

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL			LISTA DE VERIFICACION INSPECCION					
Código: FO-CEIGE-162			MACROPROCESO:					
			PROCESO INSPECCIONADO:					
			Versión: 2		Fecha de emisión: 2014-02-27	Pág. 1 de 1		
Área y/o Proceso: SERVICIOS DE SALUD			Lista de verificación actualizada a fecha: 2022-01-26					
Unidad Inspeccionada:			No. y fecha de Directiva y/o documento que origina la inspección					
Fecha de la Inspección: (Lapso)			Responsable del área y/o proceso		Cargo:			
No.	Norma de referencia y/o Criterio de verificación	Aspectos a verificar (Actividades)	CALIFICACION				Soporte documental y/o Evidencia	Descripción Observación y/o Hallazgo (Condición, criterio, causa y efecto)
			D	IN	N	SN		
			< 60	60-74	75-90	91-100		
A. ORGANIZACIÓN								
1	TOE 2410316/2016	Verificar el cumplimiento del organigrama del ESM, misión, visión, objetivo general y específicos, política de calidad, entre otros.						
2		Verificar los cargos según los perfiles establecidos teniendo en cuenta la especialidad, conocimientos y experiencia del personal.						
3	Resolución 0506 de abril de 2016. Manual específico de funciones y competencias asignadas.	Contar con las funciones de acuerdo con el cargo asignado. (Están por escrito). Para el Personal Militar: Folio de vida hasta cuando aprueben el escalafón de cargos. Personal Civil de Planta: Manual de Funciones. Personal Civil OPS: Objeto del Contrato.						
4		Realizar el proceso de inducción para el personal que ingresa como el que llega trasladado. Y realizar el proceso de reinducción mínimo 1 vez al año para el persona antiguo.						
B. PLANEAMIENTO								
5	Ley 1955 de mayo 2019 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad". Plan de Desarrollo Institucional SSFM 2019 - 2022 Directiva permanente 010 del 08 de noviembre de 2015: Metodología para la formulación y seguimiento del plan de acción del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Guía Metodológica del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - 2017.	Realizar seguimiento trimestral al plan de Acción de acuerdo con los lineamientos emitidos y en coordinación con los homólogos de la Dirección General de Sanidad Militar y documentarlo en el formato Código: MDN-COGFM-PROPLAES-DIGSA-FU.95.1-41 Versión 4.						
C. ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS								
6	Ley 87 de 1993. Artículo 2 Objetivos del Control Interno. Literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción. Artículo 73 Directiva Permanente No. 00115 del 3 de diciembre de 2019. Lineamientos Generales para la Administración de Riesgos en el Ejército Nacional. Guía para la Administración del Riesgo (DAFP). 2018 Norma ISO 31.000:2018 Gestión del Riesgo Decreto 1499 del 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Versión 2. Manual Operativo MIPG 2017. Dimensión 7.	Realizar seguimiento trimestral del Riesgo en el Formato Código: FO-CDE5-DIGEC-487, versión 7 del 29 de septiembre de 2020.						
D. DOCUMENTACIÓN								
7	Ley 594/2000, Art. 3 documentación, Art 4.Literal d) Responsabilidad.Ley 1437 de 2011, artículos 58 y 59. Resolución Ministerial 5237/2008 Capítulo II, Sección B, Artículo 6	Realizar archivo de gestión, organización de las carpetas de acuerdo a las series, subseries.						
		Realizar transferencias al archivo central, verificar el Formato Único de Inventario Documental - FUID						
8	Directiva presencial N° 04 del 3 de abril de 2012 - Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la administración pública. Directiva 01023 de 2016 - Cumplimiento eficiencia administrativa de la política cero papel en la administración pública.	Cumplir con la política de cero papel en la administración pública.						
9	Directiva 01024 del 22 de noviembre de 2016. - Implementación y funcionamiento del sistema de gestión documental "ORFEO" para el trámite de las comunicaciones oficiales en Ejército Nacional.	Verificar la implementación del sistema orfeo y así mismo la trazabilidad de información.						
E. NORMATIVIDAD								
10	Decreto 1499 del 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Versión 2. Manual Operativo MIPG 2017. Dimensión 7.	Mantener actualizado el normograma del ESM, de acuerdo al proceso y normatividad vigente.						
11	Directiva Permanente 215 de 2021	Mantener como material de consulta, las fichas técnicas de los procedimientos de acuerdo con lo establecido en la Directiva Permanente de Sanidad.						
F. FUNCIONAMIENTO- ACTIVIDADES ESPECÍFICAS								
SERVICIOS ASISTENCIALES								
PROCEDIMIENTO DE REHABILITACIÓN								

12	Acuerdo 059 de 2015 - Política de discapacidad para el sector seguridad y defensa Modelo de rehabilitación funcional para el SSFFMM - Consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Directiva DGSM 406867/2016 - DIGSA, Acuerdo 069/2019 - rehabilitación funcional para el SSFFMM - Consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Resolución 1207/2020 - DIGSA, Circular 12009214402/2020 - DIGSA, Guía de atención domiciliaria DGSM 2020/33-9-V2 - DIGSA, Guía cuidados crónicos DGSM 2014 - DIGSA, Directiva permanente 0041/2016 - DISAN, Resolución 941/2020 - Ministerio de Defensa - DIGSA, Protocolo administrativo de prescripción seguimiento y control de los productos de apoyo en salud del SSFFMM/2021- DIGSA,	Capacitar, socializar y verificar adherencia del Acuerdo 059/2015, Directiva DGSM 406867/2016, Circular 12009214402/2020 - DIGSA, Guía de atención domiciliaria DGSM 2020/33-9-V2 - DIGSA, Guía cuidados crónicos DGSM 2014 - DIGSA, Resolución 941/2020 - Ministerio de Defensa - DIGSA, Manual para la prescripción, entrega y seguimiento de los productos de apoyo en salud (PAS) SSFFMM/2021 - DIGSA, evaluar y verificar adherencia.					
13		Verificar que los profesionales que hagan parte del equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad debe contar con la aprobación del curso de certificados de discapacidad.					
14		Contar con la infraestructura idonea para la prestación del servicio: Pisos, paredes, puertas, ventanas techos, rampas, en buenas condiciones sin deterioro. Debe contar con delimitación de áreas, ruta de evacuación, ruta de manejo de desechos.					
15		Contar con protocolos de bioseguridad, seguridad del paciente, manejo de cortopunzantes, humanización del servicio, guías de manejo de las 5 primeras causas de consulta en el servicio. Verificar adherencia					
16		Contar con los equipos básicos para la prestación del servicio deben estar en buenas condiciones, funcionamiento, mantenimiento y contar con las hojas de vida. Aplica para las áreas de Terapia física, fonoaudiología, ocupacional, terapia respiratoria).					
17		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia. Contar con jabón, instrumento de secado.					
18		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.					
19		Diligenciar mensualmente la matriz de personas con discapacidad, plan individualizado de tratamiento - PIT, productos de apoyo en salud emitidas por la DIGSA y enviarlo a la DISAN, en las fechas establecidas					
20		Conformar el equipo interdisciplinario y nombrar el coordinador de rehabilitación, realizar reuniones periódicas en las cuales se realice el seguimiento de los usuarios con discapacidad. Notificar a DISAN la conformación del equipo interdisciplinario y nombramiento del coordinador a través de oficio					
21		Realizar el informe de seguimiento de política de discapacidad y enviarlo trimestralmente a la DISAN, en las fechas establecidas					
22		Diligenciar y enviar mensualmente la matriz de los usuarios que se encuentran en el programa de Atención Domiciliaria - PAD y enviar a la DISAN en las fechas establecidas.					
23		Realizar valoraciones trimestrales a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que se encuentran en el Programa de Atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.					
24		Realizar seguimiento a las personas con discapacidad que se encuentran en las rutas de atención, de acuerdo al momento de curso de vida.					
25		Realizar las valoraciones para la certificación de discapacidad a través de la plataforma SISPRO por parte del equipo multidisciplinario.					
26		Realizar mensualmente actividades de capacitación a la persona con discapacidad y cuidadores, con el fin de hacerlos parte del proceso de rehabilitación.					
27		Verificar en la historia clínica: el, registro del ingreso al programa de rehabilitación y atención domiciliaria, seguimiento y atenciones (plan individualizado de tratamiento), entrega de productos de apoyo en salud, finalización de tratamiento. Revisar registros ya sea de forma manual o por Salud.SIS					
28		Verificar en la historia clínica el cargue del certificado de discapacidad. Realizar en la plataforma SISPRO y subir a SALUD. SIS.					
JUNTAS EVALUADORAS DE TECNOLOGÍAS EN PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS U OTROS SERVICIOS							
INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS							
29	Acuerdo 002 de 2001 CSSMP.	Contar con acta de capacitación y entrega de los protocolos y Acuerdo 002 de 2001 CSSMP.					
30		Realizar capacitación mínimo semestral a los profesionales médicos sobre el manejo de las JETEP, evaluar y verificar adherencia.					
31		Realizar socialización mensual de las novedades presentadas en las JETEP insumos y procedimientos					
32		Realizar entrega trimestral de las bases de datos de los usuarios a los que se les solicitó procedimientos o insumos que no se encontraban incluidos dentro del Acuerdo 002 de 2001 .					
33		Enviar por correo electrónico documentación de los usuarios que requieren tramite de JETEP. Anexar la misma documentación en la plataforma SALUD. SIS, la cual debe estar completa.					
34		Conocer, difundir y verificar adherencia de los protocolos establecidos por la DIGSA para JETEP insumos y procedimientos, debe contar con el protocolo.					
35		Enviar a DISAN semanalmente las bases de datos de las solicitudes para comité técnico científico de insumos y procedimientos y verificar que se informe al usuario la respuesta dentro de los 3 días siguientes al recibido del correo de notificación de la DISAN.					
MEDICAMENTOS							
36	Acuerdo 052 de 2013 CSSMP	Contar con acta de capacitación y entrega de los protocolos y Acuerdo 052 de 2013 CSSMP.					
37		Realizar socialización mensual de las novedades presentadas en las JETEP medicamentos.					
38		Realizar capacitación a los profesionales médicos sobre el manejo de las JETEP, evaluar y verificar adherencia					
39		Conocer, difundir y verificar adherencia de los protocolos establecidos por la DIGSA para JETEP medicamentos, debe contar con el protocolo.					
40		Realizar entrega trimestral de las bases de datos de los usuarios a los que se les solicitó medicamentos que no se encontraban incluidos dentro del Acuerdo 052 de 2013.					
41		Enviar por correo electrónico documentación de los usuarios que requieren tramite de JETEP. Anexar la misma documentación en la plataforma, SALUD. SIS debe estar completa.(formato de junta evaluadora, formula medica bien diligenciada debe ser del especialista tratante, historia clínica, fotocopia del documento de identidad, lista de chequeo).					
42		Verificar la actualización semanal de la matriz de precios de medicamentos por parte del funcionario de JETEP.					
43		Enviar a DISAN semanalmente las bases de datos de las solicitudes para comité técnico científico de medicamentos.					
44		Verificar que se informe al usuario la respuesta dentro de los 3 días siguientes al recibido del correo de notificación de la DISAN.					
AGENDAMIENTO							
45	Directiva permanente No. 005 de 2010	Contar con acta de capacitación y entrega del manual de agendamiento emitido por la DIGSA.					
46		Conocer el manual MDN-COGFM-PROPRE-DIGSA-MA33-15/ 2021, evaluar y verificar adherencia.					
47		Asistir a capacitación del manual MDN-COGFM-PROPRE-DIGSA-MA33-15/ 2021 instructivo para el proceso de agendamiento de citas medicas del SSFFMM DIGSA a los ESM.					
48		Verificar adherencia de Circular 0120010442302/MDN-COGFM-JEMCO-DSUBSA-GROSD-AREIN-86,13"Lineamientos proceso de agendamiento a través de Call center"					
49		Verificar adherencia de Circular 12832"Lineamientos para la estandarización de agendamiento de citas medicas de la red primaria del SSFM"					

50	Directiva permanente No. 005 de 2019 - DIGSA. Circular 12832 del 28 de septiembre de 2020 - DIGSA. Lineamiento proceso de agendamiento de los ESM - 02 de febrero de 2021 - DISAN (Radicado N°2021333001094753).	Socializar y difundir semestralmente la Directiva Permanente 005/2019 rad 21475 2Actualizar e implementar los lineamientos para la estandarización de los tiempos de consulta y la prestación de servicios de salud y manejo de agendas para asignación de citas medicas en la red interna SSFM". Debe contar con acta.							
51		Socializar, difundir, evaluar y medir semestralmente adherencia del manual instructivo para el modulo de administracion en salud del personal en el SSFM-DIGSA.							
52		Verificar en el modulo de APS los siguientes parametros SOLO APLICA PARA PERSONAL ASISTENCIAL (Personal planta salud, OPS, servicio social obligatorio, militar) novedades (licencias, retiros, traslados, incapacidades), desvinculación.							
53		Verificar, consolidar y enviar el informe de APS A DISAN semestralmente (la información será consolidada por el centralizador de sus satélites)							
54		Garantizar agendas disponibles de los profesionales inscritos en el modulo de APS (asistenciales) en cada ESM. No deben existir agendas cerradas.							
PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA									
55	Manual de portafolio de servicios de Junio 2021 - DIGSA	Socializar semestralmente formato de reporte de capacidad instalada y red externa al personal del ESM y satélites.							
56		Reportar trimestralmente (mes vencido) el formato de capacidad instalada, red interna y externa con su respectivo analisis de información.							
57		Realizar seguimiento a los convenios contratados con el establecimiento a través de la herramienta SALUD. SIS.							
58		Realizar seguimiento mensual del portafolio de servicios (Con y Sin herramienta SALUD.SIS)							
59		Actualizar cada que se presente una novedad en el portafolio de servicios (con y sin herramienta SALUD.SIS)							
AUTORIZACIONES - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA									
60	Acuerdo 002 del 2001 Acuerdo 007 de 2001 Acuerdo 070/2019 - DIGSA Manual de autorizaciones 2021 - DIGSA Manual de Referencia 2017 - DIGSA	Contar con acta de capacitación y entrega del manual MDN-CGFM-PROARED-GGSM-MA.33.3V3.							
61		Realizar socialización semestral al personal de salud sobre el Manual de autorizaciones emitido por DIGSA, evaluar y verificar adherencia.							
62		Socializar, difundir malla de pertinencia y realizar seguimiento minimo semestral. Verificar adherencia							
63		Verificar procedimiento de recepción de autorizaciones (estas se hacen llegar por medio electrónico, única y exclusivamente, excepciones para adultos mayores). Verificar los datos del usuario, nombre y número de identificación, diagnostico CIE-10, fecha (menor a un año), medico tratante, procedimiento, verificar la pertinencia de la orden según especialidad.							
64		Verificar que el usuario se encuentre registrado y activo en SALUD.SIS o en el SSFM y que se encuentre adscrito en el ESM (en caso de no tener SALUD.SIS). Cuando la orden viene de la Red Externa, se debe cargar el anexo 3 en la historia clinica del paciente en SALUD.SIS.							
65		Verificar que las autorizaciones sean pertinentes, teniendo en cuenta que priman los servicios prestados por los ESM sobre los de la Red Externa.							
66		Diligenciar en la base de datos establecida por la DISAN las autorizaciones generadas de forma manual y enviar mensualmente a DISAN							
67		Diligenciar y enviar a DISAN mensualmente los ajustes realizados a la malla de pertinencia.							
68		Conocer y contar con el Manual de Referencia 2017 - DIGSA, Manual de autorizaciones 2021 - DIGSA, ANEXO 2 atención inicial en Urgencias, verificar adherencia.							
69		Realizar capacitación trimestral sobre manual y cartilla de referencia y contrareferencia (cambios y actualizaciones). Verificar el cumplimiento.							
70		Verificar Diligenciar y enviar mensualmente la matriz de traslados terrestres, aéreos y/o acuáticos.							
71		Verificar Diligenciar y enviar mensualmente la matriz correspondiente a las autorizaciones de urgencia teniendo en cuenta Anexo 02.							
72		Verificar Diligenciar y enviar informe de gestión trimestral de referencia y contrareferencia.							
73		Validar el cumplimiento de la entrega de autorizaciones dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega por parte del usuario							
74		Verificar que las autorizaciones son realizadas por personal auditor en salud.							
SERVICIOS FARMACEUTICOS									
75	1. Resolución 1403/14 de mayo de 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. - Ministerio de la Protección Social. 2. Contrato de Medicamentos 106 DIGSA 2020 "Adquisición, distribución, suministro, dispensación y control de medicamentos a través de un operador logístico para los usuarios del subsistema de salud de las fuerzas militares, bajo la modalidad de monto agotable" 3. Resolución 839/23 de marzo de 2017 Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 4. Directiva Permanente 0121001353602 Botiquines - DIGSA - Estandarización Técnica de Botiquines M1, M3, M4, M5. 5. Resolución 1478 de 2006. - Ministro de la Protección Social. "Por la cual se expiden normas de control, seguimiento y	Realizar capacitaciones semestrales sobre la normatividad vigente a los funcionarios de los ESM.							
76		Realizar mensualmente los comités de farmacovigilancia con su respectivo soporte y hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos y actividades generadas.							
77		Reportar y actualizar mensualmente la base de datos de los eventos adversos e incidentes y hacer seguimiento mensual respectivo.							
78		Realizar y enviar mensualmente el informe del reporte de eventos adversos e incidentes.							
79		Socializar mensualmente boletín, matriz de precios, carta de desabastecimientos y/o entre otros de tipo informativo.							
80		Realizar análisis y seguimiento mensual de los informes allegados al ESM, con sus debidos soportes.							
81		Realizar y enviar mensualmente el informe de novedades de seguimiento al contrato vigente del Operador Logístico de Medicamentos.							
82		Capacitar mensualmente al personal médico del ESM sobre la transcripción de fórmulas médicas; teniendo en cuenta la normatividad vigente y enviar su respectivo soporte a DISAN.							
83		Verificar y llevar control semestralmente en el ESM de las novedades que se presentan frente a los medicamentos de carros de paro, ambulancias y botiquines, entre otros.							
84		Verificar y recepcionar la entrega del archivo correspondiente a las fórmulas médicas que realiza el OPL al ESM, el cual debe estar con la entrega máximo del mes inmediatamente anterior.							
85		Verificar y llevar control trimestral en el ESM de las novedades que se presentan frente a órdenes de requisición, incluye (botiquines, carros de paro, satélites, ambulancias, etc.).							
86		Socializar mensualmente a los profesionales del ESM sobre las novedades que correspondan a las tres modalidades del contrato (dispensación, suministro y satélites) y hacer seguimiento.							
87		Realizar acompañamiento por parte del ESM a las revistas programadas por la DISAN y enviar a la DISAN las acciones correctivas a los compromisos pactados en el acta de revista realizada por DISAN.							
88		Realizar y enviar trimestralmente el informe de política farmacéutica. (Manual Gestion Farmaceutica)							
89		Realizar seguimiento mensual, mediante la herramienta tecnologica OPL , en cuanto al nivel del servicio de cada ESM.							

90	vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución dispensación, compra, venta, destrucción, y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos cualquier otro producto que las contenga y sobre aquellas que son monopolio del estado". 6. Ley 594/2000. El Congreso de Colombia. Reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4124 de 2004, 1100 de 2014. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. 7. Circular 55 del 13 de enero de 2020 – DISAN. Proceso de Gestión Farmacéutica en los Establecimientos de Sanidad Militar, Suministro y Satélites para el manejo, seguimiento y control de inventarios de medicamentos. 8. Manual de Gestión Farmacéutica. 9. Decreto 0780 del 2016, Decreto unico del sector salud y la protección social 10. Decreto 2200 del 2014 Por el cual se reglamenta el servicio Farmacéutico y se dictan otras disposiciones.	Cumplir con el Nivel de dispensación: del ESM se relaciona con el % de pendientes rango igual o menor al 2% el valor total debe estar por encima del 98% para cumplir.					
91		Difundir al personal del ESM las novedades relacionadas con los medicamentos del contrato de medicamentos (desabastecimientos, alertas sanitarias etc) Se evidencia acta.					
92		Realizar verificación de % de medicamentos pendientes no listados (CTC, TUTELAS) mensual FFMM (debe estar igual o menor al 2%)					
93		Realizar verificación % medicamentos pendientes de requisiciones (debe estar igual o menor al 2%) servicios de salas de cirugía, carro de paro, terapia respiratoria, botiquín de socorristas militares.					
94		Realizar verificación de los soportes de entrega de los medicamentos por requisición					
95		Entregar medicamentos para botiquines de acuerdo a la Directiva Permanente 0121001353602 recibo a satisfacción de los medicamentos entregados					
96		Realizar socialización de los errores de formulación en el comité de farmacia de manera mensual se cuenta con el registro del acta.					
97		Realizar Cumplimiento circular 058 de 2016 Instrucciones para los diligenciamientos en la fórmula médica y correcta prescripción de medicamentos. (Acta de socialización, soporte de inducción al personal médico).					
98		Realizar seguimiento a PQRS realizadas en el ESM por medicamentos se evidencia registro en plantilla y formato establecido por servicios farmacéuticos, cuenta con el seguimiento respectivo.					
99		Realizar seguimiento a indicadores farmacéuticos de alto costo 4 indicadores, el comité de farmacia revisará paciente, diagnóstico, medicamento, profesional mas costoso. Se evidenciara en acta.					
100		Realizar por parte de los centralizadores revistas a sus respectivos satélites, contar con informes y actas de revista					
101		Realizar revistas e inventario del carro de paro, de forma mensual, se evidencia acta de la revista del carro.					
102		Verificar buenas practicas de almacenamiento, fechas de vencimiento semaforización					
103		Realizar revista mensual de la farmacia, que incluya cruce de inventarios, levantando el informe correspondiente.					
104		Realizar Transcripción de fórmula medicas Vs Historia clínica, verificar que se encuentre soportada en la H.CL del paciente					
TRANSCRIPCIONES							
105	acuerdo 052 de 2013 resolución 1995 de 1999 circular 058 del 2 de agosto de 2016	Capacitar a los profesionales sobre la correcta prescripción. (verifique mediante actas) mínimo una semestral.					
106		Capacitar a los profesionales sobre las transcripciones.(verifique mediante actas), Mínimo un acta semestral.					
107		Verificar que el procedimiento de transcripción debe sea realizado únicamente por el profesional idóneo.Realizar auditoría de 5 transcripciones.					
108		Capacitar, socializar y difundir la implementación del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP por parte de los profesionales de la salud, evaluar y medir adherencia.(verifique el conocimiento del profesional mediante una encuesta)					
109		Verificar diagnóstico de formulación, la enfermedad base del paciente deberá incluirse.(se deben evitar códigos Z000, Z760 que corresponden a examen general o consulta para repetición de receta).					
110		Verificar que el proceso de transcripción corresponde a asignación de cita.					
111		Verificar evolución médica del paciente y registro en la historia clínica, para realizar la transcripción.					
112		Revisar registro completo de las condiciones y diagnóstico en la historia clínica.					
113		Verificar la coherencia y correlación entre el diagnóstico y la formulación.					
114		Realizar el correcto diligenciamiento de la nueva fórmula y la inclusión de la frase "Transcripción de fórmula"					
115		Verificar registro del medicamento debe estar en nombre genérico,diligenciamiento completo revisar datos de identificación completos, términos de prescripción y todos los campos de la fórmula deben estar correctamente diligenciados, cantidad de medicamentos registrados por fórmula 3, no espacios en blanco siempre se debe trazar una línea (solo aplica en fórmulas manuales)					
116		Verificar la prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento formulado.					
117		Formular con letra clara, legible y sin tachones.(en el caso de hacerse de forma manual) y revisar en la fórmula el nombre claro del profesional quien la realizó, número de registro, firma y sello. (tanto la fórmula anterior, como la nueva)					
118		Revisar que todas las transcripciones deben contar con registro en la historia clínica y que los soportes sean cargados o escaneados. Aplica para HCL manuales o digitales.					
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y/O MONOPOLIO DEL ESTADO							
119	RESOLUCION 1478 DEL 2006, RESOLUCION 1479 DEL 2006 RESOLUCION 2564 DEL 2008	Utilizar el recetario oficial para la formulación de medicamentos de control especial.					
120		Realizar verificación de fórmula debe tener tres copias, (original quedara en el establecimiento, primera copia para el paciente y otra para el trámite administrativo)					
121		Verificar que cada medicamento de control especial este formulado de manera individual.					
122		Formular con letra clara, legible y sin tachones.(en el caso de hacerse de forma manual) y revisar en la fórmula el nombre claro del profesional quien la realizó, número de registro, firma y sello. (tanto la fórmula anterior, como la nueva)					
123		Verificar el control sobre las fórmulas emitidas, y las restantes (se debe llevar un libro donde se registre la numeración de los talonarios)					
124		Revisar registro en la historia clínica del procedimiento de formulación de medicamentos de control especial.					
125		Verificar que dicho procedimiento quede como anexo, la fórmula original en la historia clínica del usuario.					
SALUD MENTAL							
SALUD MENTAL OPERACIONAL							
126	Lineamientos plan de acción vigente emitidos por la Dirección General de Sanidad Directiva Permanente. Proceso Administración de Personal Dirección de Sanidad Ejército 00209 de 27 Diciembre	Realizar actividades de PyD de acuerdo al cronograma emitido por DISAN, con sus debidos soportes (Actas de capacitación), enviando mensualmente a DISAN.					
127		Diligenciar los formatos de PyD de acuerdo con los lineamientos establecidos por DISAN.					
128		Diligenciar formato de morbilidad mensualmente y enviarlo a DISAN.					

129		2017	Aplicar mensualmente fichas preoperacional y postoperacional, para verificación del estado mental del personal militar.						
SALUD MENTAL ESM									
130	Lineamientos plan de acción vigente emitidos por la Dirección General de Sanidad Directiva Permanente. Proceso Administración de Personal Dirección de Sanidad Ejército 00209 de 27 Diciembre 2017		Realizar mensualmente actividades de promoción y detección temprana en salud mental de acuerdo al cronograma emitido por DIGSA o DISAN.						
131			Diligenciar y realizar envío del formato PYD (Promoción y detección) teniendo en cuenta cronograma de temáticas establecidas por la DISAN - Anexo 4.						
132			Realizar envío del formato de morbilidad, mensualmente a DISAN.						
133			Realizar la atención, seguimiento y cierre de los casos reportados por evento de interés en salud mental (evento 875 - Violencias de Género), realizando trabajo interdisciplinario con los profesionales de los ESM de forma integral.						
134			Realizar la atención, seguimiento y cierre de los casos reportados por evento de interés en salud mental (evento 356 - Intento de suicidio), realizando trabajo interdisciplinario con los profesionales de los ESM de forma integral.						
135			Realizar la atención, seguimiento y cierre de los casos reportados por evento de interés en salud mental (evento 365 - Intoxicaciones), realizando trabajo interdisciplinario con los profesionales de los ESM de forma integral.						
136			Diligenciar mensualmente el formato de morbilidad (consulta externa y hospitalización) del servicio de psiquiatría de red interna y red externa contratada.						
137			Elaborar base de datos con seguimiento casos remitidos por la línea en defensa por la vida de manera trimestral - Anexo C.						
138			Elaborar base de datos relacionando los presuntos suicidios (suicidios consumados) Anexo 5.						
139			Verificar los registros de atención con la historia clínica debidamente diligenciada.						
BIOESTADÍSTICA									
140	Directiva Permanente No. 370867 de 2014 Capítulo "III" Subcapítulo B. Circular No. 00001 de 2015 Capítulo "III" Subcapítulo B. Circular No. 0013 de 2015 Capítulo "II" Subcapítulo "A al D" Capítulo "II". Circular No. 0051 de 2016 Directiva Permanente No. 370867, Directiva permanente 05 de 20 de diciembre 2019, Circular Externa 030 de 2006, Circular externa 056 de 2009, Decreto N° 943 del 2014.		Capacitar, difundir y socializar semestralmente la normatividad vigente al personal a cargo de bioestadística de cada ESM y sus satélites en el correcto y oportuno diligenciamiento de los formatos morbilidad, productividad, indicadores de calidad y alerta temprana (Directiva Permanente No. 370867, Circular No. 0013 de 2015, Directiva permanente 05 de 20 de diciembre 2019, Circular Externa 030 de 2006, Circular externa 056 de 2009, Decreto N° 943 del 2014).						
141			Reportar mensualmente a la DISAN la información estadística de morbilidad (consultas, procedimientos), productividad, hospitalización, incapacidades, natalidad y matriz de indicadores de acuerdo a los lineamientos establecidos.						
142			Recepcionar, consolidar, analizar y retroalimentar mensualmente a los funcionarios del ESM y sus satélites sobre la información referente a productividad, morbilidad (consultas, procedimientos), hospitalización, incapacidades y natalidad.						
143			Realizar comité de análisis de productividad mensual del ESM para hacer los ajustes respectivos.						
AUDITORÍA EN SALUD									
144	Directiva Permanente 800-09 del 03 de Abril de 1998; Decreto 1011/2006; Decreto 4747/2007; Resolución 3047 de 2008; Resolución 416 de 2009; Ley 1438 de 2011; Resolución 4331 de 2012; Resolución 1441 de 2013, Acuerdo 002 de 2001; Acuerdo 026 de 2003; Resolución 1796 de 2000 Directiva permanente No 1068 del 2016, "lineamientos generales para la administración de riesgos en el Ejército Nacional"		Realizar la socialización semestralmente de los lineamientos emitidos por DIGSA - DISAN.						
145			Realizar y enviar de forma mensual el reporte de los usuarios que fueron atendidos por otras fuerzas de acuerdo a los anexos 1 y 2 de integración funcional, teniendo en cuenta los lineamientos socializados por DISAN.						
146			Implementar y enviar acciones de mejora de acuerdo a la retroalimentación trimestral del Informe de cuentas médicas y concurrencia de red complementaria (red externa), emitidas por DISAN.						
147			Remitir con oficio mensualmente copia de todos los contratos suscritos en el mes que incluya vigencias futuras – modificaciones - adiciones, sustituciones (en tiempo y/o valor) para el proceso de auditoría de cuentas médicas de acuerdo a servicios y tarifas.						
148			Recibir y verificar mensualmente que concuerden las bases de datos con los soportes entregados de la facturación de cobro de glosas, teniendo en cuenta la trazabilidad de las facturas que presentaron devoluciones.						
149			Realizar reunion mensual con el personal de la empresa contratada para la auditoria integral en su regional.						
150			Realizar reunión semanal con Subdirector Científico del ESM y el Médico Auditor Concurrente de la firma auditora para socializar el estado de los pacientes hospitalizados en la red externa y así detectar las novedades presentadas.						
GARANTÍA DE LA CALIDAD									
151	*D.P No 03 de 2019 Implementación y ejecución del Pamec		Socializar anualmente los lineamientos emitidos por DIGSA - DISAN, a los jefes de área de los ESM.						
152			Diligenciar anualmente el formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-7, para la evaluación de buenas prácticas de los servicios de salud, de acuerdo a la aplicación de la herramienta PAMEC, teniendo en cuenta los lineamientos emitidos por DIGSA. (Solo para los ESM autorizados según directiva).						
153			Realizar e implementar el plan de mejoramiento anual formulado a partir de la priorización de los criterios evaluados en PAMEC para la seguridad del paciente. (Solo para los ESM autorizados según directiva).						
154			Consolidar trimestralmente los soportes de las acciones realizadas en cada una de las áreas evaluadas de acuerdo al plan de mejoramiento del PAMEC.						
155	*D.P: No 02 de 2018 Directrices para el Mantenimiento del Componente Capacidad Técnico Científica de los ESM		Realizar la socialización de la Directiva y herramienta de Autoevaluación del componente: Capacidad Técnico Científica de Calidad en los servicios de salud. (formato de inscripción de servicios de salud ante la DISAN, formato de novedades de forma anual).						
156			Diligenciar y enviar formato de reporte de novedades de los servicios MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-58 y su respectivo soporte de envío a la DISAN EJC, según la ocurrencia de las novedades presentadas en el ESM.						
157			Diligenciar formato MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-64 V2 y realizar envío bianual de la herramienta de autoevaluación de los estándares de Capacidad Técnico Científica a los servicios de salud del Establecimiento de Sanidad Militar.						
158			Diligenciar formato de forma bianual MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-9 plan de mejoramiento de los estándares que no cumplen a satisfacción, a partir de los resultados de la autoevaluación de la Capacidad Técnico Científica.						
159			Consolidar y enviar trimestralmente a DISAN los soportes de las acciones realizadas para el cumplimiento de los estándares, de acuerdo al plan de mejoramiento formulado en la autoevaluación de la Capacidad Técnico Científica.						
160		Directiva Permanente 003-363246 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 DE 2014 - Manual de Seguridad del paciente, la implementación de los formatos de reporte y el análisis de los eventos adversos en los servicios de salud del ESM.	Socializar anualmente la Directiva 003-363246 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 de 2014 - Manual de Seguridad del paciente, la implementación de los formatos de reporte y el análisis de los eventos adversos en los servicios de salud del ESM.						

161	de Seguridad del paciente	Consolidar, reportar, analizar y enviar trimestralmente el formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-36, de eventos adversos y las acciones realizadas en pro de la seguridad del paciente y la minimización de los riesgos en salud en el ESM.							
162	* Directiva Permanente 323537 CGFM- * Directiva Permanente 370867 DGSM-STG-GSG-40.7	Socializar anualmente la Directiva 323537 para el monitoreo de los indicadores consolidados por estadística y la formulación de planes de mejoramiento con los procesos que no cumplan la meta del indicador.							
163		Realizar y reportar trimestralmente el plan de mejoramiento de los indicadores de calidad que no cumplen la meta establecida, en el formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-37 con los documentos soporte.							
164	Directiva Permanente No.012 -2018	Publicar anualmente en la orden semanal el nombramiento de los comités de obligatorio cumplimiento (Calidad, historias clínicas, farmacovigilancia, infecciones, vigilancia epidemiológica, ética y demás que el ESM Considere).							
165		Realizar cronograma anual de los comités de obligatorio cumplimiento para el ESM.							
166		Realizar mensualmente los comités de obligatorio cumplimiento y realizar el seguimiento a las acciones de mejoramiento propuestas en cada uno.							
167		Diligenciar y enviar trimestralmente la matriz MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53 del seguimiento a los comités de obligatorio cumplimiento, con sus soportes.							
168	Manual de Auditoria de Calidad en Salud del SSFM 2018	Realizar cronograma anual de auditorías a red externa contratada.							
169		Realizar y enviar semestralmente a DISAN los informes de calidad de las visitas realizadas a la red externa contratada, con sus respectivos soportes de seguimiento a los planes de mejora.							
170		Realizar cronograma anual de auditorías a red interna y los ESM satélites.							
171		Realizar y enviar semestralmente a DISAN los informes de calidad de las visitas realizadas a la red interna y ESM satélites, con sus respectivos soportes de seguimiento a los planes de mejora.							
172		Realizar informes de cada componente según la periodicidad establecida para los lineamientos y normatividad vigente.							
CONSULTA EXTERNA									
173	Resolución 3100 de 2019	Verificar certificado de formación del personal asistencial de los servicios de consulta externa en primer respondiente.							
174		Verificar certificado de formación del personal asistencial de los servicios de consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.							
175		Verificar certificado de formación del personal asistencial de los servicios de consulta externa en humanización de los servicios de salud							
176		Verificar que se cumple con el tiempo de consulta asignado a cada especialidad, que no se programen pacientes cada 10 minutos, más del tiempo autorizado por la DIGSA, u otros tiempos diferentes.							
177		Verificar que los consultorio de consulta externa, cumplen con los requisitos de infraestructura, dotacion e insumos según normatividad vigente.							
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS									
178	Programa de vigilancia epidemiologica y protección radiológica para trabajadores ocupacionalmente expuestos a radiaciones ionizantes - DIGSA. Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.	Contar en el ESM con el programa de vigilancia epidemiológica, en el que se describen las responsabilidades y las medidas de control							
179		Verificar que el personal ocupacionalmente expuesto tenga conocimiento del programa de vigilancia epidemiológica.							
180		Contar con programa de capacitación anual en protección radiológica de acuerdo al anexo 5 de la resolución 482/18 y sus respectivos soportes.							
181		Evaluar los conocimientos adquiridos en la capacitación en protección y seguridad radiológica.							
182		Verificar que el personal ocupacionalmente expuesto identifique los estándares de seguridad en protección radiológica							
183		Capacitar, difundir, socializar los protocolos definidos para la toma de estudios de imagenología, evaluar y medir adherencia.							
184		Contar con licencia de práctica médica vigente según normatividad actual los equipos generadores de radiaciones ionizantes cuentan, según la Resolución 482/18, así: *Licencia de practica médica categoría I: 5 años *Licencia de practica médica categoría II: 4 años							
185		Evidenciar control de calidad vigente realizado por una institución con licencia emitida por Min. Salud y Protección Social según la normatividad actual (cada 2 años)							
186		Contar con los niveles de referencia para el diagnóstico o metodología para la estimación de los mismos.							
187		Contar con cronograma de mantenimiento preventivo para los equipos generadores de radiación ionizante.							
188		Evidenciar el cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo en las hojas de vida, para los equipos generadores de radiación ionizante.							
189		Contar con la señalización indicada (Símbolo de radiación ionizante (trébol magenta, fondo amarillo, aviso de precaución con mujeres gestantes).							
190		Contar con las barreras físicas indicadas puerta plomada, biombo, mamparas, cortinas) y son manejadas adecuadamente							
191		Contar con las instalaciones físicas donde se operan equipos generadores de radiaciones ionizantes se encuentran en condiciones óptimas para la atención de pacientes de forma segura.							
192		Contar con el plano general de las instalaciones de acuerdo a lo establecido en la resolución 482/18, Artículo 23.7.							
193		Verificar que el personal expuesto a radiación ionizante cuente con el certificado de formación en protección radiológica avalado por institución de educación superior.							
194		Verificar que el personal de Trabajadores Ocupacionalmente expuestos, cuenten con dosímetro personal asignado y verificar el uso adecuado del mismo.							
195		Contar con dosimetría de área, de control y de cristalino de acuerdo a las necesidades del servicio y su uso es el correcto.							
196		Verificar que el personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, conozca los resultados dosimétricos.							
197		Revisar el almacenamiento de los dosímetros, cuando no están en uso, es adecuado (alejados de la fuente de radiación ionizante).							
198		Verificar evidencia de la realización del seguimiento médico ocupacional de pre-ingreso, periódicos y de retiro del personal expuesto.? ¿Y el concepto de aptitud del médico laboral.							
199		Revisar si el personal expuesto a radiaciones ionizantes, tiene conocimiento de los resultados del seguimiento médico a las condiciones de salud							

200		Verificar si los elementos de protección personal son suficientes para proteger al personal.							
201		Verificar funcionamiento de los elementos de radio protección se encuentran en buen estado (velcros, costuras, correas, plomo).							
202		Verificar que los elementos de protección radiológica se encuentren en buenas condiciones de higiene.							
203		Verificar el almacenamiento de los elementos de radio protección conservación y cuidado.							
204		Verificar el uso adecuado de los elementos de protección radiológica por el personal ocupacionalmente expuesto.							
205		Verificar que el personal que participa del procedimiento es el estrictamente necesario para la práctica y está incluido en el Programa de vigilancia epidemiológica.							
206		De acuerdo al PVE (Programa de Vigilancia Epidemiológica emitido por la Dirección de Sanidad, verificar cumplimiento a la contratación del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes por un periodo de 6 meses.							
207		Contar con los protocolos de los procedimientos de estudios radiológicos más frecuentes y que sean socializados, actualizados y evaluados mínimo una vez al año.							
208		Realizar entrega oportuna de los estudios radiológicos tomados y hacer seguimiento a la entrega de estudios radiológicos no reclamados, documentando la actividad.							
LABORATORIO CLÍNICO									
209	Constitución política de Colombia Ley No. 09 de 1979 Decreto 2323 del 2006 Acuerdo 117 de 1998 Resolución 00412 de 2000 Directiva Permanente No.143581 de 2010 Protocolos y Guías eventos de importancia en salud pública	A. EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PUBLICA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES. Enviar las láminas positivas y el 10% de las negativas realizadas por los ESM de Malaria - leishmania al LRI DISAN semestralmente para realizar control calidad interno, verificar resultados en la pagina web de DISAN por parte de los ESM EJC, documentar las actualizaciones en las enfermedades causadas por ETV recibidas en el curso del año, Realizar revisión de Guías de manejo Ministerio Protección Social - INS Impresas o medio magnético por parte del profesional de laboratorio clínico del ESM EJC.							
210	Reglamento sanitario Internacional - RSI2005 Ley 09 de 1979 Decreto 2323 del 2006 Acuerdo 117 de 1998 Decreto 457 2020 Decreto 1109 2020 Decreto 1374 del 2020 Resolución 385 2020 Resolución 407 de 2020 Resolución 1463 de 2020 Directiva Permanente No.43581 de 2010 Circular 005 de 2020 Circular 19 de 2020	B. DIAGNOSTICO COVID POR TÉCNICA MOLECULAR POR PCR Tomar y registrar muestras de pacientes COVID, verificación en SALUD .SIS, envío de muestras COVID desde los ESM EJC al LRI DISAN EJC aplicando el triple embalaje envío oficio de remisión, Guías de manejo Ministerio Protección Social - INS impresas o en medio magnético.							
211	Constitucion política de Colombia Ley No. 09 de 1979 Decreto 2323 del 2006 Acuerdo 117 de 1998 Resolución 00412 de 2000 Directiva Permanente No.143581 de 2010 Protocolos y Guías eventos de importancia en salud pública	C. CONTROL DE CALIDAD DIRECTO E INDIRECTO DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO MALARIA Y LEISHMANIA. Realizar el control de calidad externo e interno de Malaria, Leishmania y Tuberculosis publicado en la pagina web, revisar resultado del control de calidad externo publicados en la pagina web, realizar los Planes de mejoramiento de los ESM EJC, de acuerdo a la evaluación del control calidad externo e interno.							
212	Constitucion politica de Colombia Ley No. 09 de 1979 Decreto 2323 del 2006 Acuerdo 117 de 1998	Verificar registro de pacientes, toma de muestra y entrega de resultados de los usuarios de SSFM de acuerdo a sistema de información con el que cuente el laboratorio clínico del ESM.							
213		Realizar control de calidad interno y externo de los analitos de química clínica, hematología, parcial de orina, coprológico, y pruebas especiales.							
214		Verificar asistencia del personal a las capacitaciones que se programan para la actualización de los lineamientos emitidos por la DISAN, regional y ESM verifique cumplimiento. Revisar evaluación y adherencia (informe).							
215		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.							
216		Verificar el uso adecuado de los elementos de protección personal indispensables como: Careta, guantes, tapabocas, bata de manga larga.							
217		Contar con los elementos necesarios para la atención de los pacientes. Verificar reactivos e insumos revisar fechas de vencimiento, calibración de equipos (pipetas automáticas)							
218		Verificar los kardex de insumos y reactivos de laboratorios coincidan las existencias con los soportes							
219		Verificar los consentimientos informados para procedimientos invasivos y su cargue en la HC.							
220		Validar que no existen insumos, reactivos, pruebas rápidas, entre otros, vencidos o que por las estadísticas no alcanzan a ser consumidos antes de las fechas de vencimiento.							
221		Verificar mantenimiento y funcionamiento de los equipos, debe contar con el manual de Uso.							
222		Contar con protocolos de bioseguridad, seguridad del paciente, manejo de cortopunzantes y reactivos. Verificar adherencia							
223		Realizar revisión de la Infraestructura esta debe contar con rutas de evacuación, demarcación y separación de áreas, extintores, señalización, techos pisos y paredes en buenas condiciones.							
224		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia. Contar con jabon, instrumento de secado.							
225		Verificar control de temperatura y conservación de cadena de frio de las neveras. Revisar hoja de control y registro de temperatura. Verificar funcionamiento de aires acondicionados en sitios donde las temperaturas sean altas.							
226		Realizar entrega oportuna de los laboratorios y hacer seguimiento a la entrega de exámenes no reclamados, documentando la actividad.							
LABORATORIO REFERENCIA E INVESTIGACIÓN									
227	Ley 9 de 1979 por la cual se dictan Medidas Sanitarias Decreto 2323 de 2006, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones	Realizar el envío de las laminas positivas y el 10% de las negativas de Malaria - leishmania al LRI DISAN semestralmente para realizar de control calidad interno.							
228		Realizar verificación de resultados en la pagina web de DISAN, hacer el respectivo reporte al programa.							
229		Realizar el control de calidad externo e interno de Malaria, Leishmania y Tuberculosis publicado en la pagina web y la revisión de resultados del control de calidad externo.							
230		Realizar la toma y registro de muestras segun orden médica, verificar derechos en SALUD .SIS y hacer el envío de las muestras al LRI DISAN EJC aplicando el triple embalaje y el envío con oficio de remisión ante la presentación de Brotes epidemiológicos							

231		Definir e implementar un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad paciente.							
		ODONTOLOGIA							
232		Realizar informe trimestral ante DISAN sobre las novedades encontradas, la pertinencia de las autorizaciones realizadas y el plan de mejoramiento para el proceso.							
233		Realizar el envío mensual de estadística mediante formato 1303 (aplica para ESM's que no manejan SALUD.SIS) y reporte de productividad, indicadores de calidad y reporte de incapacidades.							
234		Realizar y enviar oportunamente informe mensual de actividades a la sección de promoción y detección de la Dirección de Sanidad de Ejército.							
235		Contar con las guías clínicas, de las 5 primeras causas de morbilidad. Verificar socialización y medición de adherencia a estas.							
236		Contar con la Capacidad Tecnico Cientifica, aprobada y con soportes de plan de mejoramiento.							
237		Verificar asistencia del personal a las capacitaciones que se programan para la actualización de los lineamientos emitidos por la DISAN, regional y ESM verificar cumplimiento no menor al 90%. Revisar evaluación y adherencia (Informe).							
238		Revisar el material odontológico con el que se trabaja, debe contar con semafización de acuerdo a fechas de vencimiento.							
239		Verificar mediante agendamiento que la cantidad de consultas se encuentren acorde con el numero de horas contratadas o con la jornada laboral para el personal de planta							
240		Verificar el cumplimiento del horario de consulta odontológica esta establecido según lo ordenado.							
241		Verificar con los usuarios la eficiencia del servicio de odontología mediante encuestas, determinar si se ha aplicado su tabulación y si se han tomado acciones para mejorar.							
242		Capacitar, difundir con todo el personal las políticas de administración del riesgo, de calidad, de seguridad del paciente, de salud ocupacional y ambiental. Evaluar y medir adherencia (Informe)							
243		Verificar diligenciamiento de la nueva Historia clínica odontológica.							
244		Realizar revisión de la Historia Clínica diligenciamiento.							
245		Verifique en la historia clínica el registro de códigos CIE 10 y los CUPS, evaluar adherencia.							
246		Revisar que toda atención realizada por primera vez a un usuario incluya el proceso de apertura de historia clínica y el control de placa bacteriana más profilaxis.							
247		Verificar que todos los pacientes atendidos cuenten con historia clínica, tener el registro de cada una de las atenciones. Para ESM sin SALUD.SIS verificar historia clínica Física. ESM con salud.sis se debe verificar la trazabilidad de consulta con Historia Clínica. (En casos de no tener sistema la historia debere ser cargada como anexo a SALUDSIS.							
248		Verificar que las historias clínicas (físicas) manejadas se encuentren adecuadamente almacenadas, la identificación con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos, hoja de control de foliación.							
249		Verificar consentimiento informado para cada procedimiento odontológico realizado, toda historia clínica debe contar con este, en el registro debe evidenciar si el paciente o el responsable del paciente, aprobó o no el procedimiento, la descripción del procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, información de los beneficios y riesgos. Verifique existencia de los mismos en historia clínica física y anexo en SALUD.SIS.							
250		Verificar registro de la cantidad de citas cumplidas, incumplidas y canceladas.							
251		Realizar las ordenes de remisión según nivel de complejidad que corresponde a la profesión y su malla de pertinencia. Verificar copia de ordenes manuales y/o referencia en SALUD.SIS							
252	Resolución 3100/2019	Verificar que no exista material odontológico vencido en los consultorios.							
253		Revisar el uso adecuado de los elementos de protección personal indispensables para la consulta como: careta, guantes, tapabocas, bata de manga larga y gorro. (verifique actas de entrega de material)							
254		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos							
255		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.							
256		Verificar manejo de elementos cortopunzantes estos deben ser desechados en Guardian. Verifique nivel de llenado, rotulación y disposición final.							
257		Verificar que las carpulas utilizadas sean desechadas adecuadamente. (Revisar sitio de disposición en consultorio).							
258		Verificar que los desechos de vidrio contaminado con químicos se estén desechando de manera adecuada. Verifique guardian para este proposito.							
259		Revisar disposición de los desechos generados, ¿Se están realizando de acuerdo a la clasificación correspondiente?. Verificar las canecas de los consultorios.							
260		Revisar disposición de los desechos generados en RX. Verificar disposición y segregación de acuerdo a la norma. Revisar contrato de disposición de químicos resultantes del revelado y disposición del plomo de las placas radiograficas.							
261		Verificar que el personal que toma rayos X este utilizando el dosimetro.(revisar valores de medición)							
262		Disponer del personal profesional suficiente que garantice la atención y calidad para llevar a cabo la ruta de Salud Bucal.							
263		Contar con el personal de higienistas que realice apoyo al programa de salud oral. Circular No 104820 de 2009.							
264		Realizar campañas, programas de Promoción y Detección en salud Bucal. Verificar actas e informes de jornadas.							
265		Tener disponibilidad de folletos, volantes, cartillas y demás material para dar información a los usuarios.							
266		Realizar campañas preventivas, de motivación y divulgación en estilos de vida saludables.							
267		Realizar canalización de pacientes para garantizar el ingreso a su ruta de salud de acuerdo al momento tiempo de vida y/o riesgo específico.							
268		Verificar el envío mensual de reportes de ficha epidemiológica a la Dirección de Sanidad Ejército.							
269		Contar con protocolos documentados (firmados y aprobados), socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.							
270		Realizar los procesos de esterilización de acuerdo a protocolo aprobado.							
271		Contar con la trazabilidad de esterilización del instrumental y equipos. Verificar libros, planillas y demás formatos que lo demuestren.							
272		Realizar control químico de esterilización. Verifique soportes con la tirilla química.							
273		Contar con protocolo de uso y reuso de dispositivos (firmado y aprobado) verificar socialización y evaluación.							
274		Contar con actas de retroalimentación respecto a las auditorías realizadas a las historias clínicas.							

275		Contar con protocolo firmado y aprobado para manejo de derrames.						
276		Verificar el reporte de eventos adversos, incidentes y accidentes que se presenten con el paciente.						
277		Realizar seguimiento a los eventos adversos, incidentes que se presenten con el paciente. Evidenciar las acciones de mejora implementadas.						
MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA								
278		Revisar la disposición de los desechos, se está realizando de acuerdo a la clasificación correspondiente. Verificar canecas de los consultorios.						
279		Realizar charlas en coordinación con los otros programas de promoción y prevención. Verificar actas de capacitación.						
280		Tener disponibilidad de folletos, volantes, cartillas y demás material para dar información sobre prevención y promoción						
281		Contar con los elementos necesarios para la atención de los pacientes. Verificar material medico de los consultorios, revisar fechas de vencimiento.						
282		Verificar el uso adecuado de los elementos de protección personal indispensables para la consulta como: Careta, guantes, tapabocas, bata de manga larga.						
283		Capacitar, difundir con todo el personal las políticas de administración del riesgo, de calidad, de seguridad del paciente, de salud ocupacional y ambiental, Humanización del servicio. Evaluar y medir adherencia(Informe)						
284		Revisar señalización de las áreas de los consultorios						
285		Realizar campañas preventivas, de motivación y divulgación en estilos de vida saludables.						
286		Realizar el envío de reportes de ficha epidemiológica a la Dirección de Sanidad Ejército.						
287		Conocer, identificar, consignar los códigos CIE 10 y los CUPS en los registros clínicos						
288		Verificar la asignación del horario de consulta ¿Esta establecido según lo ordenado?						
289		Verificar mediante agendamiento que la cantidad de consultas se encuentren acorde con el numero de horas contratadas						
290		Realizar capacitaciones a los usuarios sobre factores de riesgo para la salud						
291		Verificar en las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos se cuente con los elementos necesarios: hablador de lavado de manos, jabón líquido de manos y sistema de secado.						
292		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar cumplimiento y adherencia.						
293		Verificar adherencia al programa de atención en salud para víctimas de violencia sexual, realizar medición de adherencia.						
294		Verificar Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.						
295		Revisar que toda atención de primera vez a un usuario incluya el proceso de apertura de historia clínica.						
296		Verificar que todos los pacientes atendidos tengan historia clínica ya sea manual o por SALUD.SIS						
297		Verificar que las historias clínicas se encuentren adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.						
298		Contar con consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.						
299		Verificar que los consultorios de los profesionales de la salud cuenten con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa.						
300		Verificar registro de la cantidad de citas cumplidas, incumplidas y canceladas.						
301		Diligenciar y enviar matriz consolidada de productividad por cada profesional.						
302		Realizar las ordenes de remision según nivel de complejidad que corresponde a la profesión y su malla de pertinencia.						
303		Verificar el cumplimiento de asistencia del personal a las capacitaciones que se programan para la actualización de los lineamientos emitidos por la DIGSA y por la DISAN , con cumplimiento no menor al 90%.						
304		Verificar que todo el personal cuente con los permisos para el diligenciamiento de Historia Clínica y formulación al interior del establecimiento.						
305		Contar con las guías de manejo de las 10 patologías mas frecuentes de atención y que están actualizadas, socializadas y se ha evaluado su adherencia.						
306		Verificar que en los consultorios de consulta externa no se realizan procedimientos invasivos.						
307		Verificar la actualización, socialización y medición de la adherencia a protocolos de atención en salud.						
308		Realizar el reporte y posterior enrutamiento de los usuarios según momento de curso de vida.						
SALAS DE CIRUGIA								
309		Verificar cumplimiento de las normas propias del servicio de cirugía requeridas para una entidad prestadora del servicio de salud.						
310		Verificar que el talento humano tenga conocimiento sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos en el área de cirugía.						
311		Realizar revisión de la Infraestructura esta debe contar con quirófano que involucre las salas de operaciones, el servicio de recuperación, área pre-anestésica, central de equipos y esterilización (CEYE), almacén de material de consumo, oficinas administrativas y vestidores						
312		Realizar verificación de Equipos (son suficientes para la prestación del servicio, se encuentran en buen funcionamiento y mantenimiento)						
313		Contar con los equipos exigidos para el área de cirugía, a los cuáles se les realiza un programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo. Las hojas de vida de los equipos utilizados en cirugía se encuentran centralizadas, con copia en el servicio.						
314		Contar con central o unidad de esterilización debe tener las zonas perfectamente definidas área roja o zona contaminada (o zona sucia). Un área azul o zona limpia. Y un área verde área física exclusiva y de circulación restringida. Debe estar ubicada de manera estratégica para atender a los diferentes servicios de la institución						
315		Verificar procedimiento de recibo, acondicionamiento, procesamiento, control y almacenamiento del equipamiento biomédico e instrumental						
316		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.						
317	DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006, formato de autoevaluación de criterios de capacidad tecnológica y científica del SSFM-DIGSA. Decreto 1011 de 2006 (del 3 de abril de 2006) Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de	Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia.						
318		Verificar que se cumpla con la ruta de circulación para: pacientes, médicos, y otros profesionales de la salud, farmacéuticos, proveedores de suministros, ingenieros biomédicos, y equipos. Llegada y salida de pacientes, circulación de elementos estériles y no estériles, desechos.						

319	Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Resolución 1441 de 2013 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Decreto 903 de 2014 tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos.Circular 030 de 2006 Por medio de la cual se dan instrucciones en materia de indicadores de calidad Circular 023 de 2005 (del 26 de diciembre de 2005)	Contar con registro de Preparación quirúrgica (sitio de venopunción, registro de alergias, procedimiento, consentimiento, registro de profilaxis antibiótica, ayudas diagnósticas,riesgo de hemorragias, riesgo de aspiración,riesgo quirúrgico, registro de reserva sanguínea según el caso)						
320		Verificar el registro de las historias clínicas Salud.SIS o manual de los pacientes ingresados a salas de cirugía.						
321		Revisar los consentimientos informados debe contar con los de la especialidad que realizara el procedimiento, anestesia y de enfermería (verificar que los documentos no tengan espacios en blanco, tachones ni enmendaduras, letra clara y legible, firmas completas)						
322		Verificar que el paciente cuente con manilla de identificación, Marcación de sitio operatorio y/o lateralidad, Cuenta con lista de chequeo pausas quirúrgicas, Registro de esterilización, Registro de los insumos utilizados durante el procedimiento						
323		Verificar registro de conteos intraoperatorios (conteo de gases, compresas, instrumental, líquidos administrados/ líquidos eliminados etc.)						
324		Verificar registro de descripción quirúrgica completa: Se encuentra registrado el tipo de intervención practicada, el tipo de anestesia, la fecha, hora de inicio y termino de la cirugía, drenajes, sondas, otros dispositivos, registro de complicaciones, eventos adversos o incidentes según sea el caso.						
325		Revisar la aplicación de la lista de chequeo para cirugía segura, debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía.						
326		Revisar las especificaciones técnicas para la adquisición y el desarrollo de los procedimientos técnicos para el almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos en salas de cirugía						
327		Contar con un listado de medicamentos que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial.						
328		Contar con un listado de los dispositivos médicos que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo.						
329		Verificar el reporte de las estadísticas de mortalidad quirúrgica, infecciones quirúrgicas, Complicaciones quirúrgicas inmediatas, Complicaciones anestésicas, Complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales.						
330		Realizar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores según sea el caso.						
331		Capacitar, difundir con todo el personal las políticas de administración del riesgo, de calidad, de seguridad del paciente, de salud ocupacional y ambiental, humanización del servicio. Evaluar y medir adherencia(Informe)						
332		Capacitar, difundir con todo el personal las guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos,manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones, transfusión de sangre total o de sus componentes. Evaluar y medir adherencia (Informe).						
333		Contar con las muestras de cultivo negativo de salas para garantizar la inocuidad de las salas.						
ATENCIÓN PRIMARIA								
334	Acuerdo 070 de 2019 - CNS Resolución 3280/2018 - Ministerio de protección social Directiva transitoria 01/2019 - DIGSA Circular 0352/2019 - DISAN Guía Modelo de Atención Integral en Salud MATIS - DIGSA Junio 2021	Verificar con el talento Humano Asistencial y Administrativo incluyendo el Director y Subdirector la socialización, difusión y adherencia de la Resolución 3280/2018 MSPS - Acuerdo 070/2019 CNS, Guía Modelo de Atención Integral en Salud MATIS - DIGSA Junio 2021 Referente al Modelo de Atención Integral en Salud MATIS						
335		Verificar con el talento Humano, incluyendo el Director y Subdirector Científico la socialización, disusión y adherencia el "Lineamientos para la tipificación del gasto en salud y desarrollo de actividades de promoción de la salud y detección temprana" de Febrero del 2021 de DISAN						
336		Verificar con el talento Humano incluyendo el Director y Subdirector Científico la socialización, disusión y adherencia del "Lineamiento que emite la Dirección de Sanidad del Ejército (DISAN) para la Implementación del Modelo de Atención Integrado en Salud (MATIS) para el primer nivel de atención en los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) del Ejército Nacional. Mayo/2020/DISAN						
337		Verificar con el talento Humano Asistencial y Administrativo del ESM incluyendo el Director y Subdirector Científico, dispone, conoce y aplica la Resolución 521/2021 MSPS						
338		Socializar trimestralmente al 100% del personal asistencial, administrativo la Normatividad y lineamientos vigentes, emitidos por el MSPS - DIGSA - DISAN referente al Modelo de Atención Integral en Salud - MATIS (ACTA - EVALUACIÓN - APLICACIÓN Y ADHERENCIA).						
339		Verificar Acta y orden del día con la conformación de la Unidad Administradora Funcional - UAF						
340		Verificar la Reorganización del Prestador Primario en Salud: EBAS - GADT - Funciones - Cronograma de Actividades - Informes de Gestión del Riesgo en Salud						
341		Verificar de acuerdo al censo poblacional: Georeferenciación - Identificación - Caracterización, Canalización y Morbilidad de la Población adscrita al ESM por momento de curso de vida (Perfil Epidemiológico - Piramide Poblacional)						
342		Verificar y revisar trazabilidad en las diferentes fuentes de información de: valoración integral, detección temprana, protección específica y educación en salud de las RPMS por momento de curso de vida de acuerdo a lo establecidas en Resolución 3280 del 2018: a) Herramienta Tecnológica SALUD.SIS b) RIPS de Morbilidad y Procedimientos Red Interna - Bioestadística c) Historia Clínica digital y/o manual de los usuarios. La cual debe ser verificable d) Matriz de consolidación por momento de curso de vida (Excel)						
343		Verificar el Analisis de la situación en salud de su población a cargo por censo poblacional, tomando como insumo, la caracterización poblacional así: 1. Organizar y priorizar la atención de los usuarios adscritos al ESM en la RPMS por momento de curso de vida y RIAS de Riesgo de: * Ruta para la Población con Riesgo de Alteraciones Cardio - Cerebro - Vascular y Metabólicas Manifiestas, discriminado: HTA – DMT2 – ERC – EPOC *Cuenta de Alto Costo – Renal *Pacientes en Terapia de Reemplazo Renal *Cuenta de Alto Costo – VIH *Cuenta de Alto Costo de Cáncer *Población Materno Perinatal *Población con Discapacidad (Programa de Rehabilitación y Discapacidad) *Población Privada de la libertad afiliada al SSFM *Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS del personal Militar Activo adscrito						
344		Verificar la socialización, analisis y plan de mejoramiento MENSUAL de los Indicadores de la RPMS por momento de curso de vida y RIAS de Riesgo.						

345		Verificar las estrategias de demanda inducida y mecanismos de captación oportuna de la población adscrita al ESM, en la RPMS por momento de curso de vida, así como las rutas transversales como Vacunación PAI y Salud Sexual y Reproductiva y/o Ruta para la Población con Riesgo de Alteraciones Cardio – Cerebro - Vascular y Metabólicas Manifiestas. Los cuales deben contar con los esquemas completos de atención de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3280/2018 MSPS					
346		Verificar la Realización de la Gestión del riesgo en salud de los eventos de interes en salud publica (Notificaciones SIVIGILA) del componente primario (ESM) y componente complementario (Red externa) - Seguimientos que se les han realizado a esos EISP - captación a la RPMS y/o RIAS de riesgo.					
347		Verificar la realización y seguimiento de las acciones y actividades de detección temprana y protección específica de acuerdo a la Resolución 3280/2018 del MSPS por momento de curso de vida, en el componente primario (ESM) y/o componente complementario (Red externa contratada) así: Tamizaje de RCV (Paraclínicos) - Pruebas treponémicas - pruebas rápidas de VIH - pruebas rápidas de Hepatitis B Y C - citología cervico vaginal - ADN - VPH - Colposcopia cervico uterina - Biopsia cervicouterina - PSA - Biopsia de Prostata - Mamografía - Biopsia de mama - Esquema de Vacunación PAI) y demas acciones incluidas en la RIA Materno Perinatal y RIA de RCV.					
348		Verificar y revisar los contratos con el componente complementario (Red Externa Contratada) de: Pruebas treponémicas - pruebas rápidas de VIH - pruebas rápidas de Hepatitis B Y C - citología cervico vaginal - ADN - VPH - Colposcopia cervico uterina - Biopsia cervicouterina - PSA - Biopsia de Prostata - Mamografía - Biopsia de mama - Vacunación PAI y demas acciones incluidas en la RIA Materno Perinatal y RIA de RCV.					
349		Verificar los informes, actas y planes de mejoramiento de las Asistencias Técnicas realizadas por los entes territoriales (Secretarías de Salud Departamental o Municipal - Inspección del Ejército - DIGSA - DISAN)					
350		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interes en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario					
351		Verificar el adecuado diligenciamiento y reporte de la Matriz de la Resolución 521/2020 MSPS - Quincenal					
352		Realizar reunión de la UAF, con el Informe de la gestión del riesgo con formulación del plan de mejoramiento de las debilidades identificadas.					
353		Realizar Seguimiento de la gestión del riesgo en salud a tamizajes de detección temprana y protección específica					
354		Realizar análisis mensual de los Indicadores de RPMS por momento de curso de vida.					
355		Realizar seguimiento realizados a los eventos de interes pública, con verificación de la historia clínica.					
SALUD PÚBLICA							
RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR MOMENTOS DE CURSO DE VIDA Y RIAS DE RIESGO							
356		Disponer, conocer y aplicar la RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal"					
357		Disponer y conocer la CIRCULAR 0352/2019 de DISAN "Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo" DISAN EJC.					
358		Disponer y conocer el Lineamiento de Orientaciones para la vigencia frente a la población adscrita, indicadores, plazos de entrega informes de las acciones de gestión del riesgo, campañas de salud y plan de medios					
359		Disponer, conocer y aplicar la Resolución 1995 del 1999 que establece las normas para el Manejo de Historia Clínica					
360		Disponer, conocer y aplicar la RES 2465/2016 MSPS donde se adoptan los parametros antropometricos del estado nutricional de las mujeres gestantes.					
361		Disponer, Conocer y aplicar las Guías de Practica Clínica del MSPS, para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.					
362		Disponer, Conocer y aplicar las Guías de Practica Clínica del MSPS de Sífilis Gestacional y congénita .					
363		Disponer, Conocer y aplicar los protocolos de "Prevención del Aborto Inseguro en Colombia" y "Protocolo de Atención a la Embarazada menor de 15 años" que se adoptan por el MSPS					
364		Disponer, Conocer y aplicar la Sentencia C355/2006 MSPS "Interrupción Voluntaria del Embarazo"					
365		Verificar la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y clasificación del riesgo de la población gestante inscrita en la RIA materno Perinatal (Piramide Poblacional)					
366		Evidenciar en la HCL la valoración integral e integrada, acciones de detección temprana, acciones de protección específica, educación para la salud, identificación del Riesgo					
367		Verificar el adecuado diligenciamiento y reporte de la Matriz de la RIA Materno Perinatal. La cual debe incluir reporte de laboratorios, Ayudas Dx, Vacunación, postparto y seguimientos. De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280/2018 MPSPS					
368		Verificar el adecuado diligenciamiento y reporte de la Matriz de Indicadores de la RIA Materno Perinatal					
369		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros dias de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) de la RIA Materno Perinatal					
370		Verificar las estrategias establecidas por el ESM para la captación oportuna de la población materno perinatal a la RIA (Ingreso a la Ruta antes de la 10 semana gestacional)					
371		Realizar seguimiento y registro en la Historia Clínica de las usuarias Inasistentes a la Ruta. CIRCULAR 0352/2019 ANEXO 10.					
372		Registrar en la Historia Clínica de las usuarias Inasistentes la nueva cita asignada. CIRCULAR 0352/2019 ANEXO 10					
373		Realizar seguimiento a las gestantes remitidas al componente complementario (Red Externa Contratada y No contratada), incluyendo las gestantes que se remiten a atención del parto donde se evidencia el redireccionamiento a la Ruta de Primera Infancia y planificación familiar.					
374		Realizar verificación de la valoración integrada e integral de la consulta de ingreso a la Ruta MPN, incluyendo los anexos de acuerdo a la normatividad vigente (primera vez de 40 minutos)					
375		Realizar verificación de la asignación de consulta de control (Medico General - Enfermería) de la Ruta MPN (Control 30 minutos)					
376		Verificar en la Historia Clínica de la gestante los Formato de : Escala Riesgo Biopsicosocial Prenatal (Código: MDN-COGFM-PROSAPU-DIGSA-FU.95.1-25). Este formato debe ser diligenciado obligatoriamente en Físico en cada consulta prenatal, independientemente que la atención la realice el Profesional Enfermería o Medicina General y ser cargada como anexo a la Herramienta Tecnologica de SALUD.SIS					
377		Verificar en las historias clinicas de las gestantes el Formato: Compromiso e Ingreso a la RIA Materno Perinatal (Código: MDN-COGFM-PROSAPU-DIGSA-FU.95.1-24)					
378		Verificar en las historias clinica de las gestantes el Formato: Inscripción y Seguimiento al Curso Preparación de la Maternidad y Paternidad. (Código: MDN-COGFM-PROSAPU-DIGSA-FU.95.1-26)					
379	RUTA MATERNO-PERINATAL	Verificar en las Historias Clínicas de las gestantes el Formato asesoría interrupción voluntaria del embarazo IVE -DIGSA (Código: MDN-COGFM-PROSAPU-DIGSA-FU.95.1-27)					
380	Resolución 3280/2018 - Ministerio de protección social	Verificar en las historias clinica de las gestantes el Formato: CLAP Materno					

381	Directiva transitoria 01/2019 - DIGSA Circular 0352/2019 - DISAN Resolución 429 del 14 de Febrero de 2016 Sentencia C-355 del 2006 Interrupción Voluntaria del Embarazo.	Verificar los resultados de los paraclínicos del I - II y III Trimestre de la gestante en la Historia Clínica. De acuerdo a la RESOLUCIÓN 3280/2018 MPSPS - CIRCULAR 0352/2019 ANEXO 10							
382		Contar con las valoraciones por parte del Equipo Multidisciplinario del Establecimiento de Sanidad Militar. ANEXO 10 CIRCULAR 0352/2019							
383		Verificar si la oportunidad de citas de la Ruta materno perinatal está a máximo de 5 días.							
384		Realizar seguimiento a las gestantes inasistentes, registrándolo en el la HC de cada gestante en los tiempos establecidos							
385		Implementar el curso de preparación para la maternidad y paternidad, según nivel de atención y población debe contar con los temas mínimos establecidos en el Formato: Inscripción y Seguimiento al Curso Preparación de la Maternidad y Paternidad. (Código: MDN-COGFM-PROSAPU-DIGSA-FU.95.1-26).							
386		Contar con Actas Capacitación de curso de preparación para la maternidad y paternidad en formato establecido por gestión documental.							
387		Verificar diligenciamiento y seguimiento de gestantes reportadas en la Matriz de los eventos de interés en salud pública							
388		Verificar la realización de unidades de análisis y plan de mejoramiento de los eventos de Mortalidad Materna Extrema, Mortalidad Perinatal, Sífilis Gestacional, Sífilis Congénita.							
389		Verificar diligenciamiento y seguimiento de gestantes reportadas en la Matriz de los eventos de interés en salud pública							
390		Verificar diligenciamiento y seguimiento de gestantes reportadas en la Matriz de Morbilidad Materna Extrema							
391		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interés en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
392		Verificar Actas de Comité Materno Perinatal ANEXO 10 CIRCULAR 0352/2019							
393		Contar con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
394		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interés en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario y/o ESM							
395		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores de la RIA Materno Perinatal							
396		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para la educación y promoción de la Lactancia Materna continua.							
397		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI y Vacunación COVID de la población de la RIA Materno Perinatal, tanto de en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
398		Verificar que en cada una de las atenciones realizadas a la gestante se realice identificación del riesgo biopsicosocial, identificación de signos de alarma y educación para la salud sobre los mismos							
399		Verificar que la gestante cuente como mínimo siete atenciones por el servicio de psicología durante su periodo gestacional, independientemente a la clasificación del riesgo psicosocial.							
400		Verificar la socialización a la usuaria de las Rutas de atención en caso de presentar: 1. Urgencias ginecoobstétricas, 2. Atención parto y puerperio inmediato. 3. Urgencias Obstétricas.							
401		Verificar seguimiento a las Gestantes que son remitidas al componente complementario (Red Externa Contratada) incluyendo la atención del parto. Garantizando la afiliación al sistema de salud del RN							
402		Verificar que las Gestantes a partir de la semana 33 de gestación asistan a la Ruta Transversal de Salud Sexual y Reproductiva. Y en el post parto inmediato se le garantiza un método de planificación de acuerdo a los criterios de elegibilidad							
403		Verificar que la gestante después de su post parto inmediato es canalizada y captada a la RPMS de acuerdo al momento de curso de vida en el que se encuentre la gestante.							
404		Verificar la realización de la Asesoría de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE. En los casos que se realice y/o autorice un IVE se debe evidenciar en la HCL de la usuaria: 1. Causal bajo la cual se solicita el IVE - 2. Valoración Integral e Integrada por médico y psicología 3. En el caso de ser necesario las denuncias a protección y justicia 4. Remisión dentro de los tiempos establecidos por la ley 5. Seguimiento hasta el cierre del evento 6. Ingreso a la Ruta Transversal de SSR e inicio de método de planificación de acuerdo a criterios de elegibilidad 7. Canalización y Captación a la RPMS de acuerdo al momento de curso de vida de la usuaria							
405		Verificar la implementación de estrategias para la Consulta Preconcepcional incluyendo: Riesgo Preconcepcional junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud							
406		Disponer, conocer y aplicar la Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"; Directiva permanente 140698 del 2009 Trata Historia Clínica Odontológica. Directiva Permanente No. 00209/17							
407		Disponer, conocer y aplicar la RES 2465/2016 donde se adoptan los parámetros antropométricos del estado nutricional de los niños y niñas.							
408		Disponer, conocer y aplicar la RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL MPSPS "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal"							
409		Disponer, conocer y aplicar la RES 2350/2020 donde se adoptan los lineamientos técnicos para el manejo integral para la atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones							
410		Disponer, conocer y aplicar el DECRETO 1397 de 1992 "Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones"							
411		Disponer, conocer y aplicar el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Bajo Peso al Nacer a Término del INS							
412		Disponer, conocer y aplicar la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - IAIEPI							
413		Disponer, conocer y aplicar la GPC para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento.							
414		Disponer, conocer y aplicar la GPC para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niñas y niños con diagnóstico de asma.							
415		Disponer, conocer y aplicar la GPC para prevención, diagnóstico y tratamiento de la EDA en niños menores de 5 años.							
416		Disponer y conocer la GPC del recién nacido sano							
417		Contar con Fonendoscopio, Tensiómetro pediátrico, Guantes, Baja lenguas, Algodón, Tabla Snell infantil, Oclusor visual, Tallímetro de pared, Metro, Infantómetro, Báscula piso, Báscula bebe.							
418		Contar con carnet de salud infantil para los menores Recién Nacidos que ingresan a la ruta de primera infancia.							
419		Contar con registro certificado de la calibración de las básculas según requerimiento. Hoja de vida del equipo							
420		Contar con el instrumento de valoración auditiva y comunicativa para niños de 0-12 años.							
421		Conocer la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y perfil epidemiológico de la población del momento de curso de vida de primera infancia e infancia (Pirámide Poblacional)							
422		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de registro de Primera Infancia e Infancia aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
423		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de registro de Indicadores de Primera Infancia e infancia aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							

424	RUTA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA Resolución 3280/2018 - Ministerio de protección social Directiva transitoria 01/2019 - DIGSA Circular 0352/2019 - DISAN Resolución 429 del 14 de Febrero de 2016	Realizar diligenciamiento y seguimiento en la matriz de niños y niñas con bajo peso al nacer y desnutrición							
425		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros días de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) del momento de curso de vida de Primera Infancia e Infancia							
426		Revisar en la HCL la valoración integral e integrada de los menores así: (nombre completo, identificación, edad, fecha de ingreso a la RPMS, fecha de la atención, antecedentes preconceptionales y neonatales, medidas antropométricas, signos vitales, valoración cefalocaudal, valoración motora-lenguaje, esquema de vacunación, diagnóstico, plan, educación).							
427		Revisar la evaluación de la escala abreviada del desarrollo A. Motricidad fina y gruesa: cubos de colores, laso, colores, hojas de papel, rompecabezas, colchonetas. B. Audición y lenguaje: diapason, libros de lectura, cuentos infantiles, Otoscopio, entre otros.							
428		Revisar en la HCL el registro de las acciones y actividades de detección temprana, protección específica y educación para la salud de acuerdo a esquema establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS .							
429		Verificar cronograma de actividades de educación continua para la salud del equipo multidisciplinario							
430		Realizar charlas, campañas, talleres de autocuidado y asesoramiento en estimulación temprana a padres y cuidadores (actas individuales, grupales y familiares).MENSUALES							
431		Realizar seguimiento y análisis MENSUAL de los indicadores establecidos para el momento de curso de vida de primera infancia e infancia, porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo proyectado en el lineamiento DISAN EJC de acuerdo a la vigencia a evaluar.							
432		Realizar seguimiento y Gestión del Riesgo en Salud a los eventos de Interes en Salud Publica (ERA -IRAG - DESNUTRICION - BAJO PESO AL NACER - SIFILIS CONGENITA - DEFECTOS CONGENITOS - VIOLENCIA - ENTRE OTROS).							
433		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interes en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
434		Contar con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
435		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores del Momento de Curso de Vida de Primera Infancia e Infancia							
436		Verificar la implementación de estrategias de demanda inducida para la captación de niños nuevos a la RPMS del momento de curso de vida de primera infancia e infancia							
437		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI y Vacunación COVID de la población del Momento de curso de vida de primera Infancia e Infancia, tanto de en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
438		Verificar la trazabilidad, gestión del riesgo e ingreso a la RPMS en los momentos de curso de vida de primera infancia e infancia de la cohortes priorizadas así: Población con Discapacidad - Cohorte de Cancer Infantil entre otras							
439		Realizar campañas en salud establecidas para el momento de curso de vida Primera Infancia e Infancia de acuerdo a cronograma establecido por la DISAN							
440	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"; Directiva permanente 140698 del 2009 Trata Historia Clínica Odontológica. Directiva Permanente No. 00209/17	Conocer, difundir y aplicar Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"; Directiva permanente 140698 del 2009 Trata Historia Clínica Odontológica. Directiva Permanente No. 00209/17							
441		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 0352/2019 de DISAN "Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo" DISAN EJC.							
442		Disponer, conocer y aplicar la RES 2465/2016 MSPS donde se adoptan los parametros antropométricos del estado nutricional de los Adolescentes y Jóvenes							
443		Disponer, conocer y aplicar las Gulas de Practica Clinica de: Atención de la infección de VIH/SIDA en adolescentes (con 13 años de edad o mas), Diagnostico y tratamiento de Hepatitis B, tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C crónica adultos, Abordaje sindromico del diagnostico y tratamiento de los pacientes con ITS y otras Infecciones del tracto genital que expide el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2014. Evaluar y verificar adherencia							
444		Disponer, conocer y aplicar la Guia de Practica Clinica para la detección temprana, tratamiento Integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer; de cuello uterino y de Prostata del Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluar y verificar adherencia.							
445		Disponer, conocer y aplicar la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cancer de cuello uterino - mama - prostata, emitida por DIGSA 2021							
446		Conocer la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y perfil epidemiologico de la población del momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud (piramide poblacional)							
447		Contar con consultorio para atención de los usuarios con los equipos y materiales necesarios para la valoración (fonendoscopio, tensiómetro, báscula, cinta metrica. Instrumentos VALE (adolescente) y APGAR (adolescente y joven), test TANNER tablas y graficas de patrones nutricionales.							
448		Contar con registro certificado de la calibración de las básculas según requerimiento. Hoja de vida del equipo							
449		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de Adolescencia y Juventud aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
450		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de Indicadores de Adolescencia y Juventud aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
451		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros días de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) del momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud							
452		Revisar en la HCL la valoración integral e integrada de los Adolescentes y Jóvenes de acuerdo al esquema establecido por la Resolución 3280/2018 del MSPS							
453		Revisar en la HCL: Fecha de Ingreso a la Ruta, identificación si es consulta de primera vez y/o control, valoración cefalocaudal, medidas antropometricas y analisis de las mismas, registro de resultado de tamizajes, identificación de signos de alarma biopsicosociales, dinamica familiar, educación para la salud, fecha del proximo control							
454		Verificar en la HCL el registro de las acciones y actividades de detección temprana, protección específica y educación para la salud de acuerdo a esquema establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS .							
455		Verificar cronograma de actividades de educación continua para la salud del equipo multidisciplinario							
456		Evidenciar la realización de actividades educativas para la salud individual y grupal por parte del equipo multidisciplinario (charlas, campañas, talleres) en: Prevención de consumo de SPA, Violencia de Genero, Derechos Sexuales y Reproductivos, Prevención de embarazo en adolescentes y uniones tempranas, autoimagen, autoestima, tabaquismo, ITS, genero, proyecto de vida, Habitos de Vida Saludable, prevención de la obesidad, sedentarismo y demas temas evidenciados en el analisis de la gestión del riesgo (ACTAS MENSUALES)							

457		Realizar seguimiento y análisis MENSUAL de los indicadores establecidos para el momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud, porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo proyectado en el lineamiento DISAN EJC de acuerdo a la vigencia a evaluar.							
458		Realizar seguimiento y Gestión del Riesgo en Salud a los eventos de Interes en Salud Pública de la población Adolescente y Joven							
459		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interes en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
460		Contar con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
461		Verificar la implementación de estrategias de demanda inducida para la captación de usuarios nuevos a la RPMS del momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud							
462		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores del Momento de Adolescencia y Juventud							
463		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI y Vacunación COVID de la población del Momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud, tanto en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
464		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la Ruta Transversal de Salud Sexual y Reproductiva del Momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud, tanto en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
465		Verificar la trazabilidad, gestión del riesgo e ingreso a la RPMS en los momentos de curso de vida de Adolescencia y Juventud de la cohortes priorizadas así: Población con Discapacidad - Cohorte de Cancer - Cohorte de Renales - Cohorte de VIH entre otras							
466		Realizar las campañas en salud establecidas para el momento de curso de vida de Adolescencia y Juventud de acuerdo a cronograma establecido por la DISAN							
467		Planear, ejecutar y evaluar por parte del equipo multidisciplinario, las campañas establecidas por DISAN, previendo la participación del 100% de la población adscrita al ESM. Donde se evalua alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional.							
468		Conocer, difundir y aplicar Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"; Directiva permanente 140698 del 2009 Trata Historia Clínica Odontológica, Directiva Permanente No. 00209/17							
469		Disponer,conocer y aplicar RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL MSPS "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal"							
470		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 0352/2019 de DISAN "Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo" DISAN EJC.							
471		Disponer, conocer y aplicar la RES 2465/2016 MSPS donde se adoptan los parametros antropométricos del estado nutricional de los Adultez y Vejez							
472		Disponer, conocer y aplicar CIRCULAR 13785/2019 de DIGSA "Plan Estratégico para el apoyo de la Cesación del consumo de Tabaco y la Atención del Tabaquismo del SSFM".							
473		Disponer, conocer y aplicar las Guías de Practica Clínica de: Atención de la infección de VIH/SIDA en adultos, Diagnostico y tratamiento de Hepatitis B, tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C crónica adultos, Abordaje sindromico del diagnostico y tratamiento de los pacientes con ITS y otras infecciones del tracto genital que expide el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2014. Evaluar y verificar adherencia							
474		Disponer, conocer y aplicar la Guía de Practica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer; de cuello uterino y de Prostata del Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluar y verificar adherencia.							
475		Disponer, conocer y aplicar la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cancer de cuello uterino - mama - prostata. En el subsistema de salud de las fuerzas militares, emitida por DIGSA 2021							
476		Contar con Báscula piso adulto, Metro, Otoscopio , Tensiómetro, Fonendoscopio, equipo de órganos.							
477		Contar con registro certificado de la calibración de las básculas según requerimiento. Hoja de vida del equipo							
478		Conocer la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y perfil epidemiológico de la población del momento de curso de vida de Adultez y Vejez (Piramide Poblacional)							
479		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de Adultez y Vejez aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
480		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de Indicadores de Adultez y Vejez aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
481		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros días de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) del momento de curso de vida de Adultez y Vejez							
482	ADULTEZ Y VEJEZ Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"; Directiva permanente 140698 del 2009 Trata Historia Clínica Odontológica. Directiva Permanente No. 00209/17, Circular 0352/2019	Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud DISAN EJC							
483		Evidenciar en la HCL: Fecha de Ingreso a la Ruta, Identificación si es consulta de primera vez y/o control, valoración cefalocaudal, medidas antropométricas y analisis de las mismas, registro de resultado de tamizajes, identificación de signos de alarma biopsicosociales, dinamica familiar, educación para la salud, fecha del proximo control							
484		Evidenciar en la HCL el registro de las acciones y actividades de detección temprana, protección específica y educación para la salud de acuerdo a esquema establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS .							
485		Verificar cronograma de actividades de educación continua para la salud del equipo multidisciplinario							
486		Verificar la realización de actividades de Educación para la salud según valoración y criterios del profesional se establecieran los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se deben evidenciar por lo menos dos ciclos educativos.							
487		Realizar seguimiento y análisis MENSUAL de los indicadores establecidos para el momento de curso de vida de Adultez y Vejez, porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo proyectado en el lineamiento DISAN EJC de acuerdo a la vigencia a evaluar.							
488		Realizar seguimiento y Gestión del Riesgo en Salud a los eventos de Interes en Salud Pública de la población del momento de curso de vida de Adultez y Vejez							
489		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interes en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
490		Contar con Actas de Socialización de informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							

491		Verificar la implementación de estrategias de demanda inducida para la captación de usuarios nuevos a la RPMS del momento de curso de vida de Adultez y Vejez							
492		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores del Momento de Adultez y Vejez							
493		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI y Vacunación COVID de la población del Momento de curso de vida de Adultez y Vejez, tanto en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
494		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la Ruta Transversal de Salud Sexual y Reproductiva del Momento de curso de vida de Adultez y Vejez, tanto en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
495		Verificar la trazabilidad, gestión del riesgo e ingreso a la RPMS en los momentos de curso de vida de Adultez y Vejez de las cohortes priorizadas así: Población con Discapacidad - Cohorte de Cáncer - Cohorte de Renales - Cohorte de VIH entre otras							
496		Realizar las campañas en salud establecidas para el momento de curso de vida de Adultez y Vejez de acuerdo a cronograma establecido por la DISAN							
497		Planear, ejecutar, evaluar por parte del equipo multidisciplinario, las campañas establecidas por DISAN, previendo la participación del 100% de la población adscrita al ESM. Donde se evalúa alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional.							
498		Conocer, difundir y aplicar Resolución 1995 del 1999 "Establece normas para el Manejo de Historia Clínica"							
499		Disponer, conocer y aplicar la RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL MSPS "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal"							
500		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 0352/2019 de DISAN "Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo" DISAN EJC.							
501		Disponer, conocer y aplicar las Guías de Práctica Clínica de para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos; Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B crónica Adopción; Guía de práctica clínica para el manejo sintomático de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital; Guía de Práctica Clínica Para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la Hepatitis C							
502		Disponer, conocer y aplicar la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer; de cuello uterino y de Prostata del Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluar y verificar adherencia.							
503		Disponer, conocer y aplicar la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de cuello uterino - mama - prostata. En el subsistema de salud de las fuerzas militares, emitida por DIGSA 2021							
504		Disponer, conocer y aplicar los algoritmos de atención, diagnóstico y tratamiento de: CÁNCER DE MAMA - CUELLO UTERINO - PROSTATA - VIH - SÍFILIS - HEPATITIS B Y C							
505		Disponer, conocer y aplicar la Guía de implementación de los criterios de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS							
506		Verificar que el Talento Humano en salud cuenta con la certificación actualizada en: Asesoría Pre y Post VIH - Asesoría en criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos - Toma de Citología Cervico Uterina - Toma de ADN - VPH - Inserción y Retiro de Implantes Subdérmicos - Entrenamiento en examen clínico de la mama							
507		Conocer la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y perfil epidemiológico de la población del momento de curso de vida de la Ruta Transversal de SSR en sus tres componentes (Pirámide Poblacional)							
508		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de la Ruta Transversal de SSR en sus tres subcomponentes. Aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
509		Verificar el correcto diligenciamiento, reporte y gestión del riesgo del DRIVE de la matriz de la Ruta de Cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de prostata. Aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
510		Verificar el correcto diligenciamiento y reporte de la matriz de Indicadores de de la Ruta Transversal de SSR en sus tres subcomponentes. Aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
511		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros días de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) del momento de curso de vida de la Ruta Transversal de SSR incluyendo los tres subcomponentes							
512		Verificar en la HCL la atención integral e integrada de la Ruta Transversal de SSR en sus tres subcomponentes de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS							
513	RUTA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Plan Nacional de Salud Pública 2012 - 2021, RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL MSPS "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud	Revisar en la HCL el registro de las acciones y actividades de detección temprana, protección específica y educación para la salud de la Ruta Transversal de SSR en sus tres componentes de acuerdo a esquema establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS.							
514		Revisar la realización de actividades de Educación para la salud según valoración y criterios del profesional se establezcan los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud en la Ruta Transversal de SSR en sus tres subcomponentes de forma Individual y Grupal							
515		Contar con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
516		Verificar la Notificación a SIVIGILA de los EISP y cargue como anexo de la ficha epidemiológica en la Historia Clínica del usuario							
517		Verificar seguimiento y Gestión del Riesgo en Salud a los eventos de Interés en Salud Pública de la población de la Ruta Transversal de SSR							
518		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interés en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
519		Verificar la trazabilidad del 100% de la población captada en las RPMS en los momentos de curso de ADOLESCENCIA - JUVENTUD - ADULTEZ - VEJEZ - RIA MPN - RIA RCV. Se encuentre canalizada y captada a la Ruta Transversal de SSR en sus tres subcomponentes.							
520		Verificar la oportunidad en el proceso de tamización de: CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS - MAMOGRAFÍAS - ADN VPH - PSA (toma, lectura, entrega de resultado y gestión del riesgo), los cuales no pueden superar los 15 días calendario contados a partir de la toma de la muestra (este criterio de calidad debe estar incluido en el clausulado de los contratos con el componente complementario (Red externa contratada)							

521		Verificar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de resultados de CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS - MAMOGRAFIAS - ADN VPH - PSA, tanto del componente primario (ESM) como del Componente complementario (Red Contratada), no mayor a 15 días calendario y debiera estar en los clausulados de los contratos; el envío de estos resultados a los Líderes de la Ruta de SSR, vía correo electrónico o entrega física, y la realización de la gestión del riesgo de estos resultados							
522		Verificar en la HCL de las usuarias en carga del anexo de los resultados de: CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS - MAMOGRAFIAS - ADN VPH - PSA - COLPOSCOPIA - BIOPSIAS							
523		Verificar en la HCL de las usuarias los seguimientos de resultados anormales y la gestión del riesgo de los mismos (CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS - MAMOGRAFIAS - ADN VPH - PSA - COLPOSCOPIA - BIOPSIAS)							
524		Verificar en la HCL de las usuarias los resultados negativos y entrega de los mismos en la consulta de control (CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS - MAMOGRAFIAS - ADN VPH - PSA)							
525		Realizar cronograma de actividades anuales del equipo Multidisciplinario de la Ruta Transversal de SSR en sus tres Subcomponentes							
526		Verificar la implementación de estrategias de: Promoción del ejercicio responsable de la sexualidad; derechos y deberes en salud sexual y reproductiva; promoción del buen trato y prevención de abuso sexual; prevención del maltrato a la mujer y familia (Incluyendo implicaciones legales), prevención y control de infecciones de transmisión sexual.							
527		Verificar en la HCL de las usuarias el suministro de método anticonceptivo de acuerdo a los criterios de elegibilidad y la entrega oportuna del mismo.							
528		Verificar en la HCL la asesorías pre y post de VIH por el profesional certificado, cargue de consentimiento informado, resultado y gestión del riesgo.							
529		Verificar la trazabilidad de pruebas VIH realizadas con las asesorías pre y post VIH junto con consentimientos informados							
530		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI de la población de la RIA Transversal de SSR, tanto de en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
531	RUTA DE RIESGO DE ALTERACIONES DE ALTERACIONES CARDIO-CEREBRO-VASCULAR Y METABOLICAS MANIFIESTAS Resolución 0518 de 2015, Resolución 3280/2018 - Ministerio de protección social, Directiva transitoria 01/2019 - DIGSA, Circular 0352/2019 - DISAN Resolución 429 del 14 de Febrero de 2016.	Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 18660/2019 de DIGSA "Lineamientos Operativos Ruta Integral de Atención a Personas con Riesgo Cerebro Cardiovascular y Metabólico".							
532		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 13785/2019 de DIGSA "Plan Estratégico para el apoyo de la Cesación del consumo de Tabaco y la Atención del Tabaquismo del SSFM".							
533		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 14075/2019 de DIGSA "Plan para el fortalecimiento de la Salud Cardiovascular PFSC".							
534		Disponer, conocer y aplicar la CIRCULAR 0352/2019 de DISAN ANEXO 11 donde se adoptan "Lineamientos de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo" DISAN EJC							
535		Disponer, conocer y aplicar la RES 2465/2016 MSPS donde se adoptan los parametros antropométricos del estado nutricional de la población Mayor de 18 años							
536		Disponer, conocer y aplicar la GPC del MPS para el diagnóstico, seguimiento y control de la HTA en la población mayor de 18 años.							
537		Disponer, conocer y aplicar la GPC del MPS para el diagnóstico, seguimiento y control de la DM tipo II en la población mayor de 18 años.							
538		Contar con Báscula piso adulto, Metro, Otoscopio, Tensiómetro, Fonendoscopio, equipo de órganos.							
539		Contar con registro certificado de la calibración de las básculas según requerimiento. Hoja de vida del equipo							
540		Conocer la georeferenciación - identificación - caracterización, canalización y perfil epidemiológico de la población de la RIA de RCV (Pirámide Poblacional)							
541		Verificar la Matriz de Pacientes: Consolidada y actualizada de forma mensual de los pacientes inscritos en la ruta de riesgo cardiovascular. aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
542		Verificar la Matriz de Indicadores Mensual diligenciada de acuerdo a la Información consolidada en la Matriz de Pacientes. aprobada por DISAN EJC/DIGSA.							
543		Verificar el reporte mensual a la DISAN (5 primeros días de cada mes - Matriz de Pacientes - Matriz de Indicadores) de la RIA de RCV							
544		Realizar seguimiento y análisis MENSUAL de la gestión del riesgo de: Indicadores establecidos para la RIA de RCV, porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo proyectado en el lineamiento DISAN EJC de acuerdo a la vigencia a evaluar							
545		Revisar en la HCL la valoración integral e integrada de la población con ECNT de acuerdo al esquema establecido en la Normatividad							
546		Revisar en la HCL el registro de las acciones y actividades de detección temprana, protección específica y educación para la salud de acuerdo a esquema establecido en la Resolución 3280/2018 MSPS para el momento de curso de vida del usuario de la RIA de RCV							
547		Verificar cronograma de actividades de educación continua para la salud del equipo multidisciplinario							
548		Verificar la realización de actividades de Educación para la salud según valoración y criterios del profesional se establecieron los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se deben evidenciar por lo menos dos ciclos educativos. Actas de Capacitación Grupal en temas relacionados con la RIA de RCV							
549		Revisar en la HCL el registro de la Educación para la salud de acuerdo a temas establecidos en la ANEXO 11 CIRCULAR 0352/2019							
550		Contar con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
551		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores de la RIA de RCV							
552		Verificar la implementación de estrategias de demanda inducida, identificación y captación oportuna de usuarios nuevos la RIA de RCV							
553		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores de la RIA de RCV							
554		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la cohorte de vacunación PAI y Vacunación COVID de la población de la RIA de RCV, tanto de en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
555		Verificar la trazabilidad y seguimiento de la Ruta Transversal de Salud Sexual y Reproductiva de la Población de la RIA de RCV, tanto de en el componente primario (ESM) como en el componente complementario (Red externa contratada)							
556		Verificar la trazabilidad, gestión del riesgo e ingreso a la RIA de RCV de la población con diagnóstico confirmado de ECNT desde la RPMS por momento de curso de vida. Población con Discapacidad - Población Privada de la libertad - CAC RENALES - CAC CANCER - CAC VIH - PROGRAMA DE NEFROPROTECCIÓN							

557		Verificar la trazabilidad, captación, canalización, gestión del riesgo e ingreso a la RIA de RCV de la población con diagnostico confirmado de ECNT desde: BIOESTADISTICA (RIPS de consulta) - FARMACEUTICOS - CTC - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA							
558		Realizar campañas en salud establecidas para la RIA de RCV de acuerdo a cronograma establecido por la DISAN							
559		Validar que se planean, ejecutan y evalúan por parte del equipo multidisciplinario, las campañas establecidas por DISAN, previendo la participación del 100% de la población adscrita al ESM. Donde se evalúa alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional.							
560		Contar con equipo de oficina, computador ingresar y almacenar la información del Programa de vacunación PAI WEB - PAI 2.0.							
561		Contar con Nevera exclusiva para biológicos PAI con termómetro externo digital de Máximas y Mínimas y sensor interno para Vacunación.							
562		Contar con Termómetro de temperatura ambiente o termómetro laser (en zonas calurosas).							
563		Contar con Congelador horizontal para paquetes fríos.							
564		Contar con Caja térmica para transporte de poliuretano y Termo de transporte de cuatro pilas cada uno.							
565		Contar con Paquetes fríos de agua o sólidos que no contengan en su interior gel o sustancias eutécticas.							
566		Contar con Estantes para elementos de vacunación con llave (jeringas, algodón, agua destilada, agujas hipodérmicas) en buen estado.							
567		Contar con Contenedores plásticos para residuos corto punzantes, contenedor plástico para residuos de vidrio y bolsas para residuos de jornadas extramurales							
568		Contar con Planta eléctrica u otro sistema para manejo de situaciones en caso de falla de fluido eléctrico.(manual de contingencia).							
569		Contar con mesa de fácil limpieza para la preparación de los biológicos antes de la aplicación al usuario.							
570		Verificar Almacenamiento de biológicos bajo condiciones de temperatura (+2 a + 8°C), ventilación, segregación y seguridad apropiadas de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante.							
571		Contar en medio físico y magnético con los siguientes formatos: A. Registro Diario de Vacunación (CALIDAD DEL DATO), B. Consolidado Mensual de Vacunación, diligenciando entradas, salidas, lote y fecha de vencimiento, C. Control de Temperaturas, máximas y mínimas; tomada dos veces al día y fines de semana, D. Registro de limpieza y desinfección, mínimo una vez al mes, firmado y aprobado, E. Informes mensuales de vacunación y consolidados para la Dirección de Sanidad, F. formato de gastos y existencias con fechas de vencimiento vigentes digital (kardex de vacunación), G. Inventario del aplicativo PAI WEB actualizado y tiene los mismos saldos que el kardex de vacunación,							
572		Contar con Manual de equipos, hojas de vida y cronograma de mantenimientos preventivos y correctivos							
573		Verificar Certificación de Mantenimientos preventivos y correctivos semestrales a los equipos de cadena de frío (termómetros digitales y refrigeradores horizontales)							
574		Verificar la socialización del plan de acción del Programa de Vacunación de acuerdo al Plan Operativo Anual de Vacunación verificar cumplimiento y adherencia.							
575		Verificar el plan de contingencia de Vacunación elaborado por el equipo de Vacunación del Establecimiento de Sanidad Militar, socializado y evaluar adherencia.							
576		Verificar el cronograma del plan de inducción y reinducción del personal encargado del punto de vacunación del ESM.							
577		Contar con enfermera/o profesional coordinador/a de Vacunación responsable del servicio de Vacunación PAI. Quien debe contar con certificación vigente en la norma de competencias laborales del Sena.							
578		Verificar las actas de reunión de los comités PAI, realizados por la secretaria de salud.							
579	VACUNACIÓN Ley 715 de 2001Define, entre otras, las prioridades de la nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública: a) reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación y la mortalidad infantil. En el artículo 42.1.3 se establece la responsabilidad de la nación de adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del PAI.	Verificar la trazabilidad de los formatos del servicio de vacunación con PAI WEB y Subsistema de SSFM.							
580		Contar con suficiente suministro de: jeringas, agujas de diferentes calibres de acuerdo a los biológicos existentes de vacunación PAI, Algodón, Agua destilada, gel desinfectante y carnet de vacunación (niños y adultos), calibre de aguja y volumen de aplicación de acuerdo al biológico.							
581		Verificar el correcto diligenciamiento del tablero de control mensual dado por la secretaria de salud, revisar actualización de coberturas.							
582		Contar con área física adecuada en ventilación, iluminación, de circulación restringida y cerrada para la correcta custodia de los biológicos, área delimitada con espacio para ubicación de neveras a 15 cm mínimo de la pared, a la sombra y alejada de toda fuente de calor. Cuenta con lavamanos para el área de Vacunación, dotado con los elementos para un adecuado procedimiento.							
583		Revisar el área de procedimientos los pisos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza, uniformes y lisos.							
584		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.							
585		Verificar el seguimiento nominal de la población objeto del PAI de acuerdo a la población adscrita al ESM (censo poblacional) - Seguimiento a la Cohorte de forma mensual.							
586		Verificar Actas de demanda inducida a la población del subsistema de salud de la población Objeto del PAI							
587		Verificar registro y esquema de vacunación, actualizado en el aplicativo PAI WEB y Subsistema de SSFM.(revisar por usuario)							
588		Verificar el registro de inasistencia de los usuarios al punto de vacunación PAI							
589		Verificar el seguimiento de los Eventos de Interés en Salud Pública - ESAVI: Sarampión, Rubéola, Varicela, Meningitis, Tetano, polio, paperas, fiebre amarilla, etc							
590		Verificar que los planes de mejoramiento de los eventos de interés en salud pública, se encuentren cerrados y firmados por el Coordinador de la Ruta, Subdirector y Director del Dispensario							
591		Verificar seguimiento y análisis de los Indicadores Mensual porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo proyectado según directiva vigente 95%.							
592		Cuenta con Actas de Socialización de Informe de Retroalimentación Trimestral enviado por DISAN y Plan de Mejoramiento del mismo.							
593		Verificar la implementación de estrategias al interior del ESM para el mejoramiento de la Gestión del Riesgo y los Indicadores del Programa de Vacunación PAI							
594		Verificar la implementación de estrategias de demanda inducida, identificación y captación oportuna de usuarios al Programa Ampliado de Inmunización PAI							
595		Verificar el seguimiento a los menores recién nacidos entre 0 y 29 días según los aplicativos asignados por el Ministerio de Protección Social.							

596		Verificar el seguimiento a cohortes de los menores de 5 años, con el fin de monitorizar y asegurar la aplicación de las vacunas según esquema y envío de reporte mensual a la DISAN							
597		Verificar la aplicación de dosis de vacunas a las niñas entre 9 - 18 años, mujeres en edad fértil, mujer gestante y adulto mayor según esquema de vacunación establecido.							
598		Verificar la realización, cobertura e impacto generado en las Jornadas de Vacunación Nacional establecidas por el MSPS							
599		Verificar las estrategias de demanda inducida a las campañas de vacunación Nacionales como las establecidas por DISAN							
600		Verificar y reportar a la DISAN el seguimiento a cohortes de vacunación PAI del componente complementario (Red externa contratada) (ESM con punto de vacunación NO PAI)							
601		Verificar el protocolo y cumplimiento del mismo, sobre lavado y limpieza de equipos de vacunación.							
602		Verificar estrategias para la apertura constante del punto PAI y del cumplimiento a la estrategia "VACUNACIÓN SIN BARRERAS"							
603		Capacitar, socializar y difundir Circular Resolución 3280/2018 "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Verificar adherencia y realizar evaluación.							
604		Contar con estrategias de captación oportuna de usuarios para esta ruta, realizar campañas para el momento de curso de vida. Verificar actas de capacitación, revisar alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional.							
605		Verificar el diligenciamiento de la matriz de acuerdo a los lineamientos establecidos por la CIRCULAR 13785/2019 de DIGSA.							
606		Realizar reporte y seguimiento mensual según lo establecido por Min de Protección social y De acuerdo a los lineamientos de DISAN, según sea el caso. Verificar el envío de la información o presentación de los indicadores de cumplimiento para esta ruta.							
607		Verificar el uso adecuado de los elementos de protección personal indispensables para la consulta como: Careta, guantes, tapabocas, bata de manga larga.							
608		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.							
609		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia.							
610		Realizar seguimiento a los usuarios mediante los registros en la Historia Clínica y matriz de riesgo.							
611	RUTA SALUD BUCAL: Plan Nacional de Salud Pública 2012 - 2021, RESOLUCIÓN 3280/2018 DEL MSPS "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud"	Verificar registro en la historia clínica de: evaluación del índice de placa bacteriana (Profilaxis), índice de COP (ODONTOGRAMA), Índice Periodontal, aplicación de barniz de flúor 0-17 años según sea el caso, sellante según sea el caso, aplicación de detartrajes según riesgo del paciente, las actividades educativas brindadas a los pacientes, durante la consulta.							
612		Verificar que la atención en salud bucal de las mujeres gestantes se realice mínimo dos veces durante, el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutive.							
613		Verificar en el registro de historia clínica la valoración del Riesgo y Concepto clínico del profesional, frecuencia de tratamiento fecha del próximo control o si lo requiere remisión a especialista. según necesidad del paciente.							
614		Realizar reporte de manera mensual de acuerdo al plazo establecido de: Ficha Epidemiológica bucal mensual (incluye jornada de Salud bucal si se realizó), Reporte de procedimientos de protección específica (incluye jornada de Salud bucal si se realizó), Reporte de Comunicaciones. (se sintetizan charlas y talleres con firmas de los asistentes, incluye jornada de Salud bucal si se realizó) reporte gráfico.							
615		Realizar reporte de manera mensual de acuerdo al plazo establecido de: Reporte de Comunicaciones. (se sintetizan charlas y talleres con firmas de los asistentes, incluye jornada de Salud bucal si se realizó) adjuntar reporte gráfico.							
616		Realizar reporte de manera mensual de acuerdo al plazo establecido de: Reporte interno de posibles casos de fluorosis: "Se recuerda que la notificación de casos de fluorosis en el Sistema de Vigilancia, se realiza solo en casos confirmados por odontólogos con especialidad en fluorosis. Informe de gestión de cada jornada especial de Salud bucal (mayo / octubre)							
617		Realizar actividades enfocadas a fortalecer el autocuidado mediante charlas cortas en las salas de espera de cada dispensario, formaciones y en las diferentes actividades que desarrolle el Batallón, Brigada y/o División. Verificar actas de capacitación, revisar alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional							
618		Verificar en historia clínica redireccionamiento del usuario a otras rutas por curso de vida según sea el caso.							
619		Capacitar, socializar y difundir Circular 207 del 2018 Lineamientos del Programa de Tuberculosis de la DISAN -EJC. Verificar adherencia y evaluación.							
620		Realizar reporte y seguimiento mensual según lo establecido por Min de Protección social y de acuerdo a los lineamientos de DISAN, según sea el caso. Verificar el envío de la información o presentación de los indicadores de cumplimiento para esta ruta.							
621		Contar con estrategias de captación oportuna de usuarios para esta ruta, realizar campañas para el momento de curso de vida. Verificar actas de capacitación.							
622		Contar con Tapabocas N - 95 en caso de presentar pacientes con Tuberculosis, Frasco recolector de muestras para BK seriado de Espudo. formatos libro control pacientes TB sensible, sintomáticos respiratorios, libro de TB farmacorresistente, TB latente, Libro de contactos y respectivos contactos del programa.							
623		Contar con un consultorio para llevar a cabo la atención de los usuarios, Contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.							
624		Verificar la desinfección de consultorios y áreas después de la atención de estos pacientes.							
625		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia.							
626		Realizar notificación inmediata de todo paciente diagnosticado con tuberculosis y/o lepra en el aplicativo SIVIGILA.							
627		Revisar libro de pacientes con Hansen, Sintomático de piel y contactos. Realizar periódicamente actualización de los libros de pacientes de TBC contactos y sintomáticos.							
628	PROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y HANSEN Resolución 0227 de 2020 "Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis-PNPCT y se dictan otras disposiciones"	Verificar base de datos de los pacientes de Tuberculosis y Hansen, donde se establecen datos como nombre, teléfono, dirección, ciudad de residencia, fecha de diagnóstico, resultados, fecha de las baciloscopias y cultivo, fecha inicio de tratamiento y finalización, exámenes realizados fechas de próxima cita de control, cierre de casos.							
629		Verificar reporte de baciloscopia positivo, plan de tratamiento farmacológico, reporte de control de Baciloscopia de acuerdo a fase del tratamiento, cumplimiento y adherencia. Verificar registro en historia clínica manual o Salud.SIS							

630		Verificar registro de seguimiento de cada paciente con Tuberculosis y Hasnen donde repose, ficha de notificación, resultados de Baciloscopias y Cultivo, tamizaje para VIH, Tarjeta individual de tratamiento actualizada, registro de control por medicina y enfermería según fase y evolución de tratamiento. visita domiciliario (si el caso amerita). Verificar matriz historia clínica manual o Salud.SIS						
631		Realizar seguimiento al paciente con diagnostico VIH verificar el registro de tratamiento y el seguimiento de acuerdo a su patología.						
632		Revisar registro de novedades (paciente excluido de la corte, muerte, abandono del tratamiento). Verificar en historia clínica manual o Salud.SIS, libro de registro.						
633		Verificar campañas educativas de información a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis y/o Lepra sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y las medidas preventivas de la misma, así como la sensibilización sobre la enfermedad con el fin de evitar abandonos y resistencia al tratamiento.						
634		Realizar seguimiento al reporte de notificación de los pacientes al aplicativo SIVIGILA con los diagnósticos de Tuberculosis y/o lepra.						
635		Realizar seguimiento ante la aparición de nuevos casos de Tuberculosis y/o lepra realizar la investigación epidemiológica de campo búsqueda y evaluación de sintomáticos respiratorios, de piel con el apoyo de la Secretaria de Salud Local.						
636		Verificar el seguimiento a casos en enfermedades de interés en salud pública, realizar seguimiento a reporte y registro de tamizaje de VIH según el caso. Revisar Notificación a SIVIGILA verificar reporte oportuno en los archivos planos y Historia Clínica del usuario.						
637		RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MATIS) PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y EPILEPSIA (SSFM).						
638		Contar con el documento de la Ruta Integral de Atención en Salud en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) Problemas, Trastornos Mentales y del Comportamiento y Epilepsia (SSFM). Socializar, difundir y verificar adherencia a la RIA.						
639		Evidenciar seguimiento a los usuarios atendidos por el servicio de psicología, mediante los registros en la Historia Clínica dando alcance a la RPMS - Salud Mental, gestionando factores de riesgo en salud mental.						
640		Realizar reporte y seguimiento de acuerdo a los lineamientos DISAN, según sea el caso. Verificar el envío de la información o presentación de los indicadores de cumplimiento para esta ruta.						
641		RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENTA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO MANIFIESTOS DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM).						
642		Verificar el ingreso de los usuarios a la ruta (demanda inducida o demanda espontánea).						
643		Registrar la clasificación y definición del riesgo es decir periodicidad de consumo.						
644		Verificar clasificación según nivel: Consumo/ Riesgo bajo, Uso/ Riesgo medio, Abuso riesgo medio/alto, Adicción/Riesgo Alto.						
645		Verificar si el Usuario recibió evaluación, diagnostico y clasificación según grado de severidad.						
646		Verificar atención del usuario, revisar: Valoración psicológica (tamizajes según la sustancia), valoración psiquiátrica según sea el caso y registro respectivo en historia clínica.						
647		Verificar valoración y clasificación del riesgo (cuando el riesgo es Bajo) del usuario así mismo el direccionamiento a PyD por salud mental.						
648		Realizar verificación del direccionamiento del Usuario para PYD, (seguimiento y evaluación, nuevamente para definir si el riesgo persiste). Evidenciar todo el registro de atención en historia clínica.						
649	RUTA DE SALUD MENTAL -RIAS Dirección General de Sanidad Militar para la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, la cual se establece basada en el manual de abordaje clínico en adicciones (DGSM 2014). Ley 1566/2021 Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional a "Entidad Comprometida con la prevención del consumo,abuso y adicción a sustancias psicoactivas, ordena la atención integral a personal con mencionada patología, siendo deber del subsistema de salud proporcionar los servicios de acuerdo al nivel de atención y red externa controlada"	Realizar valoración de riesgo definir cierre o continuidad del tratamiento, en caso de continuidad se direcciona nuevamente para valoración y concepto. Verificar concepto de valoración en historia clínica y definir conducta a seguir.						
650		Verificar plan de tratamiento según la condición del usuario: Requiere Intervención temprana, Requiere intervención psicoterapeutica o remisión a III o IV nivel cuenta con la evidencia en el registro.						
651		Al realizar intervención temprana deberá registrar: Entrevista motivacional, Consejería, Intervencion en crisis de acuerdo al caso. LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ES AMBULATORIO.						
652		Al realizar intervención psicoterapéutica deberá registrar: Entrevista motivacional, intervención breve, prevención de recaídas, intervención interdisciplinaria. LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO PUEDE SER AMBULATORIA O AMBULATORIA INTENSIVA.						
653		Verificar en caso de remisión a III y IV nivel, el seguimiento al usuario. Tener en cuenta que la atención puede darse de la siguiente manera: Hospital día, atención domiciliaria u hospitalización. En caso de emergencia contar con atención por urgencias.						
654		Verificar evaluación y seguimiento del tratamiento de cada uno de los usuarios incluidos en la ruta. Revisar registro de historia clínica.						
655		Registrar actividades de seguimiento de los usuarios que han sido direccionados a remisión.						
656		Realizar evaluación del tratamiento: Se define cierre o continuidad. Cuenta con los soportes de registro respectivos. En caso de continuidad del tramiento el Usuario es direccionado nuevamente a Valoración.						
657		Implementar campañas educativas sobre abuso y consumo de sustancias psicoactivas, revisar alcance, impacto e indicadores de cobertura poblacional.						
658		Verificar los consentimientos informados y desistimientos: Antes de cualquier intervención se debe realizar el proceso de asesoría, consentimiento informado y desistimiento informado, mediante explicación clara y completa al usuario y su acompañante. Revisar consentimiento completo y diligenciado en la historia clínica del usuario.						
660		PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS VIOLENCIAS.						
661		Desarrollar actividades de prevención y detección temprana a todo tipo de violencia.						
663		Realizar el proceso de atención prioritaria de atención a víctimas de violencia sexual.						
664		Aplicar el proceso de atención a víctimas de otras violencias (física, psicologica,negligencia y otras).						
666		Contar con equipo de profesionales: psicología, medicina, enfermería, trabajo social, jurídica, en caso de no contar con el talento humano, se requiere mínimo medicina, enfermería y psicología.						
667		Verificar que el personal se encuentre capacitado, entrenado y certificado para brindar atención integral en salud a víctimas de violencia sexual y otras violencias.						
669		Verificar los consentimientos informados: Antes de cualquier intervención se debe realizar el proceso de asesoría y consentimiento informado mediante explicación clara y completa al usuario y su acompañante. Revisar registro diligenciado y completo.						
670		Realizar seguimiento oportuno a los casos de violencia, consumo de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio.						
SALUD AMBIENTAL								

671	Decreto 1594 de 1984, Define los límites permisibles para el vertimiento o descarga de residuos líquidos a un cuerpo de agua o alcantarillado Sanitario. Derogado por el art. 79, Decreto Nacional 3930 de 2010, salvo los arts. 20 y 21, aplican los artículos 20 y 72.	Realizar trimestralmente capacitaciones a funcionarios y usuarios sobre los temas propuestos en los lineamientos emitidos por DIGSA - DISAN. Evaluar y medir adherencia.							
672	Decreto 1575 de 2007 Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.	Realizar reuniones mensuales del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria (GAGAS) y hacer seguimiento a los compromisos y tareas.							
673	Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en Salud y otras actividades. TÍTULO I Artículo 2° Numeral 1, 5 y 6 capítulo II Art 5 numeral 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.3, 5.4 capítulo III Artículo 6° numeral 1,2,3,4,5,6, 8,9,10,11,12,13. capítulo V Artículo 15 Artículo 16.	Enviar mensualmente el formato RH1 - con soportes de los recibos entregados al ESM por parte de la empresa encargada de la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios.							
674	Lineamientos del Programa Salud Ambiental emitidos por la Dirección General de Sanidad Militar en la Circular Radicado N°: 0120009797102 MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRERI-ARAPB-13	Diligenciar y enviar trimestral los formatos de Lista de verificación para Casinos, Comedores y panaderías y demás expendios o áreas de alimentos, tiendas, cafeterías, entre otros.							
675		Diligenciar y enviar trimestral los formatos de Lista de verificación gestión interna de residuos hospitalarios y similares.							
676		Diligenciar y enviar semestralmente los formatos de: Inventarios de luminarias, instalaciones sanitarias y aparatos eléctricos.							
677		Diligenciar y enviar semestralmente los formatos de Lista de verificación para los Caniles.							
678		Diligenciar y enviar anualmente el formato de Formato DGSM censo Caninos y Felinos.							
679	Ley 9, Título III, de 1979. Código Sanitario Nacional, Por la cual se dictan medidas sanitarias.	Diligenciar y enviar anualmente el formato de lista de verificación gestión externa.							
680	Ley 99 de 1993, Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA y se dictan otras disposiciones. Título VIII, Art 49 al 59, 62.	Realizar charlas educativas trimestralmente sobre prevención de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis y manipulación de alimentos.Evaluar y medir adherencia, revisar actas de capacitación							
681		Contar con los soportes de certificación de lavado de tanques, fumigación y control de roedores y análisis físico químicos y microbiológicos para posterior envío a DISAN de forma semestral.							
682		Realizar reporte anual de la actualización de datos (registro de generadores), RESPEL ante el IDEAM y enviar soporte a DISAN.							
SIVIGILA									
683	En desarrollo de las disposiciones contenidas en los Decretos 3518 de 2006, "por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública"; el Decreto 2323 de 2006, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios"; Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021", y los Lineamientos para la prevención vigilancia y control en Salud Pública del instituto Nacional de Salud por la cual se adapta y se adopta la normatividad vigente y demás disposiciones de los planes nacionales de vigilancia en Salud Pública 2012-2021	Socializar y difundir el Decreto 3518 de 2006, "por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública. Evaluar y medir adherencia.							
684		Socializar y difundir el Decreto 2323 de 2006, Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios" Evaluar y medir adherencia.							
685		Socializar y difundir Directiva 007 de 2010 de la Dirección General de Sanidad Militar, Por el cual se reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública para el subsistema de salud las FFMM.Evaluar y medir adherencia.							
686		Contar con el recurso humano necesario para realizar la vigilancia de eventos en Salud Pública y su respectiva notificación en el SIVIGILA. Verificar certificado de capacitación (conoce los eventos de interés en salud Pública que deben ser notificados de inmediato), adherencia y manejo integral del sistema de vigilancia en Salud Pública.							
687		Verificar el código de la UPGD se encuentra caracterizado de acuerdo a los lineamientos emitidos por la DGSM.							
688		Verificar reporte a la DISAN semanal de los eventos de notificación obligatoria a través del aplicativo SIVIGILA.(Revisar archivo plano)							
689		Verificar diligenciamiento y envío de todas las fichas de notificación individual de los eventos de interés en salud pública atendidos, realizando la precritica de las mismas.							
690		Realizar capacitación y/o socialización de la normatividad existente en Salud Pública, protocolos y lineamientos Nacionales e institucionales, a todo el personal (verificar actas, evaluar y medir adherencia).							
691		Verificar asistencia a las capacitaciones realizadas por las Secretarías de Salud, revisar registro de asistencia o soporte.							
692		Realizar capacitación en temas de Vigilancia en Salud Pública al personal asistencial que ingresa nuevo a la institución. (dentro del marco de inducción y reintroducción) verificar actas, evaluar y medir adherencia.							
693		Verificar informe de los eventos de notificación que ameritan intervención de campo (BROTES) según lineamiento vigente DISAN Vigilancia Epidemiológica.							
694		Realizar búsqueda Activa Institucional (BAI) semanalmente de todos los eventos de Vigilancia en Salud Pública, teniendo en cuenta el manual de codificación de eventos SIVIGILA.							
695		Realizar ajuste a todas las fichas evaluadas de los eventos que ameritan cambios en la clasificación final. Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 3 = Confirmado por laboratorio 4 = Confirmado por clínica 5 = Confirmado por nexo epidemiológico 6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc. 7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Upgd, numero de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. D = Error de digitación de acuerdo a protocolo INS.							
696		Disponer del equipo de respuesta inmediata ERI, para la atención de Brotes epidémicos de eventos de interés en salud pública (Epidemiólogo, médico, bacteriólogo, enfermera y/o demás áreas afines de acuerdo al nivel de atención del ESM, soportado por Orden Semanal)							
697		Verificar acta de conformación y acta mensual de todos los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y Comité de Vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM), así como en los casos excepcionales Unidad de Análisis.							
698		Contar con los soportes de las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y cumplimiento para cada uno de los eventos de interés en salud pública y de las revistas realizadas por los entes reguladores							
699		Difundir y aplicar los protocolos de Vigilancia Epidemiológica de los eventos de Interés en Salud Pública reglamentados por el Instituto Nacional de Salud. (con soportes de actas de capacitación)							
700		Verificar asistencia al COVE o unidad de análisis de la localidad, difundir y socializar los temas tratados, en el periodo evaluado.							
701		Contar con reserva de tapabocas, baja lenguas, batas desechables, guantes, gel antibacterial, para la atención de brotes epidemiológicos. Así mismo termómetro, tensiometro y fonendoscopio. Revisar inventario y condiciones de almacenamiento de los insumos, mantenimiento de los equipos biomedicos(fonendoscopio y tensiometro).							
702		Contar con folletos y material educativo con las formas de prevención de enfermedades como varicela, parotiditis, hepatitis A, neumonia, influenza, leptospirosis, dengue entre otros causales de brotes epidémicos en su unidad.							

703		Realizar Informes de Brotes epidemiológicos (informe de 24 horas, 72 horas, actualización de nuevos casos e informe final de cierre). Verificar evidencia de Envío de informes de Brotes a DISAN EJC.						
704		Realizar reporte INMEDIATO y envío oportuno de los archivos planos de los eventos de interés en salud pública relacionados con Brotes a la Dirección de Sanidad (reportar de manera telefónica y/o escrita).						
705		Elaborar el perfil epidemiológico operacional de la unidad, para así formular estrategias de promoción y prevención, que permitan mantener la integridad del personal.						
		PRIORITARIA						
706		Verificar cumplimiento de las normas propias del servicio de prioritaria requeridas para una entidad prestadora del servicio de salud.						
707		Verificar que cuente con el talento humano cuente con certificación ACLS,BCLS con vigencia de 2 años.						
708		Verificar que el talento humano tenga conocimiento sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos evaluar y medir adherencia.						
709		Realizar revisión de la Infraestructura paredes, pisos, puertas, baños, techos y paredes. Verificar condiciones y mantenimiento.						
710		Realizar verificación de Equipos (son suficientes para la prestación del servicio, se encuentran en buen funcionamiento y mantenimiento).						
711		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia.						
712		Contar con el protocolo de código azul realizar socialización,evaluar y medir adherencia. El personal conoce los roles diarios a desempeñar en caso de emergencia.						
713		Realizar valoración triage previa toma de signos vitales e interrogatorio, según clasificación el usuario debe quedar sala de espera atento al llamado médico de acuerdo a la clasificación asignada (TRIAGE I Paciente en condición de urgencia vital o emergencia médica, se pasa a sala de reanimación, se inicia manejo integral. TRIAGE II Paciente en condición de urgencia médica, agudo crítico o grave inestable. TRIAGE III Paciente en condiciones estables que amerita la atención por el servicio de urgencias,es decir agudo no crítico,urgencias diferible a atención prioritaria. TRIAGE IV Paciente cuya condición no es una urgencia se direcciona a consulta prioritaria). TRIAGE V Paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudas o crónicas sin evidencia de deterioro que comprometa su estado general y no representa riesgo para la vida o la funcionalidad del miembro u órgano. Se encuentra visible el esquema de clasificación de triage para el servicio de prioritaria.						
714	Resolución 3100/2019	Verificar proceso de referencia y contrareferencia de pacientes: criterios de remisión según valoración triage, tipo de traslado solicitado (aéreo, terrestre o marítimo), seguimiento del traslado, destino del paciente. Revisar historia clínica del paciente registros de atención y solicitud del traslado. Libro de entrada y salida de pacientes, bitácora de traslados						
715		Verificar proceso de admisión del paciente realizar revisión de derechos, explicación de deberes y derechos, portafolio de servicios.						
716		Proporcionar atención al paciente de acuerdo al plan de tratamiento instaurado teniendo en cuenta las barreras de seguridad establecidas para la prestación del servicio. Verificar en historia clínica (evolución y órdenes médicas, administración de medicamentos, órdenes de imagenología y laboratorios, notas de enfermería)						
717		Verificar recibo y entrega de turno del equipo asistencial, se ha cumplido en forma oportuna y adecuada. Revisar kardex de enfermería, registro de entrega y recibo de turno.						
718		Realizar reporte de incidentes y eventos adversos de manera inmediata, verificar diligenciamiento del formato de incidente y evento adverso.						
719		Verificar adherencia al programa de atención en salud para víctimas de violencia sexual, realizar medición de adherencia.						
720		Verificar el cumplimiento del procedimiento de notificación al SIVIGILA revisar notificación y diligenciamiento de Fichas de reporte.						
721		Realizar diariamente el reporte de estadísticas vitales.						
722		Realizar revisión, supervisión y validación diaria de registros (libros y anotaciones en la Historia clínica). Realizar revisión de 5 historias clínicas manuales o por SALUD.SIS						
723		Realizar semanalmente la revisión del carro de paro y conformar la dotación adecuada del mismo posterior a la apertura de este. Verificar Acta de apertura - Formato de revisión de carro de paro						
724		Verificar solicitud del pedido semanal e inventario de los insumos y suministros medicoquirúrgicos.						
725		Verificar el cumplimiento del procedimiento de gestión administrativa realizar los respectivos planes de mejoramiento o acciones correctivas, elaborar informe mensual de la productividad y oportunidad del servicio. Socializar los resultados de gestión con periodicidad mensual.						
		HOSPITALIZACIÓN						
726		Verificar cumplimiento de los requisitos exigidos y contar con certificación ACLS,BCLS con vigencia de 2 años.						
727		Verificar las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física del área o áreas de hospitalización, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos: 1. Realizar Identificación e inspección de las áreas donde se presta el servicio verificando que cada una de ellas cuente con las especificaciones mínimas requeridas. 2. Evaluar condiciones de cada una de las áreas teniendo en cuenta pisos, paredes, techos y determinar su estado de conservación y condiciones de limpieza. 3.Verificar e indagar acerca del suministro de los servicios de energía, agua y comunicaciones. 4. Identificar desniveles o espacios vacíos que impliquen algún accidente. 5. verificar condiciones de las camas y camillas deben tener barandas (funcionales), las escaleras antideslizantes, rampa, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación						
728		Contar con los equipos indispensables y necesarios para la prestación de servicios, sus condiciones y mantenimiento son adecuados, equipos biomédicos, suministros medicoquirúrgicos, medicamentos. Equipos de computo y Sistema de información, papelería, estanterías y mobiliarios.						
729		Verificar las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. Verificar los protocolos de limpieza y desinfección, el conocimiento de los mismos, actas, realizar indagación con el personal.						
730		Contar con el plano general de las instalaciones de acuerdo a lo establecido en la resolución 482/18, Artículo 23.7.Rutas de evacuación, señalización de extintores. Ruta de recolección de desechos.						
731		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia.						
732		Realizar verificación de los estándares de seguridad aplicados en la prestación del servicio teniendo en cuenta lo siguiente : reportar incidentes y eventos adversos , infecciones intrahospitalarias, infección asociadas a dispositivos , flebitis infecciosas, químicas y mecánicas, eventos de notificación obligatoria a través del aplicativo SIVIGILA						
733		Contar con un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización.						
734		Contar con la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos						

735	Resolución 3100/2019	Capacitar, socializar, difundir los lineamientos y políticas establecidos para la Seguridad del Paciente (política de seguridad institucional, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos, guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente) evaluar y medir adherencia.						
736		Contar con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en el servicio. Verificar capacitación difusión y adherencia, (Guía, Acta de capacitación).						
737		Contar con el protocolo de código azul realizar socialización, evaluar y medir adherencia. El personal conoce los roles a desempeñar en caso de emergencia.						
738		Contar con protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos; guías de manejo para terapia intravenosa con dispositivos no permanentes y accesos vasculares, guías de manejo para: ostomías, cuidado de sondas, cuidados de la piel, protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente, humanización del servicio. Evaluar y medir adherencia						
739		Realizar la valoración de los riesgos(caídas, lesiones de piel, retiro de dispositivos y sondas, flebitis, celulitis asociadas a medicamentos, administración de medicamentos...ets.) para los procesos asistenciales priorizados, evidenciar la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados según nivel de atención.						
740		Contar con la evidencia documental del análisis de causa de la ocurrencia de eventos adversos: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad del paciente.						
741		Contar con la guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso al ESM, desarrollado o adoptado por el ESM y actualizado con la periodicidad que defina, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años, verificar adherencia.						
742		Contar con el Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por El ESM y actualizado con la periodicidad que defina, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.						
743		Contar con Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por el ESM y actualizado con la periodicidad que defina, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluir la utilización de mínimo 15 correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización. Verificar adherencia.						
744		Contar con Protocolo para el uso racional de antibióticos en el servicio de hospitalización desarrollado o adoptado por el ESM y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico. Verificar adherencia.						
745		Contar con estrategias que aseguran la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. Cuenta con un protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o plé de cama. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.						
746		Contar con Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y de atención mental.						
747		Contar con la Clasificación del riesgo de caída para los usuarios que son hospitalizados y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación de pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación						
748		Revisar en el registro de historia clínica: Valoración del riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios, Clasificación del riesgo de caída para los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados,						
749		Realizar la Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.						
750		Contar con esquemas de movilización de pacientes en riesgo de úlceras por presión, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene.						
751		Contar con protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución, verificar las actividades enfocadas a la prevención y complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea. Contar con la medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes evidencia documentación de acciones de mejora si aplica						
752		Verificar que cada paciente cuente con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Evoluciones medicas, notas de enfermería. Revisar los registros de procesos clínicos (Hoja de administración de medicamentos, registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado. En el caso de que el usuario requiera interconsultas cuenta con orden, consentimiento, reporte; en caso de toma de muestras de laboratorio clínico verifica exámenes solicitado, resultado de exámenes realizados y exámenes remitidos). Veri						
753		Verificar que las HCL no cuentan con anotaciones como mismo diagnostico, mismo tratamiento, iguales ordenes medicas, evolución sin cambios.						
754		Contar con el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones cue realiza para la atención de los usuarios (imagenología, laboratorio)						
755		Contar con guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.						
756		Verificar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.						
TERAPIAS								

757	Resolución 3100/2019	Verificar las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física del área son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos: 1. Realizar Identificación e inspección de las áreas donde se presta el servicio verificando que cada una de ellas cuente con las especificaciones mínimas requeridas. 2. Evaluar condiciones de cada una de las áreas teniendo en cuenta pisos, paredes, techos y determinar su estado de conservación y condiciones de limpieza. 3.Verificar e indagar acerca del suministro de los servicios de energía, agua y comunicaciones. 4. Identificar desniveles o espacios vacíos que impliquen algún accidente. 5. verificar condiones de las rampas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos y una adecuada iluminación						
758		Verificar de acuerdo al tipo de terapia ofertada: Área de camillas, barandales, sillas de ruedas y demás aditamentos y ayudas ortopédicas.						
759		Verificar para las áreas de fonocardiología y terapia ocupacional: Contar con área para sillas y mesas para trabajo individual, con barrera física fija o móvil, cuando el tipo de terapia lo requiera. Depende del procedimiento ofertado contar con equipo de audiometría, cabina sono-amortiguada						
760		Revisar que toda atención de primera vez a un usuario incluya el proceso de apertura de historia clínica y valoración respectiva.						
761		Verificar que todos los pacientes atendidos tengan historia clínica ya sea manual o por SALUD.SIS y que las evoluciones diarias registran todas las actividades realizadas y no continúa en terapia.						
762		Contar con consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.						
763		Verificar registro de la cantidad de citas cumplidas, incumplidas y canceladas.						
764		Realizar el reporte y posterior enrutamiento de los usuarios según momento de curso de vida.						
765		Verificar el cumplimiento de asistencia del personal a las capacitaciones que se programan para la actualización de los lineamientos emitidos por la DIGSA y por la DISAN , con cumplimiento no menor al 90%.						
766		Contar con protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos, verificar y evidenciar adherencia. Realizar Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.Cuenta con insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos						
767		Verificar la actualización, socialización y medición de la adherencia a las guías de manejo del área de las 5 patologías mas comunes por cada especialidad.						
768		Verificar la actualización, socialización y medición de la adherencia a las guías protocolos de manejo por cada especialidad (Lavado de equipos, terapias, entre otros)						
769		Realizar reporte de incidentes y eventos adversos de manera inmediata, verificar diligenciamiento del formato de incidente y evento adverso.						
ENFERMERIA								
770	Resolución 3100/2019	Contar con certificación ACLS,BCLS con vigencia de 2 años.						
771		Contar con el reporte de novedades del personal de enfermería (calamidades, permisos, incapacidades, licencias), verificar evidencia.						
772		Realizar supervisión del personal de enfermería verificar cumplimiento de horarios, adherencia a guías y protocolos de manejo, revisar plan de cuidados de enfermería (si aplica)						
773		Capacitar, socializar, difundir, los protocolos y las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización . Debe incluir también : Protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio ; Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias , sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases ; Protocolo que permita detectar , prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar , con la revisión del equipo y control de su contenido , cuando el servicio requiera éste tipo de equipos ; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio . Evaluar semestralmente la adherencia a los protocolos asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia						
774		Contar con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.						
775		Contar con actas de participación de los comites de seguridad del paciente, infecciones, historia clínica, farmaceuticos, humanización del servicio, verificar el cumplimiento de las acciones de mejora y compromisos establecidos en cada comité.						
776		Contar programa de capacitacion mensual continuada para el departamento de enfermería.						
777		Contar con la verificación de recibo y entrega de turno del equipo asistencial, se ha cumplido en forma oportuna y adecuada. Revisar kardex de enfermería, registro de entrega y recibo de turno.						
778		Verificar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, caídas, administración segura de los medicamentos, seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.						
779		Realizar medición mensual y reporte de los indicadores de: Infecciones de sitio operatorio (ISO), infecciones de endometritis post – parto, neumonias nosocomiales asociadas a ventilador, infecciones transmitidas por transfusión (ITT), flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico, infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales, infección de vías urinarias asociada al uso de sondas. Según sea el caso realiza documentación de acciones de mejora y realizar socialización.						
780		Contar con la evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad verificar evidencias.						
781		Verificar el proceso de atención del paciente por enfermería al ingreso, atención, traslado y egreso.						
782		Verificar el cumplimiento del arreglo de las unidades.						
AMBULANCIAS								

783	Resolución 3100/2019	Contar con Auxiliar en enfermería o de urgencias médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. Conductor que cuenta con licencia para la conducción del respectivo vehículo, expedida por la autoridad competente y adicionalmente cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en primeros auxilios o de primer respondiente.					
784		Verificar el proceso de atención y traslado del paciente, conocer protocolo de código azul realizar socialización, evaluar y medir adherencia. El personal conoce los roles a desempeñar en caso de emergencia					
785		Verificar Estado Ambulancia y documentación reglamentaria. (Mantenimiento, permisos de funcionamiento, condiciones físicas ruedas, ventanas, puertas, capó, llantas, silletería, techo, luces, sistema de alarma, kilometraje, pintura, logotipos, piso, última revisión técnico mecánica, kit de carretera, extintor verificar fecha de recarga)					
786		Contar con Tabla de abordaje debe estar diligenciada de manera completa con las firmas respectivas.					
787		Contar con Bitácora de traslados debe estar diligenciada de manera completa con las firmas respectivas y para cada traslado.					
788		Contar con cajoneras en buenas condiciones de higiene y funcionamiento, camilla con barandas y cintas de aseguramiento de paciente funcional, tabla rígida para traslado de pacientes en buen estado, Conjunto para inmovilización que cuenta con inmovilizadores cervicales graduables, adulto (2) y pediátrico (2), inmovilizadores laterales de cabeza, inmovilizadores para extremidades superiores e inferiores.					
789		Verificar los Gabinetes del compartimiento del paciente deben ser livianos, de material resistente, lisos, lavables, sin bordes agudos o filos cortantes y cuentan con puertas de material transparente, resistente, con anclajes seguros para evitar su apertura. Los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: azul: sistema respiratorio; rojo: sistema circulatorio; amarillo: pediátrico; verde: quirúrgico y accesorios. Entrepaños de los gabinetes que cuentan con borde ligeramente elevado para evitar que los medicamentos y equipos biomédicos se caigan cuando el vehículo está en movimiento.					
790		Contar con iluminación interior para toda el área de manejo del paciente. Lámpara desmontable que permita su utilización a distancia del vehículo. Barra pasamanos en el compartimiento del paciente, fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento. Compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno medicinal con manómetros visibles y regulables desde el interior del compartimiento del paciente verificar bala de oxígeno fija y portátil carga y fecha de próxima recarga, revisar funcionamiento.					
791		Contar con Desfibrilador externo automático, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos, con fecha de vencimiento vigente. Fonendoscopio adulto y pediátrico, Tensiómetro adulto y pediátrico. Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños. Aspirador nasal manual, Glucómetro, Torniquetes para el control de hemorragias, Atril portasuero de dos ganchos. Silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con una capacidad de carga de mínimo 120 kg. Deberá tener mínimo dos cinturones de sujeción para el paciente y para su transporte al interior de la ambulancia, Pinzas de Magill, Tijeras de material o corta todo, Riñonera, Pato para mujeres, Pato para hombres, Lámpara de mano (linterna) con baterías de repuesto, Manta térmica aluminizada. Resucitador pulmonar manual (AMBU), Los equipos biomédicos deben contar con sistema de fijación específico al vehículo sin detrimento de su operación, estos equipos deben estar en buenas condiciones de funcionamiento y limpieza, contar con el mantenimiento técnico respectivo.					
792		Verificar inventario de equipos biomédicos e insumos deben estar completos en caso de presentar algún faltante debe contar con el oficio de solicitud.					
793		Verificar que los insumos se encuentran en buen estado, sin vencimiento y que las ambulancias no llevan medicamentos.					
794		Realizar revista mensual de las ambulancias.					
SUBPROGRAMA SANIDAD EN CAMPANA							
795	Circular 0270 de 2020 lineamientos para la implementación de salud operacional en las Unidades	Contar con el acta de socialización de los lineamientos de salud operacional, con el Comandante de Unidad y oficial de Operaciones.					
796		Realizar el nombramiento del coordinador de Salud Operacional mediante orden semanal.					
797		Realizar la consolidación y reporte de eventos en salud operacional de acuerdo a los (03) formatos establecidos y enviados los días 05 de cada mes a la Dirección de Sanidad.					
798		Reportar de forma inmediata a la Dirección de sanidad y al Comando Superior mediante radiograma todas las novedades de personal ocurridas en el desarrollo de operaciones militares.					
799	Manual de Instructores de Socorristas Militares (Aprobado Resolución No 0952 del 24 de julio de 2018)	Realizar capacitación y certificación al personal de Socorristas Militares con el fin de dar aplicación a la Doctrina Militar garantizando la atención en primeros auxilios en el área de operaciones.					
800	Plan de capacitación y certificación del personal de Socorristas Militares actualizado para la vigencia	Enviar los informes de capacitación según los cursos de socorristas militares que se desarrolla en la Unidad autorizados por la Dirección de Sanidad en coordinación con los instructores certificados y designados por esta Dirección o el comando superior.					
SUBPROGRAMA PLANEAMIENTO Y LOGÍSTICA MEDICA OPERACIONAL.							
801	Directiva Permanente 002 del 09 de febrero de 2015, Políticas de Operación del Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado Aeromédico (SIATEM).	Apoyar y coordinar los traslados o evacuaciones médicas que requiera la unidad, con los medios de transporte disponibles y con el CNRP. Debe contar con el apoyo del coordinador de SOPE (verificar registros de traslados del pacientes).					
802		Contar con el protocolo para la solicitud de apoyo de traslado aeromédico y evacuación de heridos y/o enfermos provenientes del área de operaciones. Verificar actualización, socialización y adherencia.					
803		Registrar la información de los traslados médicos con la trazabilidad de cada evento, en la matriz del Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado Aeromédico (SIATEM), y la reporta mensualmente a DISAN					
804		Consolidar información que se genere en los traslados gestionados y reportar a la Dirección de Sanidad Ejército.					
805		Verificar el diligenciamiento del formato SIATEM por parte del enlace SOPE, verificar reporte mensual (los 5 primeros días de cada mes) a la DISAN la cual debe consolidar y enviar la información a la DIGSA.					
806	Directiva permanente 020 de 04 de diciembre de 2014, Estandarización técnica de botiquines M1, M3, M4 y M5.	Realizar el reabastecimiento de los Botiquines M-1, M-3, M-4, y M-5, teniendo en cuenta la documentación requerida (hoja de gasto), competencias y lineamiento establecidos en la Directiva permanente. Revisar inventario y hoja de gasto.					
807		Llevar la estadística, el control y seguimiento de los botiquines de las unidades así como de los reabastecimientos de los mismos.					
SUBPROGRAMA INTELIGENCIA MEDICA							

808	Directiva Permanente 007 del 14 de julio de 2015 Implementación y uso de herramientas para la apreciación y análisis en salud operacional – Inteligencia medica militar a nivel estratégico.	Contar con la apreciación y análisis en salud operacional - inteligencia medica a nivel estratégico de acuerdo a los siguientes formatos y el respectivo envío a DISAN: * Formato Anexo 2. Captura de la información de apreciación en salud operacional , * Formato Anexo 3. Tabla de Calificación del Riesgo, * Formato Anexo 4. Recomendaciones generales,* Oficio entrega apreciación de sanidad a comandantes de unidad, * Formato plan de acción con la descripción de las evidencias para cada actividad. Realizar envío a la DISAN de acuerdo a las fechas establecidas en la circular de implementación de lineamientos						
809	Directiva Permanente 007 de 2017 * Implementación Lineamientos inteligencia Médica Militar (IMM) a Nivel Táctico*	Verificar el diligenciamiento de las listas de chequeo - inteligencia medica nivel táctico fase pre operacional - operacional - pos operacional en cada operación militar de la unidad, realizar el envío de manera mensual a DISAN						
810	Directiva Permanente 05 del 22 junio de 2017 Lineamientos aplicación ficha Pre y Pos Operacional	Aplicar las ficha pre y pos operacional al personal de la unidad militar antes y después de una operación militar realizando las valoraciones por medico, odontología y psicología, realizando el registro en la pagina web https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co , verificar el reporte realizado de manera mensual a DISAN						
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES								
811	Circular No. 1034 del 13 de Abril de 2020. Lineamientos e instrucciones para el manejo de los subprogramas de Salud Operacional, de vacunación operacional, enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis en las unidades militares. y/o sus actualizaciones.	Contar con actas de socialización y capacitación de la normativa vigente, dirigidas al personal de sanidad que intervienen en la atención del los pacientes <u>diagnosticados con ETV</u> . Evaluar y medir adherencia						
812		Contar con actas trimestrales de capacitación, donde se realice difusión de las medidas de promoción, prevención y detección temprana de ETV, dirigidas al personal militar que ingresa a las áreas operacionales. Evaluar y medir adherencia.						
813		Informar de manera trimestral al Comandante de Unidad, la prevalencia de ETV en el personal militar durante el periodo, y la importancia que éste realice la entrega y seguimiento del material de protección personal a las unidades operacionales.						
814		Contar con los Protocolos de Atención en Enfermería y su respectiva socialización, de los procedimientos: Lavado de manos, toma de signos vitales, Administración de Medicamentos y Curaciones. Evaluar y medir adherencia						
815		Realizar verificación de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de ETV, debe contar con la siguiente documentación de manera organizada: * Ficha epidemiológica con el seguimiento * Resultados de laboratorio prueba confirmatoria (frotis - biopsia-PCR y/o IFFI- gota gruesa), según corresponda. * Copia ficha de notificación al SIV/GILA * Original de la formula medica según peso paciente * Resultados de laboratorios de control (inicio – mitad y término del tratamiento-control extra) * EKG inicio – mitad y término tratamiento * Formato de control administración medicamento diario firmado por el paciente * Formato de farmacovigilancia correctamente diligenciado * Evolución médica en orden cronológico (con valoraciones mínimo una vez por semana) * Notas de enfermería en orden cronológico * Valoraciones de otros profesionales (dermatología, fisioterapeutas, otorrino y/o medico internista, etc., según corresponda) * Copia de la incapacidad parcial durante el tratamiento * Copia de los documentos del paciente (cedula de ciudadanía, carnet de servicios médicos y/o constancia).						
816		Contar con base de datos de los pacientes con diagnostico de Leishmaniasis, Malaria, Dengue, Chagas y Accidente Ofídico actualizada, debe estar organizada, clara y verídica.						
817		Realizar verificación del Kardex de medicamentos debe estar actualizado y acorde a la cantidad de medicamento que se encuentra en el almacén, revisar la planilla de solicitud diaria al almacén (medicamento administrado y disponible para cada paciente)						
818		Realizar verificación de los medicamentos Glucantime®, Miltefosina y Pentamidina para el tratamiento de la Leishmaniasis deben estar debidamente rotulados y asignados a cada paciente, revisar condiciones de preservación y almacenamiento.						
819		Contar con los soportes del envío de los informes semanales y mensuales a la Dirección de Sanidad Ejército.						
VACUNACIÓN OPERACIONAL								
820	Circular 01034-2020. Lineamientos subprogramas salud operacional de Vacunación, ETV y zoonosis	Contar con plan de inducción y reinducción para el programa de vacunación operacional en el que se incluya cadena de frío para el personal que trabaja en el programa, evaluar adherencia.						
821		Contar con el formato de control de temperatura del refrigerador donde se almacenan las vacunas, el registro debe hacerse 2 veces al día (mañana y tarde) todos los días incluyendo fines de semana y festivo, se realizará de forma manual y por Salud.sis, evidenciará el almacenamiento de las vacunas a temperatura entre los rangos de +2°C a 8°C, se realizará revisión semanal por parte de la enfermera encargada del programa en caso que se registre temperatura fuera de los rangos establecidos +2°C a +8°C registrar observación.						
822		Revisar diligenciamiento de los formatos de cadena de frío, de lavado de los elementos de cadena de frío, realizar de manera mensual (verificar la limpieza de los elementos) e inventario de cadena de frío trimestralmente; la información debe concordar con los elementos que se tengan en físico. Los formatos deben estar organizados de manera cronológica no presentar tachones, enmendaduras o espacios en blanco.						
823		Realizar revisión del Kardex de vacunación operacional mensual verificar datos completos de las vacunas recibidas, almacenadas, aplicadas y entregadas. Las dosis aplicadas concuerdan con los soportes de los registros diarios al igual que las dosis de saldo concuerdan con las almacenadas en el refrigerador						
824		Realizar verificación de los soportes de recepción y entrega de biológicos, deben concordar con lo registrado en el Kardex de vacunación operacional						
825		Realizar verificación de los registros diarios de vacunación deben estar debidamente diligenciados en todas sus casillas (día, mes y año aplicación, nombres y apellidos, grado, cc, fecha de nacimiento, contingente, dirección, teléfono), con el registro de las vacunas aplicadas que incluyan lote, las vacunas aplicadas deben estar de acuerdo a los esquemas de vacunación establecidos según la población objeto.Los registros deben coincidir con la información del acta de vacunación donde se soporte personal a vacunar, especificar cantidad de dosis aplicadas por vacuna y educación de reacciones esperadas posteriores a la vacunación						
826		Reportar los informes mensuales a DISAN los 25 días de cada mes, en el que se incluye curva de temperatura mensual, registro diario de vacunación, Kardex de vacunación operacional y plantilla de reporte mensual						
827		Contar con plan de contingencia actualizado y aprobado por el área de calidad el cual debe contener el flujograma en caso de falla del fluido eléctrico, falla en el refrigerador, inventario de cadena de frío y cadena de llamada de emergencia. Debe estar actualizado, socializado y evaluada su adherencia.						
828		Contar con los indicadores actualizados donde se evalúe la cobertura por biológico según esquema de vacunación establecido y por contingente de las Batallones a cargo						
829		Contar con termos y cajas frias en adecuado estado para el transporte de los biológicos que incluya paquetes frios de agua para cada uno de ellos; no se debe tener geles ni cajas de icopor						

830		Contar con refrigerador horizontal para almacenamiento exclusivo de vacunas, ubicado a 15cm de la pared, que no le de la luz solar directa con regulador o elevador de voltaje individual para cada equipo. En caso que el ESM se encuentre en municipio de temperaturas > a 24°C se debe contar con aire acondicionado						
831		Realizar semaforización de la totalidad de los biológicos y jeringas con el fin de evitar pérdida de vacunas						
832		Realizar verificación de las vacunas multidosis que se encuentren abiertas, revisar la fecha de apertura y registro cumplir con el control de política de frasco abierto. Verificar tiempo de apertura si fue en jornada intramural (el tiempo de conservación no debe exceder los 28 días) y extramural los 8 días.						
833		Verificar cuadro de control de solicitud y aplicación de las vacunas solicitadas para usuarios a los que por su condición médica el especialista ordenó vacunar. Revisar que en las solicitudes realizadas de estas vacunas se adjuntaron los documentos establecidos en la Circular 01034-2020						
834		Llevar registro y contar con seguimiento de los Eventos supuestamente atribuibles a vacunación operacional y cumplir con el plan de mejoramiento propuesto.						
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OPERACIONAL								
835	Circular 00000689 del 2020; por el cual se emiten Acciones para la detección temprana, el control y la atención de eventos de interés en salud pública e intervención de brotes epidemiológicos en unidades militares.	Elaborar el perfil epidemiológico anual operacional de la unidad, para así formular estrategias de promoción y prevención, que permita mantener la integridad del personal. Verificar perfil epidemiológico(documento).						
836		Realizar capacitación en temas de Vigilancia en Salud Pública al personal asistencial que ingresa a la institución. Evaluar adherencia.						
837		Contar con el acto administrativo por el cual se conforman los equipos de respuesta inmediata, ante la ocurrencia de alertas, brotes, epidemias o potenciales ESPII o ESPIN						
838		Informar de manera oportuna a la DISAN los eventos de notificación que ameritan intervención de campo (Brotos) según lineamiento vigente, a través de Informes de Brotos epidemiológicos (informe de 24 horas, 72 horas y final de cierre). Verificar reporte.						
839		Contar con acta de capacitación al personal expuesto a los Brotos epidemiológicos, de acuerdo con el evento presentado.Evaluar y medir adherencia.						
840		Verificar el registro de la bitacora diaria, hasta el cierre, de cada uno de los casos de brotes registrados.						
841		Realizar unidad de análisis y plan de mejoramiento a los casos de mortalidad de eventos de interés en salud pública presentados en población militar activa, de acuerdo a la normatividad.						
G. CONTROL Y SEGUIMIENTO								
842	Directiva estructura de Sanidad 215-2021	Realizar seguimiento mensual a los indicadores de gestión de la regional, incluyendo sus satélites						
843		Realizar seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento sucritos con los diferentes entes de control interno y externo, que hayan realizado revistas y/o auditorías de cada sección de la DISAN						
844		Realizar revistas internas y capacitaciones internas en cada una de las áreas sobre temas específicos del área.						
845		Registrar los procedimientos de mejora continua implementados en cada area para facilitar el cumplimiento de la misión.						
H. SISTEMAS DE INFORMACIÓN								
846	Directiva estructura de Sanidad 215-2021	Verificar diariamente las novedades que se puedan presentar en el funcionamiento de la plataforma de SALUD.SIS						
847		Verificar el uso masivo de la plataforma SALUD.SIS en la totalidad de los módulos implementados.						
848		Verificar la utilización y actualización permanente de las bases de datos de las diferentes secciones de la DISAN y de las 12 regionales de Sanidad.						
849		Verificar que la utilización de las diferentes herramientas tecnológicas sea al usuario y clave asignados.						
850		Verificar el uso de la herramienta tecnológica del operador logístico de Medicamentos						
851		Verificar que las bases de datos de todos los programas asistenciales estén completas, cuentan con calidad del dato y están actualizadas. Incluye las cuentas de alto costo.						
852		Verificar el correcto diligenciamiento de las historias clínicas, tanto en sistema como manuales.						
Elaboró: Jefes de Area DISAN (Grado, nombres y apellidos)			Inspeccionados: (Grado, nombres y apellidos - Cargo)					
Consolidó: Lorena Matallana								
Revisó: Cr.Ana Ily Montoya Casas								

Lorena Matallana