

GOBERNACIÓN DEL HUILA



**ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 062-2019**

"Por la cual se impone una Medida Sanitaria de Seguridad a un Prestador de Servicios de Salud de conformidad con los fundamentos jurídicos establecidos en la Ley 715 de 2001, la Ley 9 de 1979, Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006 y Ley 1751 de 2015, Resolución 2003 de 2014"

**Lugar y fecha:** Neiva, Abril 25 de 2019.

**Ordenador de la visita:** Doctora Gloria Esperanza Araujo Coronado, Secretaria de Salud Departamental.

**Objeto de la Visita:** Verificar el cumplimiento de las Condiciones Técnico Administrativas, de Suficiencia Patrimonial y Financiera, y las Condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación de obligatorio cumplimiento por parte del Prestador denominado "**SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCION IPS S.A.S**".

**Procedimiento.** Esta visita se realiza de conformidad al numeral 4.1 de la Resolución 2003 de 2014 ". **Ejecución de la visita .** " En la reunión de apertura, se dio a conocer el objetivo de la visita, seguidamente se identificaron los miembros de la Comisión técnica de verificadores de la Secretaría de Salud Departamental del Huila encargados de realizar la visita y las personas responsables de atender la misma en las instalaciones del Prestador.

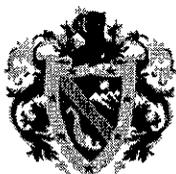
**Miembros de la Comisión Verificadora de la Secretaría de Salud Departamental del Huila:** Piedad Rojas García, María Paula Silva Lozano, Diana Carolina Bahamón Chavarro, Alexander Echavarría Losada, Liliana Luna Corrales, Leidy Cristina Sánchez Gómez, Lily Astudillo, Rosario del Pilar Ortiz M y Alejandra Mercedes Perdomo Cuellar.

**Personas responsables de atender la visita por parte del Prestador:** Jorge Mauricio Escobar López (Director Técnico) y Oscar de Jesús García Santa (Representante Legal)

<b>DATOS GENERALES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
NOMBRE:	<b>SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCION IPS S.A.S</b>
IDENTIFICACIÓN:	901057957-7
CLASE DE PRESTADOR	IPS
CODIGO DE PRESTADOR	4100101876-01
DIRECCIÓN	Carrera 11 No. 7-36
REPRESENTANTE LEGAL	Oscar de Jesús García Santa
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@semep.com.co
TELÉFONO	8718686
MUNICIPIO	Neiva
HORARIO DE ATENCIÓN	Lunes a Viernes 7:00-17.00 Sábados 7:00-11:00

Fuente de datos: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

<b>SERVICIOS HABILITADOS POR EL PRESTADOR ANTE EL REPS</b>					
CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	MDDALIDAD			COMPLEJIDAD
		INTRAMURAL		EXTRAMURAL	
		AMB	HOSP	OTRAS	
328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	BAJA
344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	BAJA
407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI	NO	NO	MEDIA
706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	BAJA
712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	BAJA
730	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR	SI	NO	NO	MEDIA



GOBERNACIÓN DEL HUILA



739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	BAJA
740	FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	NO	NO	BAJA

Fuente de datos. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

### INCUMPLIMIENTOS DEL PRESTADOR QUE AFECTAN LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LAS PERSONAS

En el desarrollo de la presente visita de verificación de condiciones de Habilitación, se evidenciaron los siguientes incumplimientos a las Normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y que afectan la salud individual y colectiva de las personas.

#### ESTÁNDAR TALENTO HUMANO

##### SERVICIO: PSICOLOGIA

**Criterio:** El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** La profesional en psicología Fanny Anabel Cortes López no se encuentra registrada ante el RETHUS, ni presentó la Resolución de autorización del ejercicio de la profesión.

##### SERVICIO: FONOAUDILOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE

**Criterio:** Cuenta con profesional de la salud, de acuerdo con los servicios que se oferten.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** La institución presentó la hoja de vida de la fonoaudióloga Alexandra León Silva, pero no presentó contrato, ni orden de prestación de servicios para la prestación de este servicio

#### Estándar INFRAESTRUCTURA

##### Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para Todos los Servicios

- ✓ Criterio: En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.
- ✓ Capítulo IX. Accesos, Áreas de Circulación, salidas y Señalización Artículo 27. aspectos generales:  
Áreas de circulación verticales con los siguientes requisitos mínimos: Escaleras: 1. Altura máxima vencida por tramo: 1.75 m. con un descanso entre tramos mínimo de 1.20 m. de profundidad 2. Altura libre mínima en todo su recorrido: 2.20 m 3. Altura de contrahuellas: entre 0.14 y 0.18 m. 4. Profundidad de huellas: entre 0.30 y 0.35 m. 5. Ancho mínimo en todo su recorrido: 1.20 m. 6. De material antideslizante en todo su recorrido. 7. Pasamanos de preferencia a ambos lados a: 0.90 m. de altura, que se prolongaran antes del inicio y al final, paralelos al piso: 0.30 m. de longitud. 8. Protecciones laterales hacia espacios libres.

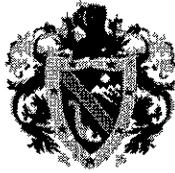
**Evidencia de incumplimiento a la norma:** Se evidencia que el prestador oferta sus servicios asistenciales en el primer y segundo piso de una infraestructura de dos (2) pisos y no cuenta con ascensor ni rampa. Además cuenta con un punto fijo para escaleras, las cuales no cumplen con las medidas mínimas normadas en el artículo 27 - aspectos generales, punto D – áreas de circulación verticales de la Resolución 4445 de 1996

#### ESTÁNDAR DOTACIÓN

##### Servicio: TODOS LOS SERVICIOS

**Criterio:** Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico – científico.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico – científico en los equipos biomédicos.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



**Criterio:** Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos ni calibración, no cuentan con inventario y cronograma; se evidencia que último mantenimiento realizado fue en el año 2016 según reportes de servicios encontrados en la carpeta, las hojas de vida de los equipos no están completas no se evidencia las especificaciones técnicas, la limpieza, los datos de adquisición e instalación de los equipos biomédicos. El audiómetro marca Oscill USB 310 en el cronograma y reportes de servicio se evidencia que pertenece a la sede de Ibagué. No cuentan con hojas de vida los equipos Agitador de Mazzini, centrífuga, 2 micropipetas y Espirometro.

**Criterio:** Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos.

#### **Estándar: PROCESOS PRIORITARIOS**

**Criterio:** Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

a Planeación estratégica de la seguridad

Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con el programa de seguridad del paciente acorde a los lineamientos exigidos, no cuentan con equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes.

**Criterio:** Fortalecimiento de la cultura institucional:

El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.

El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** No cuenta con programa de capacitaciones en el tema de seguridad del paciente.

**Criterio:** En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:

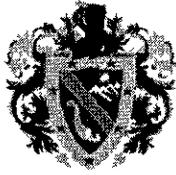
1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.
4. Después de contacto con el paciente.
5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente)

La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:

1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.
2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.

Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.

3. Uso y reúso de dispositivos médicos.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



4. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.
5. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.

Cuenta con protocolo de:

- 1 Limpieza y desinfección de áreas.
2. Superficies.
- 3 Manejo de ropa hospitalaria.
4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.

Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** No cuenta con protocolo de lavado de manos, de uso y reuso, bioseguridad institucional, descontaminación de derrames, custodia de pertenencia de usuarios, remisión de pacientes

**Criterio:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:

1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:
    - . Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
    - . Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** no cuenta con el programa y el personal no cuenta con el certificado de formación en atención integral en salud de víctimas

**Criterio:** d. Procesos seguros:

Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con procesos, procedimientos, guías y protocolos no son conocidos por el personal encargado, no presenta socialización ni actualización de éstos.

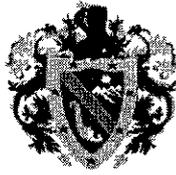
**Criterio:** Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:

- 1 Estabilización del paciente antes del traslado.
2. Medidas para el traslado.
3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:
  - a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.
  - b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.
  - c) Resumen de historia clínica.
4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).
- 5 Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.

**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con protocolo de referencia a la sede objeto de la visita.

#### **Estándar: HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS**

**Criterio:** Cuenta con un procedimiento de 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.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



**Evidencia de incumplimiento a la norma:** El prestador no cuenta con un procedimiento de consentimiento informado ni con un mecanismo para su verificación.

## **SERVICIO TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

### **ESTANDAR Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos**

Adicional a lo exigido en todos los servicios, cuenta con:

Los registros y soportes de la selección, adquisición, recepción técnica y administrativa, almacenamiento, manipulación, distribución, transporte y uso de los dispositivos médicos y/o reactivos de diagnóstico in-vitro, utilizados para la toma de muestras, además de tener el control de existencias a entradas, salidas y máximos y mínimos de todos los productos y fechas de vencimiento, cuando aplique.

**Evidencia de Incumplimiento a la norma:** No se evidencian Los registros y soportes de la selección, adquisición, recepción técnica y administrativa, almacenamiento, manipulación, distribución, transporte y uso de los dispositivos médicos y/o reactivos de diagnóstico in-vitro, No se evidencia control de existencias a entradas, salidas y máximos y mínimos de todos los productos y fechas de vencimiento.

En la Toma de Muestras se evidenciaron 44 tubos tapa roja vencidos. En la nevera del área de procesamiento se evidenciaron insumos y reactivos vencidos, cuya lista se adjunta en el informe.

### **ESTANDAR Procesos Prioritarios**

Cuenta con:

1. Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras.
2. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico
3. Manual de gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades, ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.
4. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas.

Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra

**Evidencia de Incumplimiento a la norma:** No se evidencio en el Formato de Toma de muestras la firma de la profesional responsable de la toma de muestras.

No se evidencia seguimiento diario a los riesgos inherentes a la toma de muestra.

No se evidencia protocolo de toma de muestras extramurales.

### **Estandar: Historia Clínica y Registros**

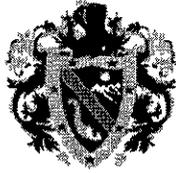
Cuenta con:

1. Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse que no se puedan modificar los datos.
2. Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico, si aplica.
3. Registro de entrega de las muestras al laboratorio clínico: debe especificar tanto la temperatura y hora de toma como de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que la entrega y quien la recibe.
4. Registro o copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.
5. Los resultados de los exámenes remitidos deben ser entregados al paciente con el nombre del laboratorio clínico y la persona que lo realizó.

Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.

Evidencia de Incumplimiento: No se evidencia los Registros diario de pacientes y exámenes solicitados. Existe una plantilla planilla diaria de lab. clínico pero sus registros son incompletos.

No se evidencia Registros de temperatura congelador, lugar destinado a guardar los controles de calidad, algunos se evidencian descongelados



GOBERNACIÓN DEL HUILA



No se evidencia Registro de entrega de las muestras al laboratorio clínico: debe especificar tanto la temperatura y hora de toma como de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que la entrega y quien la recibe

### **SERVICIO LABORATORIO CLINICO**

#### **ESTANDAR DOTACION**

Baja, mediana y alta complejidad:

Todos los laboratorios clínicos cuentan con equipos manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.

**Evidencia de Incumplimiento a la norma:** No se evidencian Termómetros para el Control de Temperatura de Congelador de Nevera de Insumos y Reactivos y Baño serológico.

#### **ESTANDAR: PROCESOS PRIORITARIOS**

Cuenta con:

1. Programa de control de calidad interno y externo y sus respectivos manuales
2. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas.
3. Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras.
4. Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.
5. Manuales de manejo y limpieza de equipos.
6. Manual de esterilización, si aplica.
7. Los manuales cuentan con un registro de la socialización de los mismos realizada a todo el personal, se revisan cada año y las actualizaciones están documentadas.
8. Manual de limpieza y desinfección del material que se utilice en el procesamiento de las muestras y/o de los elementos que se reutilicen.
9. Cuando el laboratorio cuente con servicio de toma de muestras, aplica lo de éste servicio.
10. Se reportan y se envían las muestras con resultados relacionados con patologías de obligatoria notificación al Laboratorio de Salud Pública, de acuerdo con las guías y protocolos de Vigilancia en Salud Pública.

**Evidencia de Incumplimiento a la norma:** No se evidencia Programa de control de calidad interno y externo y sus respectivos manuales.

No se evidencia Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas.

No se evidencia Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.

No se evidencia manuales que cuenten con un registro de la socialización de los mismos realizada a todo el personal.

#### **ESTANDAR: HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS**

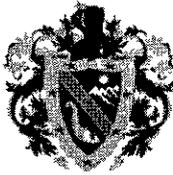
Adicional a lo exigido en toma de muestras, cuenta con:

1. Registro estadístico mensual, por sección y turno de pacientes, de exámenes ordenados y pruebas realizadas
2. Registro de validación de pruebas y ensayos
3. Formato de reporte de resultados.
4. Registro de control de calidad interno y externo.
5. Todos los registros y documentación del laboratorio clínico, incluyendo los resultados del control de calidad interno y externo, deben mantenerse en archivo de gestión un año y en archivo central durante el tiempo contemplado por la normatividad de historia clínica vigente.

Cuando el laboratorio clínico cuente con toma de muestras deberá cumplir lo relacionado con ese servicio.

**Evidencia de Incumplimiento a la norma:** No se evidencia Registro estadístico mensual, por sección y turno de pacientes, de exámenes ordenados y pruebas realizadas.

No se evidencia Registro de validación de pruebas y ensayos.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



No se evidencia Registro de control de calidad interno y externo. Durante la verificación se evidencio que hace más de un año no se han adquirido controles de calidad externo, lo que no garantiza la veracidad de los resultados.

## CONSIDERACIONES

Que en relación con las medidas sanitarias de seguridad, el artículo 2 5.1.7.5 del Decreto 780 de 2016, manifiesta que el incumplimiento de lo establecido en el Título SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el SOGCS y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

Que la Ley 9 de 1979, en el artículo 576 establece las Medidas de seguridad que pueden aplicarse con el objeto de proteger la salud pública: **"...Podrán aplicarse como medidas de seguridad encaminadas a proteger la salud pública, las siguientes ...Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial; la suspensión parcial o total de trabajos o de servicios; el decomiso de objetos y productos; la destrucción o desnaturalización de artículos o productos, si es el caso, y la congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto..."**. Así mismo expresa que estas medidas de seguridad, serán de inmediata ejecución, tendrán carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

Que de acuerdo al análisis presentado por la Comisión técnica de verificadores se establece que el Prestador denominado **"SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCION IPS S.A.S"**, identificado ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS con el código No. 4100101876-01, presenta incumplimientos de sus obligaciones frente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, establecidas en la Resolución 2003 de 2014 y Decreto 1011 de 2006 compilado por el Decreto 780 de 2016, hechos que han sido evidenciados el día 25 de abril de 2019 y que afectan la salud y seguridad de los usuarios de los servicios prestados por el referido Prestador. (Artículo 2.5.1 7.5 Decreto 780 de 2016).

## CONCLUSIÓN DE LA VISITA DE VERIFICACION DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN

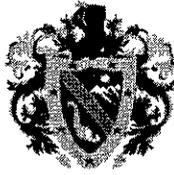
Que de conformidad con lo expuesto y dando cumplimiento al artículo 2.5.1.7.5 Decreto 780 de 2016, la Comisión técnica de verificadores de La Secretaría de Salud Departamental, que ejecuto la presente visita de verificación de condiciones de habilitacion, conceptúa favorablemente sobre la viabilidad de aplicar la **medida sanitaria de seguridad** consistente en:

**PRIMERO: ORDENAR** al Prestador de Servicios de Salud denominado **"SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCION IPS S.A.S"**, identificada con código de habilitación No 4100101876-01, **LA SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS EN LA SEDE OBJETO DE LA VISITA (MEDICINA GENERAL, PSICOLOGÍA, MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL, LABORATORIO CLÍNICO, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO, NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR, FISIOTERAPIA Y FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE), LA DESTRUCCIÓN O DESNATURALIZACIÓN DE LOS INSUMOS Y REACTIVOS VENCIDOS LISTADOS.**

**PARÁGRAFO.** La medida Sanitaria de Seguridad impuesta y notificada, se mantendrá durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de imposición de la medida o hasta que el Prestador subsane los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios, e implica la iniciación de un procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, contra el prestador.

**SEGUNDO.** Advertir al prestador que la inobservancia de la presente medida, le acarreará la agravación de las sanciones establecidas en la Ley 9 de 1979, así como el traslado de las actuaciones a las demás autoridades administrativas y judiciales, que por competencia deban conocer de dicha conducta.

**TERCERO.** Contra la presente determinación, no procede recurso alguno.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



Se procede a realizar la imposición de Sellos y se deja evidencia fotográfica de dicha actuación. Se hace entrega de este acto, al personal encargado de atender la visita.

Dada en Neiva (Huila), a los 25 días del mes de abril de 2019, firman la presente acta:

**Miembros de la Comisión Técnica de Verificadores de la Secretaría de Salud Departamental del Huila:**

Firma	Firma	Firma
Nombre: Piedad Rojas García	Nombre: Rosario Del Pilar Ortiz M.	Nombre: Liliana Luna Corrales
C.C.: 36.169.946	C.C.: 36.167.905	C.C.: 36182779
Cargo: Profesional Especializado	Cargo: Profesional Verificador de apoyo	Cargo: Profesional Verificador de apoyo
Firma	Firma	Firma
Nombre: Alexander Echavarría Losada	Nombre: Lily Johana Benavidez	Nombre: Alejandra Mercedes Perdomo Cuellar
C.C.: 12.277.486	C.C.: 1.082.773.014	C.C.: 33.751.112
Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional Verificador de apoyo	Cargo: Profesional de apoyo PAMEC
Firma	Firma	Firma
Nombre: María Paula Silva Lozano	Nombre: Diana Carolina Bahamón Chavarro	Nombre: Leidy Cristina Sánchez Gómez
C.C.: 1.075.231.196	C.C.: 36.309.222	C.C.: 53.008.185
Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional Verificador de apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo