541.542.839,31	-	FONDO DE CAPITAL PRIVADO CATTLEVA COMPORTAMIENTO 1	STEPHANIE DAGER JASSIR	16/07/2021	T-0274

11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	SANTACRUZ JIMMY PASTOR	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	RIOS OSPINA NARLY	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	56.311.888,00	22.198.871,15	-	SANTACRUZ MARIELA	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	ARCILA SANTACRUZ MARIA LILIANA	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	RIOS OSPINA MARYORY	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	RIOS OSPINA LIRIA YURIEBETH	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	SANTACRUZ LUZ ESMERALDA	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	ANDRADE SANTACRUZ EDILMA ROCIO	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	56.311.888,00	22.198.871,15	-	MONEDERO VALENCIA DEICY JOHANNA	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	RIOS SANTACRUZ KARENTANDY	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	239.514.503,20	94.419.700,47	-	RIOS SANTACRUZ WAGNER EDUARDO	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
11001334306520160016000	15-02-2019	28.155.944,00	11.099.435,60	-	RIOS SANTACRUZ WALTER YENI	HADA ESMERALDA GARCIA CASTAÑEDA	16/07/2021	T-0276
18001333300220140097700	27-04-2017	564.969.208,00	476.787.788,19	-	FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A	STEPHANIE DAGER JASSIR	16/07/2021	T-0300
60001233100020070039601	02-02-2017	494.270.390,00	537.133.689,65	-	HENRY BENJAMIN HERRERA AGUDELO	HENRY BENJAMIN HERRERA AGUDELO	16/07/2021	T-0302
54001333300320120005600	06-09-2018	62.499.360,00	41.800.027,73	-	JAIRO HUMBERTO NIÑO	LUIS CARLOS SERRANO SANABRIA	16/07/2021	T-0305
54001333300320120005600	06-09-2018	305.317.593,60	204.198.633,08	-	NIÑO FERRER JULIO CESAR	LUIS CARLOS SERRANO SANABRIA	16/07/2021	T-0305
54001333300320120005600	06-09-2018	62.499.360,00	41.800.027,73	-	LUZ VANETH GIL SERRA	LUIS CARLOS SERRANO SANABRIA	16/07/2021	T-0305
54001333300320120005600	06-09-2018	31.249.880,00	20.900.019,85	-	NIÑO SANTOS YESSON ALEJANDRO	LUIS CARLOS SERRANO SANABRIA	16/07/2021	T-0305
54001333300320120005600	06-09-2018	31.249.880,00	20.900.019,85	-	CHRISTOPHER ALEXANDER NIÑO SANTOS	LUIS CARLOS SERRANO SANABRIA	16/07/2021	T-0305
11001334306120160001011	04-09-2018	62.499.360,00	30.397.529,98	-	ARIAS VILLAREAL LUZ DARY	HELIA PATRICIA ROMERO RUBIANO	16/06/2021	T-0308
11001334306120160001011	04-09-2018	31.249.880,00	15.198.764,51	-	BERNAL ARIAS ALBA MARA	HELIA PATRICIA ROMERO RUBIANO	16/06/2021	T-0308
11001334306120160001011	04-09-2018	31.249.880,00	15.198.764,51	-	BERNAL ARIAS ERNESTO	HELIA PATRICIA ROMERO RUBIANO	16/06/2021	T-0308
11001334306120160001011	04-09-2018	291.597.844,29	136.959.461,03	-	BERNAL ARIAS JEFFERSON	HELIA PATRICIA ROMERO RUBIANO	16/06/2021	T-0308
11001334306120160001011	04-09-2018	62.499.360,00	30.397.529,98	-	BERNAL CUEVAS JUAN ANDRES	HELIA PATRICIA ROMERO RUBIANO	16/06/2021	T-0308
11001336303120150081200	15-12-2017	59.017.360,00	39.364.643,86	-	ROJAS PARDO GUSTAVO	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	29.508.680,00	19.682.321,85	-	ROJAS BAQUERO JOHN WALTER	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	59.017.360,00	39.364.643,86	-	VARGAS GARZON ELIVRA	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	29.508.680,00	19.682.321,85	-	ROJAS VARGAS SANDRA PATRICIA	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	220.377.520,00	145.902.045,87	-	ROJAS VARGAS JOHN ALEJANDRO	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	29.508.680,00	19.682.321,85	-	ROJAS VARGAS MARTHA LUZ	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
11001336303120150081200	15-12-2017	29.508.680,00	19.682.321,85	-	ROJAS VARGAS ALBERTO	LUCILA NEIRA MONTAÑEZ	25/06/2021	T-0336
26307333100120100020301	24-01-2019	41.405.800,00	23.819.792,15	-	HOYOS FRANCO MANUEL SALVADOR	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS CORTES ANGELA MARIA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	MORALES MORON MICHORA BETTY	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS MONTOYA ALEIDA MARY	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS GALIANO LUZ DARY	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS CASTRILLON AGRANIA MARIA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	41.405.800,00	23.819.792,15	-	HOYOS FRANCO LUZ MARINA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS CORTES MAGDA YIMBINA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS MORALES YESSICA JOHANNA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS CASTRILLON JAIRO ENRIQUE	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	41.405.800,00	23.819.792,15	-	HOYOS GUTIERREZ JORGE DE JESUS	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
26307333100120100020301	24-01-2019	82.811.600,00	47.639.584,29	-	HOYOS MORALES INGRID LORENA	SORAYA GUTIERREZ ARGUELLO	16/07/2021	T-0338
11001334306420160085100	30-03-2017	51.640.190,00	44.663.102,33	-	CAMACHO PEREZ SEBASTIAN	HECTOR EDUARDO BARRIOS HERNANDEZ	16/07/2021	T-0369
11001334306420160085100	30-03-2017	51.640.190,00	44.663.102,33	-	PEREZ PINZON ANA ROCIO	HECTOR EDUARDO BARRIOS HERNANDEZ	16/07/2021	T-0369
11001334306420160085100	30-03-2017	293.315.290,00	283.685.568,74	-	DEVIA GARCIA ELBER JOHNY	HECTOR EDUARDO BARRIOS HERNANDEZ	16/07/2021	T-0369
11001334306420160037300	01-02-2017	362.164.438,00	330.665.734,76	-	FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A	STEPHANIE DAGER JASSIR	23/07/2021	T-0361
11001336303320150056300	19-06-2018	62.499.360,00	34.643.952,17	-	GORDILLO MURCIA FABIO	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303320150056300	19-06-2018	62.499.360,00	34.643.952,17	-	RODRIGUEZ SALINAS GRACIELA	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303320150056300	19-06-2018	31.249.880,00	17.321.976,07	-	GORDILLO RODRIGUEZ INGRID YULIANA	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303320150056300	19-06-2018	31.249.880,00	17.321.976,07	-	GORDILLO RODRIGUEZ FABER	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303320150056300	19-06-2018	215.785.620,00	119.611.891,95	-	GORDILLO RODRIGUEZ HUDIFREDO	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303320150056300	19-06-2018	31.249.880,00	17.321.976,07	-	GORDILLO RODRIGUEZ YEMIMARITZA	PAULA CAMILA LOPEZ PINTO	16/07/2021	T-0386
11001336303420130028601	29-09-2016	34.472.750,00	34.613.373,76	-	CABRERA DE ORTEGA TERESA	HENRY BENJAMIN HERRERA AGUDELO	16/07/2021	T-0390
11001336303420130028601	29-09-2016	68.945.500,00	69.226.747,48	-	ORTEGA CABRERA JENNY YOLANDA	HENRY BENJAMIN HERRERA AGUDELO	16/07/2021	T-0390
11001336303420130028601	29-09-2016	181.889.114,30	182.440.314,47	9.247.691.14	HOLGUILIN QUINTERO MARY LUZ	HENRY BENJAMIN HERRERA AGUDELO	16/07/2021	T-0390
110013								

salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1, así como con los estándares pertinentes de acreditación para baja complejidad que se definen en el presente acto administrativo.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se requiere incorporar al actual marco normativo los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad, para que las instituciones prestadoras de servicios de salud interesadas en acreditarse en dichas condiciones puedan proceder a realizarlo dando aplicación a la presente norma.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 1° de la Resolución número 5095 de 2018, el cual quedará así:

“**Artículo 1°. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1” y los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”, los cuales hacen parte integral de este acto administrativo.

**Parágrafo.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud que deseen acreditarse con énfasis en servicios de baja complejidad, en el marco del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, podrán realizarlo cumpliendo con los estándares pertinentes del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 y los estándares pertinentes de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad, que se definen entre el prestador y el ente acreditador que se encuentre inscrito en el Registro Especial de Acreditadores en Salud”.

Artículo 2°. *Vigencia y derogatoria.* La presente resolución rige a partir de su publicación y modifica el artículo 1° de la Resolución número 5095 de 2018.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 30 agosto de 2021.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

#### ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON ÉNFASIS EN SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD

##### Contenido

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	4
2. REQUISITOS DE PUERTA DE ENTRADA .....	4
3. GLOSARIO .....	4
4. EXPLICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL MANUAL Y EL ORDEN DE LOS ESTÁNDARES .....	6
4.1 Grupos de estándares .....	6
4.2 Intencionalidad .....	6
4.3 Criterios y estándares.....	6
4.4 Estándar de mejoramiento del grupo de estándares .....	6
5. MODELO EVALUATIVO .....	6
6. INCLUSIÓN DE LOS ESTÁNDARES .....	6
7. PERIODO DE TRANSICIÓN.....	7
8. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.....	7
8.1 Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial .....	7
Derechos de los pacientes .....	8
Seguridad del paciente.....	8
Acceso .....	9
Registro e ingreso .....	10
Evaluación de necesidades al ingreso .....	10
Planeación de la atención .....	11
Ejecución del tratamiento .....	13
Evaluación de la atención.....	14
Salida y seguimiento .....	14
Referencia y contrarreferencia .....	14
Sedes integradas en red .....	14
8.2 Grupo de Estándares de Direccionamiento .....	15
8.3 Grupo de Estándares de Gerencia.....	17
8.4 Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano .....	18
8.5 Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico.....	19
8.6 Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología.....	20
8.7 Grupo de Estándares de Gerencia de la Información.....	21
8.8 Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad .....	23
9. CONTEXTO NORMATIVO.....	23
10. ÍNDICE DE ESTÁNDARES.....	24

#### 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

El presente anexo técnico contiene las definiciones, estándares y criterios para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad, los cuales se adicionan al Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, Versión 3.1.

El documento incluye un cuadro resumen que relaciona estándares y criterios, incorporados para este énfasis con su respectiva codificación al interior de cada grupo.

Este anexo técnico incluye estándares que evidencian el cumplimiento de niveles superiores de calidad, con énfasis en la baja complejidad, enfoques en atención primaria, en salud familiar y comunitaria, para responder de manera efectiva a la organización de servicios vigente en el país, que garanticen la respuesta a los requerimientos en salud de la población de forma integral, continua y con calidad, acorde con las características particulares de las poblaciones y territorios, con el desarrollo de las estrategias de atención primaria en salud, gestión del riesgo, cuidado de la salud y enfoque diferencial que se reflejen en la obtención de mejores resultados en condiciones de resolutiveidad, confiabilidad, pertinencia y oportunidad.

Adicionalmente, uno de los objetivos es la inclusión de estándares clave que tienen alcance a aspectos técnicos de la prestación de servicios en las diferentes modalidades, tales como la telemedicina y atenciones extramurales domiciliarias, jornadas de salud y en unidades móviles, así como el uso de pruebas diagnósticas rápidas, credenciales y prerrogativas para los profesionales de la salud que atienden en diferentes contextos regionales, así como la articulación con las Rutas Integrales de Atención y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y demás aspectos conceptuales relevantes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social relacionados con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y sus estrategias de atención en salud en el marco legal establecido para la operación del componente primario.

Así como en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, frente a cada estándar se encuentra una columna en la cual la institución debe precisar durante su autoevaluación si el estándar le aplica o no. Esta decisión debe ser concertada previamente a la evaluación con el ente acreditador, durante el momento de aplicación, para la obtención del énfasis de la certificación de acreditación.

#### 2. REQUISITOS DE PUERTA DE ENTRADA

Los estándares de acreditación a que hace referencia el presente anexo cuentan con los mismos requisitos de puerta de entrada definidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

#### 3. GLOSARIO

Adicional a los conceptos y definiciones, incluidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, se consideran pertinentes los siguientes, para aquellas entidades que quieran optar por la acreditación ambulatoria y hospitalaria con énfasis a la baja complejidad y enfoques en atención primaria, territorial y familiar/comunitario.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<b>Atención Primaria en Salud</b>	Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>Componente primario</b>	Conformación y organización de servicios de salud habilitados para la prestación de servicios y tecnologías en salud de carácter individual y colectivo, encaminada a la resolución de los eventos más frecuentes y de menor requerimiento tecnológico. El componente primario, indistintamente de la conformación y organización, está a cargo de la realización de las actividades primarias en salud requeridas por la población a cargo de acuerdo a su situación de salud y debe soportar el desarrollo de las acciones asociadas a la gestión integral del riesgo, la salud familiar y comunitaria, la atención primaria en salud, el enfoque diferencial y de cuidado de la salud, garantizando las condiciones de calidad con alta resolutiveidad.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<b>Enfoque diferencial</b>	El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
<b>Medicina familiar</b>	La Medicina Familiar es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento, su ámbito abarca todas las edades, sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades; teniendo como campo de acción a nivel social y en los servicios de salud, entre otras, las siguientes características: i) comprensión y abordaje integral y especializados de las personas, familias y comunidades con enfoque humanístico y de ciclo vital ii) compromiso con la calidad de vida de la población, destacando el enfoque diferencial iii) humanización de los procesos de cuidado de la salud iv) gestión y articulación de servicios individuales y colectivos v) participación y liderazgo en el diseño, implementación y seguimiento de las acciones de los equipos interdisciplinarios vi) articulación y transformación de los procesos de educación de los médicos generales y especialistas.
<b>Modelo de atención</b>	Conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicado en la organización de la prestación del servicio para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutiveidad y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que legitimen el derecho fundamental a la salud.
<b>Modelo de prestación</b>	Conjunto de lineamientos, estrategias y acciones que definen los prestadores de servicios de salud para la determinación y la organización de la oferta de servicios de salud con el cumplimiento de lo preceptuado en el Sistema Obligatorio de la Calidad y la política de humanización del paciente; buscando consigo la mejora continua en la calidad de los servicios de salud provistos y de la obtención de resultados en salud. Dicho modelo describe los procesos y procedimientos determinados para garantizar la provisión de los servicios de salud con oportunidad, efectividad, seguridad, eficiencia, equidad y con una atención centrada en el usuario que propenda por el goce efectivo del derecho a la salud.
<b>Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)</b>	Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicado en un ámbito territorial, conformado, organizado y habilitado en un componente primario y un componente complementario, por parte de las entidades responsables de pago, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información, para garantizar la adecuada gestión de la atención y mejorar los resultados en salud. Para la atención en salud de la población, dentro de su estructura y para su funcionalidad en la prestación de los servicios de salud se ha definido su organización y conformación en un componente primario y uno complementario.
<b>Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)</b>	Herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, entidad administradora de plan de beneficios, prestador de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.
<b>Servicios de Baja Complejidad</b>	Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Son aquellos servicios habilitados que por su cualidad y por las características tecnológicas del mismo, son habilitados por los prestadores de servicios de salud en este grado e identificados en baja complejidad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS, de conformidad con las condiciones establecidas en la Resolución 3100 de 2019 o aquella que la modifique o sustituya.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<b>Telemedicina</b>	Conforme lo determina el artículo 2o de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
<b>Telesalud</b>	De acuerdo con lo señalado en el artículo 2° de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleducación en salud.

#### 4. EXPLICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL MANUAL Y EL ORDEN DE LOS ESTÁNDARES

##### 4.1 Grupos de estándares

Los estándares adicionados en el presente anexo técnico cuentan con la misma organización de los definidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 y se encuentran referenciados en el apartado correspondiente al índice de estándares del numeral 10.

##### 4.2 Intencionalidad

Para cada grupo de estándares adicionales, se indica la intencionalidad que estos persiguen con su inclusión, de manera que permitan dar claridad acerca del propósito que alinea una organización que se acredite, con los estándares ambulatorios y hospitalarios, al énfasis en los enfoques en atención primaria, territorial y familiar/comunitario, de manera que la entidad cuente con la claridad necesaria para su autoevaluación, en lo relacionado con el campo de evaluación por parte del evaluador de acreditación durante el ciclo de aplicación, para la obtención de éste énfasis en la certificación de la acreditación en salud.

##### 4.3 Criterios y estándares

Al igual que en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, en el presente anexo técnico, cada estándar se encuentra en negrilla, con una codificación que para este caso será consecutiva al último estándar definido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1: para cada grupo o subgrupo de estándares en el que se encuentra ubicado.

##### 4.4 Estándar de mejoramiento del grupo de estándares

El estándar de mejoramiento que se encuentra al final de cada grupo de estándares no presenta modificación, sin embargo, se da por entendido que su cumplimiento incluye los requisitos establecidos en los estándares adicionados para cada grupo específico.

#### 5. MODELO EVALUATIVO

Para la evaluación de los estándares incluidos en el presente anexo técnico, se tendrá en cuenta el modelo evaluativo definido para el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

#### 6. INCLUSIÓN DE LOS ESTÁNDARES

La revisión, definición, análisis, aprobación y adopción de este grupo de estándares de acreditación, adicionales a los contenidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, ha sido desarrollada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud, por medio de metodologías basadas en la evidencia científica, garantizando la revisión e inclusión de los requerimientos normativos actuales, en particular los relacionados con el énfasis en enfoques en atención primaria en salud familiar y comunitaria.

- k. El desarrollo de estrategias para la difusión y el despliegue de ciclos, rutas, interfaces, mecanismos de información al paciente y su familia, acompañante y /o cuidador, así como los tiempos de espera.  
l. Estrategias de medición y evaluación de los propósitos.

##### Inclusiones

Estándar	Explicación
1. (AsDP5)	Se incluyen estrategias inclusivas para el paciente, cuidador y su familia.
2. (AsSP5)	Notificación e investigación de riesgos individuales y poblacionales.
3. (AsAC9)	Seguimiento de demanda asistencial.
4. (AsAC10)	Información sobre servicios y rutas de atención.
5. (AsAC11)	Seguimiento permanente y acciones de mejora.
6. (AsREG4)	Acceso y traslado de usuarios, cuidadores y familia.
7. (AsEV4)	Evaluación multidisciplinaria con enfoques en atención primaria en salud familiar y comunitaria.
8. (AsEV5)	Información y vigilancia en acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública.
9. (AsPL19)	Planeación de la atención en procedimientos diagnósticos.
10. (AsPL20)	Estandarización de reportes de resultados clínicos
11. (AsPL21)	Modelo de prestación en salud.
12. (AsPL22)	Articulación del modelo de prestación en salud con acciones territoriales.
13. (AsPL23)	Articulación de modelo de prestación en salud con la estrategia de Atención Primaria en Salud y el Enfoque Territorial.
14. (AsPL24)	Implementación y evaluación de actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
15. (AsEJ7)	Educación e información en los procedimientos de apoyo diagnóstico.
16. (AsEJ8)	Disponibilidad de imágenes para las modalidades extramural y de telemedicina.
17. (AsEVA5)	Evaluación de los Determinantes Sociales de la Salud.
18. (AsSIR17)	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de salud y Aseguradores.
19. (AsSIR18)	Portafolio de servicios en sedes.

##### Derechos de los pacientes

Estándar 1. Código: (AsDP5)

La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención.

##### Criterios:

- La institución busca reducir las barreras lingüísticas, culturales y de otro tipo para acceder y brindar servicios.
- La institución brinda atención respetuosa con la dignidad de la persona, los valores personales y las creencias del paciente, incluyendo el respeto por el fallecido.
- Se respetan y protegen los derechos del paciente y las familias, acompañantes o cuidadores a la privacidad y confidencialidad de la atención y la información,
- Se busca evitar la agresión verbal y física.
- La institución desarrolla estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida.

##### Seguridad del paciente

Estándar 2. Código: (AsSP5)

En la institución para todos sus servicios habilitados en las diferentes modalidades, se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas, eficientes y efectivas para prevenirlos.

#### 7. PERIODO DE TRANSICIÓN

A la entrada en vigencia de la presente resolución, las instituciones hospitalarias o ambulatorias que estén en proceso de preparación para la acreditación podrán postularse para obtener la misma, con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Si consideran optar por el énfasis en los enfoques en atención primaria, territorial y familiar/comunitario, deberán realizar el tránsito por la ruta crítica además de los estándares del mencionado manual, con los estándares incluidos en el presente anexo técnico.

Para las instituciones que se encuentran acreditadas con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, podrán optar por el énfasis en los enfoques en atención primaria, territorial y familiar/comunitario, para lo cual realizarán los procesos de autoevaluación con los estándares de este anexo técnico y podrán ser sometidas al escrutinio por parte del Ente Acreditador durante las evaluaciones de seguimiento o recertificación para dar continuidad a la ostentación de estado de Acreditado, pero con este énfasis en caso de cumplir a cabalidad con la evaluación desarrollada por el Ente Acreditador. En caso de no optar por este énfasis, adelantará el trámite de evaluaciones de seguimiento o recertificación con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

#### 8. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

A continuación, se incluyen los estándares adicionales al Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, que permitirán el otorgamiento de la acreditación a las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con predominio de baja complejidad, con enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria. Estos se encuentran organizados de manera sistemática, acogiendo el orden definido en el mencionado manual para los diferentes grupos de estándares, identificando al inicio de cada uno de ellos los elementos adicionales la intencionalidad que orientarán tanto su cumplimiento como su evaluación, para los que aplique, teniendo en cuenta que dicha intencionalidad se encuentra alineada con los ejes de acreditación definidos en la Resolución 2082 de 2014 por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

##### 8.1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial

Estándares 1 a 19

##### Intencionalidad del Grupo de Estándares Asistenciales (As)

Los estándares adicionados a este grupo, además de evidenciar una atención centrada en el usuario, buscan dar cuenta de procesos con foco en la gestión clínica segura, gestión del riesgo, transformación cultural y la responsabilidad social y medio ambiental, de tal manera que la atención del paciente y su familia se realiza de manera congruente con las características socioculturales individuales y acorde con sus necesidades y expectativas sobre la atención.

Para tal efecto, la institución debe contar con procesos para identificar, documentar y evaluar dichas condiciones, en el plano individual, familiar y comunitario, teniendo en cuenta los determinantes sociales, entre otros, así como las necesidades del paciente al momento de su ingreso, de tal manera que el equipo de salud responsable de su atención las conozca y pueda intervenirlas de manera positiva.

Así mismo, en todos los momentos de la atención de manera coordinada intra y extra institucional, se busca brindar información y educación tanto a la persona como a su familia o apoderados sobre su condición de salud y tratamiento; de manera, que se empodere y desde el cuidado, pueda ser co-participe en la prevención de enfermedades y en la promoción y mantenimiento de la salud.

En este sentido, la organización debe diseñar los ciclos de atención teniendo en cuenta:

- Los grupos de riesgo poblacional e individual.
- Los determinantes sociales de la salud.
- Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.
- Los equipos interdisciplinarios de salud.
- La tecnología.
- Las interfaces entre los procesos que los componen.
- Las rutas de atención de pacientes en particular la de promoción y mantenimiento de la salud.
- Estrategias para eliminar las barreras en el acceso.
- Tiempos de atención para el acceso y la asignación de citas.
- La información que se debe brindar para orientar a los pacientes durante los ciclos de atención.

##### Criterios:

- La institución utiliza un sistema de notificación de riesgos, eventos adversos, incidentes y complicaciones, el cual permite contabilizarlos y analizarlos, diferenciando los riesgos poblacionales de los individuales.
- La institución capacita y motiva a los profesionales en la notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos.
- La institución incorpora buenas prácticas para prevenir complicaciones, incidentes de seguridad y eventos adversos en el paciente.
- Los riesgos poblacionales identificados son notificados a terceros con quienes se tienen alianzas o convenios y de manera articulada, cuando se requiere, se establecen estrategias para intervenirlos.

##### Acceso

Estándar 3. Código: (AsAC9)

La institución realiza un seguimiento de la demanda asistencial en todas las fases de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo y muerte digna, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.

##### Criterios:

- Se dispone de información relativa a la frecuencia de uso de los servicios del prestador.
- Se han identificado las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los que el impacto es mayor.
- Se implementan medidas para poder anticipar o responder a las situaciones mencionadas anteriormente con el fin de mantener niveles de eficiencia y adecuación aceptables.
- Se dispone de un mecanismo de evaluación de la eficacia de las anteriores medidas basadas en resultados objetivos.

Estándar 4. Código: (AsAC10)

La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, rutas de atención y cómo obtener atención integral y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud coinciden con la misión y los recursos de la organización.

##### Criterios:

- La ruta de atención de los pacientes está diseñada para proporcionar una atención eficiente y un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente.
- La institución diseña y lleva a cabo procesos para proporcionar la continuidad de los servicios de atención al paciente y la coordinación entre los profesionales de la salud.
- Se conoce la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad a los servicios de la institución y se definen las actuaciones necesarias para mantener la satisfacción en los niveles esperados o mejores.
- La institución facilita una guía de información sobre los servicios que ofrece y su funcionamiento.
- Las guías de información están accesibles a los usuarios a través de más de un canal de difusión.

Estándar 5. Código: (AsAC11)

La institución define criterios medibles específicos, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora, para, entre otros:

##### Criterios:

- Oportunidad en la asignación de citas para atención en consulta externa, como para la realización de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Oportunidad de atención en el servicio de urgencias o consulta no programada (estrategia de consulta prioritaria), según aplique.
- Oportunidad de respuesta para atención a través de las modalidades ofertadas, según aplique.
- Cumplimiento de la oportunidad del traslado a los servicios de internación, de acuerdo con la condición clínica del paciente, cuando se oferten servicios de internación.

- Oportunidad de atención en los servicios de apoyo diagnóstico que oferte.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontrada.

**Registro e ingreso****Estándar 6. Código: (AsREG4)**

La institución facilita el acceso y recorrido del usuario, familia, acompañante o cuidador por sus instalaciones.

**Criterios:**

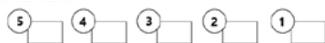
- Existen una o más áreas ubicadas estratégicamente con personal dedicado a la orientación del usuario, familia, acompañante o cuidador (ubicación servicios, pacientes internados, entre otros)
- Todos los servicios y ambientes de la institución están claramente identificados, incluyendo las vías de comunicación verticales y horizontales, categorización del acceso (restringido, semi-restringido, sin restricción).
- El área de atención y orientación al usuario cuenta con un responsable y personal capacitado en la tarea asignada.
- Tanto el responsable como el personal asignado a la tarea ha sido incluido en actividades de capacitación sobre atención al público.

**Evaluación de necesidades al ingreso****Estándar 7. Código: (AsEV4)**

La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial multidisciplinaria para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes desde un enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria.

**Criterios:**

- El alcance y el contenido de las evaluaciones iniciales realizadas por diferentes disciplinas se define por escrito.
- Los pacientes se someten a pruebas de estado nutricional, necesidades funcionales y otras necesidades especiales según lo indique su condición, y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario.
- Como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente; se evalúa el manejo del dolor.
- La institución cuenta con un proceso para identificar si el paciente requiere una evaluación adicional a las realizadas en la institución, el proceso incluye la gestión para la realización y continuidad en la atención aún en contexto familiar y comunitario.

**Estándar 8. Código: (AsEV5)**

La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública.

**Criterios:**

- Se desarrollan los programas y actividades de acuerdo con el marco legal de referencia para prevenir, reducir o atender los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos, enfermedad, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes, desastres, calamidades o emergencias.
- El equipo de salud de la institución dispone de un listado o similar de las enfermedades de notificación obligatoria relacionados con enfermedades transmisibles, enfermedades por vectores, así como potenciales donantes de órganos.
- El equipo de salud de la institución conoce el procedimiento de notificación de las enfermedades de notificación obligatoria.
- La institución dispone de una estrategia de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.
- El equipo de salud de la institución conoce los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.

- Mecanismos para facilitar el acceso garantizado por la eliminación de barreras de todo orden.
- Define la atención integral como la provisión de los servicios requeridos y suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad y apoyo para el autocuidado.
- Atención integrada que requiere de la coordinación de servicios de mayor complejidad.
- Énfasis en promoción y prevención como intervención más temprana posible dentro del proceso salud - enfermedad o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad.
- Atención apropiada incluyendo medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud.
- Orientación familiar y comunitaria haciendo uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones.
- Mecanismos activos de participación como parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, para afianzar la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.
- Gestión acorde con la complejidad de los servicios prestados, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que garantice la acción y soporte financiero que permita el desempeño de la función.
- Recursos humanos apropiados, suficientes y sostenibles definidos según necesidades descritas en la caracterización.
- Acciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud de la población y crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores.

**Estándar 12. Código: (AsPL22)**

La Institución articula su modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones:

**Criterios:**

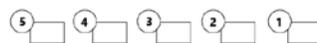
- La institución se articula con las entidades responsables del aseguramiento en salud con las cuales tenga contrato y bajo el liderazgo de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
- Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de atención primaria en salud garantizando un mayor nivel de bienestar al usuario en los servicios.
- La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de la comunidad, con base en la adecuada identificación y gestión de estos.
- Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque del cuidado de la salud orientada a las acciones adoptadas para la protección de la salud propia, familiar, comunitaria y territorial.
- El modelo de prestación se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales (Secretaría de Salud y EPS) y comunitarios, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Se articula con los agentes de salud existentes en el territorio (Secretaría de Salud y EPS) para desarrollar las acciones en salud orientadas al logro de los resultados en salud.
- Reconoce las responsabilidades y alcances de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias en el desarrollo de su modelo de prestación y articula sus acciones con el mismo.
- La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque diferencial de derechos orientada al reconocimiento de vulnerabilidades en grupos poblacionales específicos que requieren garantías especiales y la adecuación de la estructura de servicios disponibles a las necesidades de estos grupos para cerrar las brechas existentes.
- La institución contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad del sistema.

**Estándar 13. Código: (AsPL23)**

El modelo de prestación en salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores, principios y elementos principales de la Atención Primaria en Salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios, según sea pertinente.

**Criterios:**

- Respuesta a las necesidades de salud y expectativas de la población atendida, incluyendo entre otros: perspectiva de derechos y deberes, equidad y solidaridad.

**Planeación de la atención****Estándar 9. Código: (AsPL19)**

Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso de planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados, según los servicios. Esta planeación incluye:

**Criterios:**

- Los procesos están planeados teniendo en cuenta, los protocolos y demás procedimientos definidos por los servicios de apoyo diagnóstico y se articulan con los procesos de atención en salud en sus diferentes fases.
- Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados.
- La institución cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.
- Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados, entrega de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, entre otros.
- Se garantiza que los procesos definidos en los servicios de apoyo diagnóstico están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.
- Se monitorizará la adherencia a los protocolos y procedimientos, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.
- Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico.
- Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.
- Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los colaboradores.

**Estándar 10. Código: (AsPL20)**

La institución tiene estandarizados mecanismos para el reporte de resultados críticos y para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento, la definición de estos mecanismos considera:

**Criterios:**

- La identificación de los reportes de estudios de resultado crítico.
- La identificación de la necesidad de repetir un procedimiento.
- Las magnitudes o intervalos para su reporte y especificación de la técnica cuando aplique.
- Los mecanismos estandarizados de notificación del reporte de resultado crítico.
- Los mecanismos para informar al usuario la necesidad de la realización de un nuevo procedimiento.
- Los mecanismos para la comunicación oportuna de los reportes de los resultados críticos.
- La interpretación y registro del informe de valor crítico por el equipo de salud. (Tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultado del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad.
- La existencia de mecanismos de alarma para reporte de resultados críticos y seguimiento.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Estándar 11. Código: (AsPL21)**

La Institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud, desplegado desde la política de prestación de servicios institucional, integrando el desarrollo de los servicios de salud, la participación social y comunitaria y las acciones intersectoriales. Este estándar incluye:

**Criterios:**

- Caracterización poblacional de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, basada en análisis de determinantes en salud.
- La institución adecúa su oferta de valor en servicios a las necesidades existentes en el territorio y su población

- Servicios orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad del sistema de salud, participación Intersectorial.
- Acceso a la prestación de los servicios, atención con énfasis en actividades de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.

**Estándar 14. Código: (AsPL24)**

La institución planea, implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acordes con las necesidades en salud de la población que atiende y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria:

**Criterio:**

- Registro de las acciones desarrolladas de promoción y mantenimiento de la salud que incluyen la modalidad extramural cuando lo realice la institución. Las acciones desarrolladas dan respuesta a las prioridades en salud pública definidas previamente por la institución.

**Ejecución del tratamiento****Estándar 15. Código: (AsEJ7)**

El usuario y su familia, acompañante o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, que incluye como mínimo:

**Criterios:**

- Información necesaria y suficiente de las actividades o procedimientos a seguir después de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico. Se da énfasis cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.
- Participación activa del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador en promover su propia seguridad.
- Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador del tratamiento y el objetivo de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, según aplique.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Estándar 16. Código: (AsEJ8)**

Se garantiza la disponibilidad de las imágenes diagnósticas en dispositivos móviles utilizados dentro de las instalaciones o en los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina y extramural.

**Criterios:**

- La calidad de las imágenes cumple con los estándares definidos para su visualización, por lo tanto, la imagen final transmitida no debería arrojar una pérdida de datos clínicamente significativa durante el proceso de envío. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los requeridos para los estudios a ser transmitidos.
- Se garantiza la visualización y análisis de las imágenes de forma confidencial y segura y desde donde se consulte la imagen.
- Se tienen definidas las condiciones de velocidad de respuesta del software en los dispositivos móviles.
- Los resultados críticos, generan alertas y deben transmitirse inmediatamente al médico que refiere y/o al paciente.
- Contar con medidas de seguridad del sistema de información que incluya la de los dispositivos móviles. La institución cuenta con planes de contingencia y equipos de respaldo en caso necesario.

**Evaluación de la atención****Estándar 17. Código: (AsEVA5)**

La institución garantiza que, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales, se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identificaron en la planeación y evaluación al ingreso.

**Criterios:**

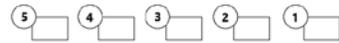
1. La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra representativa de historias clínicas y/o registros asistenciales, en la evaluación se tiene en cuenta los incidentes y eventos adversos.
2. Se evalúan los riesgos poblacionales e individuales teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones implementadas.
3. Se evalúa el cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con la normatividad vigente y se mide la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.
4. Cuenta con un mecanismo para evaluar las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.
5. Se evalúa si las atenciones realizadas en cumplimiento de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud dan respuesta a la planeación y evaluación de las necesidades evaluadas.
6. Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación.
7. La institución evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.
8. Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.

**Salida y seguimiento**

Para este grupo no se realizó inclusión de nuevos estándares.

**Referencia y contrarreferencia**

Para este grupo no se realizó inclusión de nuevos estándares.

**Sedes integradas en red****Estándar 18. Código: (AsSIR17)**

Existe trabajo en forma conjunta entre la institución prestadora de servicios de salud incluyendo las sedes, con las entidades responsables del aseguramiento, cuando haga parte de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, propendiendo por la accesibilidad de los servicios y continuidad de la atención en salud.

**Criterios:**

1. Cuando la institución hace parte de la red de un asegurador, existe un documento donde se describen los procesos y procedimientos para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución y durante su tratamiento, entre otros.
2. Se tienen definidos procesos de atención que garanticen la coordinación y continuidad del proceso de atención del usuario.

**Estándar 19. Código: (AsSIR18)**

La institución tiene definidos y documentados los servicios que oferta en cada una de las sedes en red, esta información debe ser clara para el usuario, familiar, acompañante o cuidador.

4. Designar y evaluar al personal directivo mediante procesos y criterios establecidos.

**Estándar 22. Código: (DIR15)**

La organización establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.

**Criterios:**

1. Se encuentran implementados los flujos y tipos de canales de comunicación interna y externa de la institución.
2. Se establecen los procesos de comunicación efectiva dentro y fuera de la institución y la difusión de la información necesaria para el desarrollo de las actividades.
3. Se tienen implementados mecanismos de control social como la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés, en el marco de los principios de Buen Gobierno.
4. Está definida la información a difundir utilizando los canales de comunicación.
5. Se han definido responsabilidades para la comunicación interna y externa de la Institución.
6. Se monitoriza el uso adecuado de los canales de comunicación internos y externos.

**Estándar 23. Código: (DIR16)**

La Política de Prestación de Servicios de salud está definida, implementada y alineada con la Política y Modelo de prestación en Salud o su equivalente, como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades.

**Criterio:**

1. Desarrollan acciones coordinadas en la prestación del servicio teniendo en cuenta el aseguramiento, salud pública, el enfoque territorial, diferencial y comunitario, articulación intersectorial y gobernanza como instrumentos de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población.

**Estándar 24. Código: (DIR17)**

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

**Criterios:**

1. Identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existentes en cada ámbito territorial.
2. Identificación de los grupos de riesgo y sus características.
3. Priorización de grupos de riesgo y eventos de atención.
4. Planeación en el territorio y mecanismos de interacción entre los actores del sistema dentro de sus competencias.
5. Recolección, análisis y sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección del riesgo.
6. Monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementen para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad.
7. Desarrollo, implementación y adaptación de rutas, protocolos y sistemas de monitoreo y atención a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes de prestadores de servicios de salud cuando haga parte de estas.
8. Identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula.
9. Seguimiento de cohortes de grupos de riesgo para monitorear el adecuado manejo y aplicación de las rutas.
10. Aplicación de modelos predictivos de riesgo.
11. Minimización del riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos según clasificación.
12. Manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes del sistema.

**Criterios:**

1. Tiene definido y se brinda información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.
2. Cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de asignación de citas en los servicios ofertados en cada sede.

**8.2 Grupo de Estándares de Direccionamiento**

Estándares 20 a 24

**Intencionalidad del Grupo de Estándares de Direccionamiento (DIR)**

Lo que se busca evidenciar con la inclusión de los siguientes estándares, es la alineación de los elementos estratégicos de la organización, planeados desde un enfoque de gestión del riesgo, la gestión clínica, la humanización de la atención y la responsabilidad social y medio ambiental, que puedan reflejarse en resultados institucionales, producto del diseño y desarrollo de modelos de atención que cuenten con intervenciones enfocadas tanto al individuo como a la familia y la comunidad con base en estrategias de atención primaria en salud, no solo desde los ámbitos institucionales sino interinstitucionales e intersectoriales que promuevan la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud.

**Inclusiones**

Estándar	Explicación
20. (DIR13)	Planificación estratégica y modelo de prestación en salud.
21. (DIR14)	Identificación de líderes en la organización
22. (DIR15)	Plan de comunicación interna y externa.
23. (DIR16)	Política de prestación de servicios de salud.
24. (DIR17)	Política de Gestión integral del Riesgo en Salud.

**Estándar 20. Código: (DIR13)**

La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su actividad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles:

**Criterios:**

1. Definición de su misión, visión, valores y principios.
2. La incorporación de un modelo de prestación en salud basado en estrategias de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial operada con equipos multidisciplinarios y facilitada con testeos rápidos.
3. Pertenecer a las redes de servicios de salud de los aseguradores, cuando aplique.
4. Estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y acciones en salud pública.
5. Análisis documentado sobre la población a la que presta servicio y la actividad que se realiza, que proporcione la información de base para definir sus estrategias.
6. La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.
7. La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.

**Estándar 21. Código: (DIR14)**

Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectivamente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.

**Criterios:**

1. Aprobar y revisar periódicamente la misión de la institución y garantizar que el cliente interno y externo y las partes interesadas la conozcan.
2. Establecer las políticas y aprobar los diferentes programas necesarios para la gestión operativa de la institución.
3. Garantizar los recursos para la operación y funcionamiento de la institución y para cumplir con la misión, políticas y programas.

**8.3 Grupo de Estándares de Gerencia**

Estándares del 25 al 30

**Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia (GER)**

Los estándares adicionados buscan dar cuenta que el resultado en salud obtenido en la institución, sea consecuencia del desarrollo de modelos de atención basados también en estrategias de participación social en salud, que no solo incluyan al individuo como sujeto único de atención, sino que le aborden desde sus condiciones relacionales de familia y comunidad y que las decisiones de la organización se encuentren alineadas desde el direccionamiento estratégico y la mejora continua de la calidad de los resultados.

**Inclusiones**

Estándar	Explicación
25. (GER.15)	Plan de liderazgo.
26. (GER.16)	Evaluación por resultados.
27. (GER.17)	Participación social en salud.
28. (GER.18)	Garantía de la viabilidad financiera.
29. (GER.19)	Integración del sistema de información al sistema de calidad.
30. (GER.20)	Monitorización de resultados en unidades o servicios.

**Estándar 25. Código: (GER.15)**

La organización dispone de un plan de liderazgo compartido con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales.

**Criterios:**

1. El liderazgo institucional se identifica desde el direccionamiento estratégico.
2. El liderazgo institucional es compartido y hay colaboración para desarrollar los programas, las políticas y los servicios para cumplir con el plan estratégico.
3. Están definidos los perfiles de los líderes requeridos e identificación de líderes con base en los perfiles.
4. Implementación de un programa de desarrollo para líderes.
5. Los colaboradores, entre ellos los equipos multidisciplinarios, conocen a sus líderes y sus responsabilidades.

**Estándar 26. Código: (GER.16)**

En la Organización, la alta gerencia planifica, desarrolla, coordina e implementa los lineamientos estratégicos y evalúa los resultados con base en indicadores de desempeño, cifras y hechos e información comparativa.

**Criterios:**

1. La alta gerencia de la institución guía el proceso de planificación y evaluación organizacional que incluye administración y gestión de recursos, personal y procesos financieros para el mejoramiento continuo de la calidad.
2. Toma de decisiones relacionadas con el uso de recursos, humanos y técnicos, organización de equipos multidisciplinarios, de testeos rápidos y de tecnologías necesarias para servicios en modalidades de telesalud en caso de contar con ellas, con un entendimiento de las implicaciones de calidad y seguridad de esas decisiones.
3. La Integración del presupuesto, el plan de objetivos y los esfuerzos para mejorar los procesos organizacionales.
4. Garantiza que las áreas e infraestructura disponibles son compatibles con la misión y los servicios ofrecidos.
5. Priorización en la institución de los procesos, resultados clínicos y administrativos que se medirán y qué actividades de mejora se implementarán.

Estándar 27. Código: (GER.17)

La organización promueve la participación social en salud como un elemento de mejora continua.

**Criterios:**

- Habilitación de canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional.
- Se incorpora la información obtenida por los canales de participación social en salud a la toma de decisiones institucionales.
- Se informa a los ciudadanos que han usado los canales de participación social en salud sobre el tratamiento que han recibido sus aportes.
- La alta gerencia analiza y trabaja para mejorar los canales de participación social en salud, tanto desde un punto de vista cuantitativo (participantes) como cualitativo (aportes).

Estándar 28. Código: (GER.18)

La Organización implementa las acciones que garantizan la viabilidad financiera institucional en cumplimiento del modelo de prestación definido.

**Criterios:**

- La organización garantiza la gestión administrativa y financiera alineada con las prioridades de salud en el territorio y en concordancia con el modelo de prestación basado en Atención Primaria en Salud.
- La organización tiene definida una plataforma contractual que garantiza condiciones adecuadas de suficiencia patrimonial y financiera, incluyendo oferta de valor, tarifas, flujo de caja, cartera sana y crecimiento razonable en producción.
- La organización tiene procesos definidos, implementados y evaluados para garantizar la facturación de servicios, la cobranza, el recobro y el recaudo adecuados y oportunos con todos sus pagadores.
- La organización efectúa el seguimiento sistemático y periódico a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.

Estándar 29. Código: (GER.19)

En la organización, la gerencia cuenta con un sistema de información consistente, que permite evaluar la actividad administrativa, los niveles de satisfacción del cliente interno y externo y permite la integración con el programa institucional de calidad.

Estándar 30. Código: (GER.20)

Se ha definido e implantado un sistema de monitorización para los resultados de las unidades o servicios asistenciales de la organización:

**Criterio:**

Se dispone de un sistema de seguimiento a los resultados, con base en indicadores, que permita establecer objetivos, identificar desviaciones y corregir sus causas, así mismo permite evaluar la interacción con otras instituciones en los procesos de referencia-contrareferencia con el control y seguimiento a su oportunidad y tiempos de respuesta.

**8.4 Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano**

Estándares 31 y 32.

**Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano (TH)**

Los estándares adicionados buscan evidenciar la mejora de competencias del talento humano no solamente en el desempeño de actividades intramurales, sino las realizadas fuera de la institución, garantizando en todo momento los enfoques de gestión de riesgo en salud, salud ocupacional, la gestión de la tecnología,

transformación cultural y responsabilidad social y medio ambiental, fundamentados además en el mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial y salud en el trabajo.

**Inclusiones**

Estándar	Explicación
31. (TH17)	Condiciones laborales en la extramuralidad.
32. (TH18)	Seguridad radiológica

Estándar 31. Código: (TH17)

La Institución provee y garantiza las condiciones laborales del personal que realiza actividades extramurales.

**Criterios:**

- Seguridad en el transporte.
- Elementos de protección personal y relacionados con la prevención de riesgos laborales.
- Equipos de comunicación
- Uso de estrategias para la atención resolutoria de pacientes (pruebas rápidas, entre otras).
- Uso de aplicaciones para el registro de las atenciones en salud que permitan la integración de la información en la historia clínica.
- Georreferenciación.
- Trabajo en equipos multidisciplinarios cuando se requiere.

Estándar 32. Código: (TH18)

Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumple con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y está incorporado en el programa de Seguridad del paciente institucional y alineado con el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo:

**Criterios:**

- Tiene como alcance todos los servicios de imágenes diagnósticas.
- El programa tiene en cuenta las prácticas de seguridad y prevención para el personal que hace uso de las radiaciones ionizantes.
- Se cumple la legislación y reglamentación vigente.
- Se tienen disponibles los dispositivos de seguridad para la prevención de riesgos de radiación y protección radiológica.
- Se orienta al personal respecto de las prácticas de seguridad.
- Se realiza educación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos, tecnología y materiales peligrosos.

**8.5 Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico**

Estándares del 33 al 35

**Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (GAF)**

La adición de estos estándares busca que la organización con su cumplimiento, de cuenta que la atención de los pacientes, acompañantes y familia, cuenten con el ambiente físico que garanticen la atención humanizada, en condiciones seguras y medioambientalmente responsables, tanto en la intramuralidad como en la extramuralidad.

**Inclusiones**

Estándar	Explicación
33. (GAF11)	Seguridad de la infraestructura e instalaciones.
34. (GAF12)	Entorno seguro, saludable y medioambientalmente responsable.
35. (GAF13)	Seguridad en la gestión de insumos y suministros.

Estándar 33. Código: (GAF11)

La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones.

**Criterios:**

- La institución conoce las necesidades de mantenimiento de las instalaciones físicas.
- Plan de mantenimiento de la planta física actualizado, no existen incidencias sin resolver o injustificadas.
- Mecanismos definidos y socializados que garantizan la comunicación oportuna a los encargados del mantenimiento de la institución informando la falta de mantenimiento o mal funcionamiento de las instalaciones clave que dan soporte a la atención en salud. Estos incluyen registros y resolución de las solicitudes.
- Inspecciones, revisiones y mantenimientos con documentación técnico-legal, evaluaciones, autorizaciones o informes, realizándose el correspondiente seguimiento de dichas actuaciones para emprender las medidas necesarias en caso de posibles incidencias.
- La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones físicas de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades en función de la complejidad requerida y garantizan el cumplimiento de toda reglamentación medioambiental.

Estándar 34. Código: (GAF12)

La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros y las actividades que desarrolla en estos aspectos son medioambientalmente responsables.

Estándar 35. Código: (GAF13)

La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con la respectiva salvaguarda del medioambiente.

**Criterios:**

- Planificación e implementación de un programa para la gestión de insumos y suministros de forma segura.
- La institución conoce las necesidades de las instalaciones físicas para la gestión de los insumos.
- Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para el almacenamiento de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, acorde con las recomendaciones del fabricante.
- Garantizar la cadena de frío en la conservación y traslado de muestras biológicas, inmunobiológicas, reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos a nivel intramural o extramural para los casos que aplique.
- Se identifica la cadena de suministros críticos.
- Se evalúa la integridad de cada proveedor de la cadena.
- La toma de decisiones sobre los recursos tiene en cuenta los riesgos de la cadena de suministros.

**8.6 Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología**

Estándares 36 y 37.

**Intencionalidad de Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología (GT)**

Los estándares se orientan a la obtención de resultados eficientes, efectivos y seguros, tanto para las personas como para el medio ambiente en consistencia con el direccionamiento estratégico y en el marco de una cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.

**Inclusiones**

Estándar	Explicación
36. (GT10)	Uso seguro de tecnologías en salud y equipamiento biomédico.
37. (GT11)	Disponibilidad y acceso real de las tecnologías en modalidades extramural y telemedicina.

Estándar 36. Código: (GT10)

La organización asume en la gestión de las tecnologías en salud el equipamiento biomédico y las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura.

**Criterios:**

- Planificación e implementación de un programa para la gestión de los equipos biomédicos, define responsables.
- La institución conoce las necesidades de equipos biomédicos de acuerdo con la oferta de servicios y procedimientos en particular los relacionados con testeo rápido y equipos para la operación de las modalidades de telemedicina.
- Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para la gestión de las tecnologías en salud, incluidas las recomendaciones del fabricante.
- La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, calibraciones, revisiones y/o mantenimiento de los equipos biomédicos de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades.
- La gestión de los equipos biomédicos incluye:
  - Identificación e inventariado de los equipos.
  - Ficha técnica que incluya las condiciones para el uso seguro.
  - Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante.
  - formación de los usuarios en el uso y riesgos de los equipos.
  - Registro y gestión de incidencias y fallas relacionadas con el uso de los equipos biomédicos.

Estándar 37. Código: (GT11)

La organización realiza evaluación de la disponibilidad, distribución y acceso real de las tecnologías, en cuando se realizan atenciones en modalidad extramural y telemedicina, si aplica. Incluye:

**Criterios:**

- Tecnologías de la información y comunicación acordes con la modalidad ofertada, con el cumplimiento de los requisitos normativos y legales para el uso de estas tecnologías.
- Existencia de mecanismos para garantizar la unificación de la información y registros clínicos generados de estas atenciones a distancia en la Historia Clínica.
- Cuando se oferte telemedicina existe garantía de aceptación por parte del usuario del uso de estas tecnologías mediante la firma del consentimiento informado.
- La Institución desarrolla la modalidad de Telemedicina, orientada a facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutoria en la prestación de los servicios de salud con énfasis en la baja complejidad.

**8.7 Grupo de Estándares de Gerencia de la Información**

Estándares del 38 al 41

**Intencionalidad de Grupo de Estándares de Gerencia de la Información (GI)**

Los estándares adicionados esperan dar cuenta de la integración de la información tanto intramural como extramural en el sistema de información, así mismo cumplen con las condiciones para la práctica de la telemedicina y es relevante a la atención desde la perspectiva del individuo, la familia y la comunidad.

## Inclusiones

Estándar	Explicación
38. (GI14)	Integración de la información a historia clínica electrónica.
39. (GI15)	Sistemas de información acorde con normativas de telemedicina y telesalud.
40. (GI16)	Garantía y disponibilidad de información en unidades y apoyo diagnóstico.
41. (GI17)	Garantía de disponibilidad en tiempo real de información en modalidad extramural.

## Estándar 38. Código: (GI14)

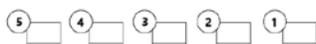


Los sistemas de información de la organización y las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, así como la información generada de las atenciones extramurales y telemedicina están integrados con la Historia Clínica electrónica:

## Criterio:

- Se dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, de las atenciones extramurales y telemedicina en la historia clínica electrónica.

## Estándar 39. Código: (GI15)

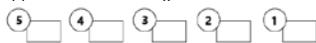


Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción con los usuarios o con sus sistemas y cumplen con lo que define la reglamentación en telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, cuando se oferte.

## Criterios:

- Los sistemas de información se orientan al cliente y a sus necesidades para facilitar la comunicación y accesibilidad a los usuarios u organizaciones externas
- La información y medios de comunicación están disponibles para los usuarios o sus sistemas, que faciliten la toma de decisiones respecto de la atención
- El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas.
- Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.

## Estándar 40. Código: (GI16)



Se tienen definidos mecanismos con los sistemas de información de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, para almacenar y gestionar los resultados de los estudios y exámenes realizados y facilitar el acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes.

## Criterio:

- Se garantiza el almacenamiento, seguridad y acceso de los estudios y exámenes que se realizan en la institución, mediante mecanismos estandarizados para los diferentes servicios existentes.

## Estándar 41. Código: (GI17)



Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción y registro en tiempo real de las atenciones extramurales realizadas como es el caso de las domiciliarias, cuando se oferte.

## Criterios:

- Los sistemas de información se orientan a las necesidades de las atenciones extramurales para facilitar el registro y la accesibilidad a los colaboradores que hacen uso de ellos.
- La información y medios de comunicación están disponibles para los colaboradores, facilitando la toma de decisiones respecto de la atención
- El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas.
- Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.

## 8.8 Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad

## Intencionalidad del Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad (MCC)

Para este grupo no se realizó inclusión de nuevos estándares.

## 9. CONTEXTO NORMATIVO

DOCUMENTO NORMATIVO	DÍA	MES	AÑO	OBJETO	NOTAS DE VIGENCIA Y DESARROLLO
Ley 100	23	12	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Artículo 173. De las funciones del Ministerio de Salud. Artículo 186. Del Sistema de Acreditación. Vigente con modificaciones.
Ley 715	21	12	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	Artículo 42. Competencias en salud por parte de la Nación. Vigente con modificaciones.
Resolución 1445	8	05	2006	Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.	Derogada por la Resolución 2082 de 2014, artículo 14, salvo el Anexo Técnico #1.
CONPES 3446	30	10	2006	Lineamientos para una Política Nacional de la Calidad.	2. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud y su relación con el SNNCM. Vigente.
Ley 1122	9	1	2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 25. De la regulación en la prestación de servicios de salud. Vigente con modificaciones.
Resolución 2181	16	06	2008	Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.	Artículo 2. Lineamientos. "Implementar el componente de acreditación en salud". Vigente.
CONPES 3678	21	07	2010	Política de transformación productiva: un modelo de desarrollo sectorial para Colombia.	"Sector turismo en salud". Vigente.
Ley 1419	13	10	2010	Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia	Vigente
Ley 1438	19	01	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Artículo 100. Hospitales Universitarios Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud. Reglamentada por la Resolución MinSalud 2535 de 2013. Vigente con modificaciones.

(C. F.)

DOCUMENTO NORMATIVO	DÍA	MES	AÑO	OBJETO	NOTAS DE VIGENCIA Y DESARROLLO
Decreto Ley 4107	2	11	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.	Artículo 11. Funciones de la Oficina de Calidad. Artículo 22. Funciones de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Vigente con modificaciones
Decreto 903	13	05	2014	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.	Vigente
Resolución 2082 de 2014	30	05	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único	Vigente
Ley Estatutaria 1751 de 2015	10	02	2015	"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"	Vigente
Decreto 780 de 2016	06	05	2016	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"	Vigente con modificaciones
Resolución 2654 de 2019	03	10	2019	"Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina"	Vigente
Resolución 3100 de 2019	25	11	2019	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"	Vigente con modificaciones
Ley 2015 de 2020	31	01	2020	"Por medio de la cual se crea la Historia Clínica Electrónica Interoperable y se dictan otras disposiciones"	Vigente

## 10. ÍNDICE DE ESTÁNDARES

GRUPO DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	NUMERAL CONSECUTIVO
DERECHOS DE LOS PACIENTES	AsDP	1
SEGURIDAD DEL PACIENTE	AsSP	2
ACCESO	AsAC	3-5
REGISTRO E INGRESO	AsREG	6
EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	AsEV	7-8
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	AsPL	9-14
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	AsEJ	15-16
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	AsEVA	17
SALIDA Y SEGUIMIENTO	AsSAL	N/A
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	AsREF	N/A
SEDES INTEGRADAS EN RED	AsSIR	18-19
DIRECCIONAMIENTO	DIR	20-24
GERENCIA	GER	25-30
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	TH	31-32
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	GAF	33-35
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	GT	36-37
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	GI	38-41
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	MCC	N/A

## COMUNICACIÓN GRÁFICA

Ofrecemos productos y servicios que **posicionarán la imagen** de su empresa.

- Campanñas de publicidad
- Servicio Hosting
- Material promocional



## RESOLUCIÓN NÚMERO 0001365 DE 2021

(septiembre 2)

por la cual se modifican los Anexos Técnicos 2 y 3 de la Resolución número 2388 de 2016, en relación con la exoneración del pago de aportes a Cajas de Compensación Familiar de los empleadores que vinculen trabajadores que tengan la condición de veteranos de la Fuerza Pública y la inclusión del Permiso por Protección Temporal (PPT), en la estructura de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades, en especial, de las conferidas en los artículos 3.2.3.4 del Decreto 780 de 2016, 2 en el numeral 23 del Decreto - Ley 4107 de 2011, 2.2.6.6.1.5. del Decreto número 1072 de 2015, y en desarrollo de la Resolución 1178 de 2021, y

## CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución número 2388 de 2016, modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017, 3559, 5306 de 2018, 736, 1740, 2514 de 2019,