REPRESENTANTE LEGAL No.12

Duitama, 09 de febrero de 2026

Señores:
ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS
GASTROLIFE SAS

Empiezo agradeciendo por estos 10 años de compromiso, altibajos, dudas y alegrías, satisfacciones y agradecimientos de todos los que han sido parte de la familia GASTROLIFE, desde quienes me apoyaron con la idea de su creación, como cada uno de los colaboradores, usuarios, contratistas, proveedores, aliados y visitantes que han contribuido con la consolidación y crecimiento de este bonito sueno de realidad y calidad en los servicios médicos de Boyacá y Colombia.
Cumplir con nuestra misión y propósito de generar relaciones de confianza, sigue siendo nuestro estandarte y pilar, porque entendemos que solo con ella, se construyen relaciones sólidas, ganar – ganar y de crecimiento para todos. La visión de ser el primer sitio de elección por los usuarios es ya una realidad y me hace sentir muy orgullosa del camino recorrido y de todos los que han elegido acompañarme en el proceso.
Me siento inmensamente bendecida, agradecida y honrada con esta misión y propósito de vida, por lo cual me siento responsable y comprometida a seguir fomentando la idea de salud como un derecho adquirido, que se construye con las decisiones diarias y por ende, depende cien por ciento de ellas.
El 2025 fue un año de muchas dinámicas de cambios, de nuevos procesos y entrenamiento de talento humano, lo cual permitió seleccionar y decantar al personal actual, para que los mejores seres humanos y profesionales, hicieran parte de lo que hoy es el centro médico. Hoy quiero reconocerlos y resaltar su labor, porque gracias a ellos seguimos construyendo y fortaleciendo las relaciones de confianza, equidad y amor, que son el corazón de los grupos de trabajo y el pilar de crecimiento de cualquier empresa.
Gracias Rosalba Solano Cuta, Wilson Yobany Mesa, Fanny Yolima Mogollón, Camilo Velásquez, Sebastián Forero, Laura Niño, Hugo Camargo, César García, Daniel Guevara, Paola Álvarez, Carlos Blanco, Sebastián Sotelo, Carlos Navarro, Luz Deimy Pastas, Mabel Vargas, Paula Jiménez, Danna Pire, Lucrecia García y Pilar Adriana Torres, por ser parte activa de la familia y creer en lo que hacemos. Gracias a mi familia: Papitos Víctor Manuel y Blanca Lilia; Hermanitos Iván Rodolfo y José Fernando, por su apoyo incondicional, su amor, consejos, buena energía y orientación en mi papel de directora y administradora de recursos. Gracias a mis amigos mágicos Pedro Saavedra, Sonia Niño, Patricia Hernández, Yazmín Cely, Wilson Mesa, quienes me escuchan en mis días de victimez y me llenan de fortaleza, orientan mi toma de decisiones y me apoyan incondicionalmente. Gracias infinitas a Dios, por ser mi compañero fiel, mi pilar, mi fortaleza, mi roca, mi sitio seguro, quien me abraza cuando estoy insegura, llena todos mis vacíos, me hace sentir completa, camina a mi lado siempre y me llena de berraquera para no rendirme. Gracias a los proveedores y aliados estratégicos, que creen en nosotros y con quienes crecemos juntos: Dina Luz, AVA Labzell, Descont, Edusca, Vinculamos, Javier Gómez, Alfa latina, Avances médicos, Medicah, Tecnologías médicas, Pharmaplus, Farmapos, Natural Care, Ricardo Gaviria, HEPTA, Gbarco, Fujifilm, LM, Olympus, Messer, Administración Edificio San Francisco, etc. Gracias a las aseguradoras Seguros Bolívar, Sura, Allianz, Colsanitas, Medisanitas, Colmédica, por creer en nosotros, ser claves aliados estratégicos para nuestra operación, permitirnos ser parte de su oferta de servicios para sus usuarios, por su cumplimiento, integridad, confianza, mientras crecemos juntos. A nuestros usuarios y clientes particulares, empresas de la región (Bavaria, Mineralex Ltda, Acerías Paz de Rio, Holcim, Argos, Empresa eléctrica Sochagota, etc.), mi más sincero agradecimiento por confiar en nuestro trabajo, servicio y misión, porque su acompañamiento y apoyo son fundamentales para el reconocimiento y crecimiento de la empresa.
De igual manera, quiero agradecer, reconocer y honrar a Hernando Kuan, mi socio fundador de GASTROLIFE SAS, a los colaboradores que han aportado bases vitales y cimientos para lo que hoy es la empresa: Jazmín Duarte, Esperanza Ruiz, Camilo Aguirre, Fredy Kuan, Diana Hernández (qepd), Ximena Alarcón, César Cardozo, César

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Daza, Lina Salas, Oscar Garzón, Luis Gerardo Vega, Mérida Gutiérrez, Yadira Viancha, Ruvi Marlen Diaz, Maribel Niño, Thania Rodríguez, Paola Pineda, Laura García, Juan José Guauque, Jaime Patiño, Germán Páez, Angie Reina, Sonia Becerra, Luisa Aranguren, Alejandro Santos, Leidy Fonseca, Yuly Andrea Fonseca, Paola Reyes, Janneth Cruz, Cristina Pérez y demás colaboradores, que independientemente si han estado horas, días, años, han dejado su energía y trabajo, impreso en las celulitas base de la organización, convirtiéndose en grandes maestros de aprendizaje y crecimiento para cada uno de los miembros de la empresa. Mil y mil gracias a todos y cada uno de ustedes. Les deseo que todo lo bonito y espectacular del mundo los persiga, los encuentre y se quede con cada uno de ustedes, que puedan reconocerlo, tomarlo y disfrutarlo. Que todo lo bueno y no tan bueno que nos desean, se transforme en felicidad, prosperidad, éxito y millones de bendiciones para todos. Amén, Amén, Amén.

INFORMES DE CADA ÁREA
1. DIRECCIÓN MÉDICA Y EJECUTIVA

En 2025 se registraron varias novedades en la plataforma del REPS, la cual presento fallas que ya lograron corregirse, en cuanto a los servicios, horarios y modalidades actuales con las que está funcionando el servicio médico. La importancia de la actualización de esta información es que es la base de la que parte la visita de habilitación que regularmente presta SESALUB, de la cual fuimos objeto en mayo de 2022. Se presenta la información vigente en la plataforma, la cual puede revisarse por cualquier ciudadano en el link https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ que ya trae por defecto el usuario y contraseña de invitado.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	301 -ANESTESIA	DHSS0221333
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0221334
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0221335
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0431857
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	367 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0221336
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0431858

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	SALAS	Procedimientos	1			0	

Adicionalmente se presenta el reporte a la fecha de que no se tienen sanciones ni medidas de seguridad generadas por las entidades de control.

MEDIDAS DE SEGURIDAD - Ley 9 de 1979 - Articulo 576

Servicio

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:23 a.m.)

Excel Word Texto ;

(0) registros encontrados.

SANCIONES - Ley 9 de 1979 - Articulo 577

Servicio

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:23 a.m.)

Excel Word Texto ;

(0) registros encontrados.

Se presentan los horarios, modalidades y características de los servicios actualmente habilitados en GASTROLIFE.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0221333

Servicio: 301-ANESTESIA

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	13:00A14:00		13:00A14:00			

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20190425 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:28 a.m.)

Excel | Word | Texto | ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	301 -ANESTESIA	DHSS0221333

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0221334

Servicio: 304-CIRUGÍA GENERAL

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			08:00A10:00			

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20180713 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:31 a.m.)

Excel | Word | Texto | ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0221334

1

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0221335

Servicio: 316-GASTROENTEROLOGÍA

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
11:30A12:30-14:00A16:00	10:00A12:00-14:00A16:00	11:30A12:30-14:00A16:00	10:00A12:00-14:00A16:00			

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20180713 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:30 a.m.)

Excel Word Texto ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0221335

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0431857

Servicio: 329-MEDICINA INTERNA

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
13:00A14:00		13:00A14:00		13:00A14:00		

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20220711 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:31 a.m.)

Excel Word Texto ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0431857

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Consulta Externa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0221336

Servicio: 367-CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	08:00A10:00					

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades

Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: MEDIANA

Fecha apertura del servicio: 20180713 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:32 a.m.)

Excel Word Texto ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	367 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0221336

Nombre de la Sede: CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS

SERVICIO

Grupo: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica — Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0431858

Servicio: 714-SERVICIO FARMACÉUTICO

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
08:00A16:00	08:00A16:00	08:00A16:00	08:00A16:00	08:00A16:00		

Intramural

Intramural
SI

Extramural

Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH
NO	NO	NO	

Modalidades

Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades:

Complejidad: BAJA

Fecha apertura del servicio: 20220711 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de febrero de 2026 (8:33 a.m.)

Excel Word Texto ;

(1) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	DUITAMA	1523802736	01	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE SAS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0431858

1

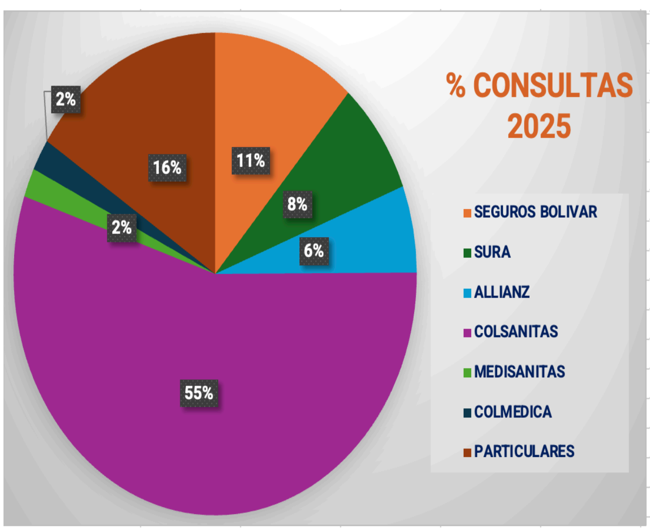
Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

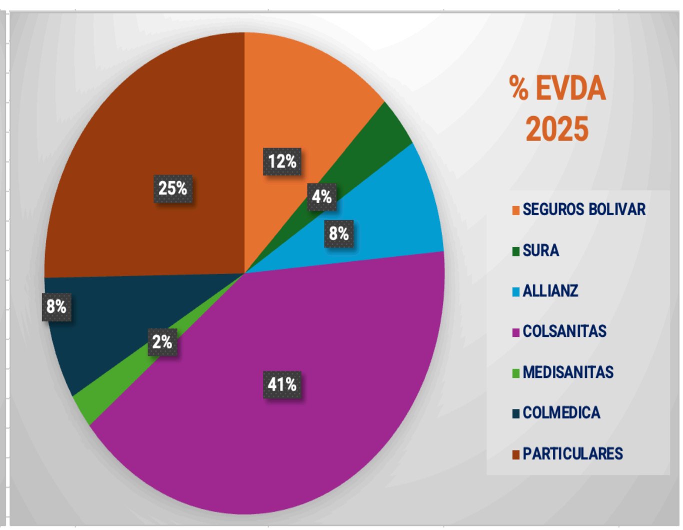
La venta de productos por parte del servicio farmacéutico se ha convertido en una interesante fuente de ingresos para la empresa, que le permite tener una caja menor autosostenible con los gastos del dia a dia, e incluso algunos mayores de compras y pagos de facturas, insumos y servicios. Se hace una rigurosa selección de los productos que se venden, buscando la mejor calidad y costo-efectividad para los usuarios y la empresa, siendo éticos y responsables en vender productos que funcionan y cumplen con lo que prometen.

El consolidado de atenciones generales se presenta en la siguiente gráfica, generándose en total 1504 atenciones en el 2025, respecto a 786 en el año 2023 y 1150 en el año 2024, lo cual se explica por la realización de procedimientos de fisiología digestiva y los nuevos no invasivos.

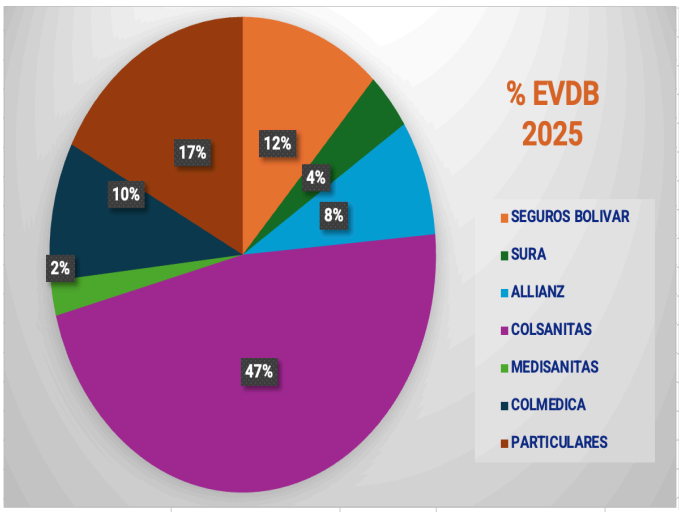
	CONSULTA				PROCEDIMIENTOS													ATENCIONES		
Periodo	CONSULTAS GASTROENTEROLOGIA	CONSULTAS ANESTESIOLOGIA	CONSULTA MEDICINA INTERNA	USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA	EVDA	COLONOSCOPIA - EVDB	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS ALTOS	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS BAJOS	PATOLOGIAS	TOTAL PROCEDIMIENTOS 2 NIVEL	MANOMETRIA ESOFAGICA	MANOMETRIA ANORECTAL	PHMETRIA	PRUEBA DE ALIENTO	ELASTOGRAFIA	ELECTROCARDIOGRAMA	TOTAL PROCEDIMIENTOS 1 NIVEL	USUARIOS ATENDIDOS EN PROCEDIMIENTOS	TOTAL USUARIOS SEDACION	TOTAL ATENCIONES
ENERO	29	1	2	32	6	6	2	0	0	14	0	0	4	3	0	14	21	35	14	67
FEBRERO	35	6	7	48	29	11	2	1	11	54	0	0	1	3	8	21	33	87	54	135
MARZO	44	10	5	59	18	13	0	0	5	36	7	0	7	4	0	16	34	70	36	129
ABRIL	41	3	1	45	14	14	2	4	4	38	9	0	9	6	6	10	40	78	38	123
MAYO	39	9	0	48	24	12	0	3	8	47	11	1	11	1	4	18	46	93	47	141
JUNIO	38	9	2	49	15	11	0	1	3	30	6	0	3	2	4	18	33	63	30	112
JULIO	60	4	0	64	26	15	1	5	11	58	8	4	8	6	3	17	46	104	58	168
AGOSTO	45	4	3	52	17	10	2	6	5	40	3	0	6	5	4	14	32	72	40	124
SEPTIEMBRE	50	7	3	60	18	12	1	2	5	38	9	0	5	6	12	21	53	91	38	151
OCTUBRE	54	3	7	64	23	10	1	2	6	42	2	2	2	7	5	19	37	79	42	143
NOVIEMBRE	39	2	5	46	8	7	0	2	4	21	9	1	7	6	2	11	36	57	21	103
DICIEMBRE	41	6	0	47	15	6	0	3	7	31	5	1	7	3	7	7	30	61	31	108
TOTAL	515	64	35	614	213	127	11	29	69	449	69	9	70	52	55	186	441	890	449	1504

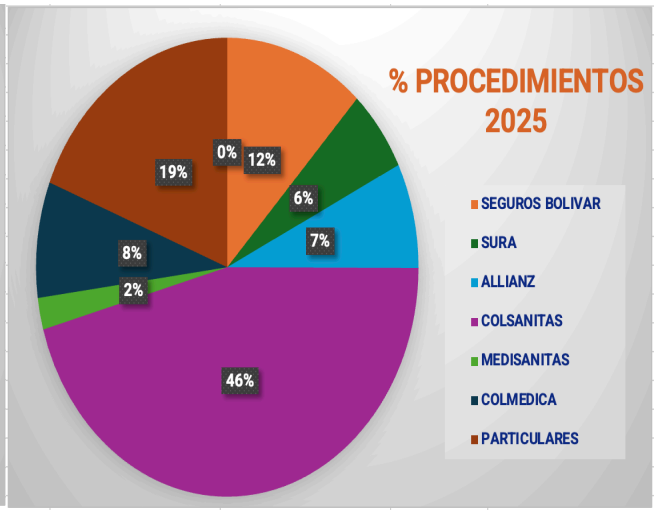
Nuestro aliado estratégico con el mayor número de usuarios y atenciones generadas en el 2025 fue Colsanitas, seguida proporcionalmente de los particulares y Seguros Bolívar.



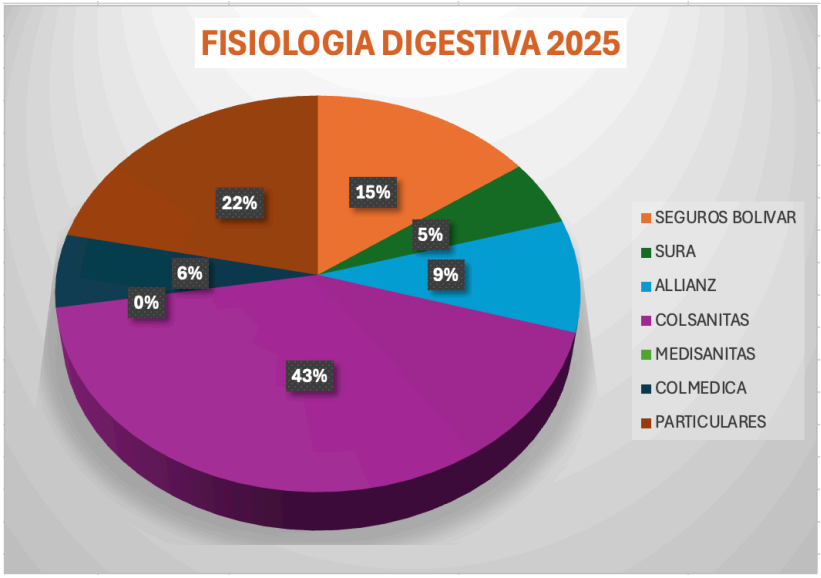


Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita





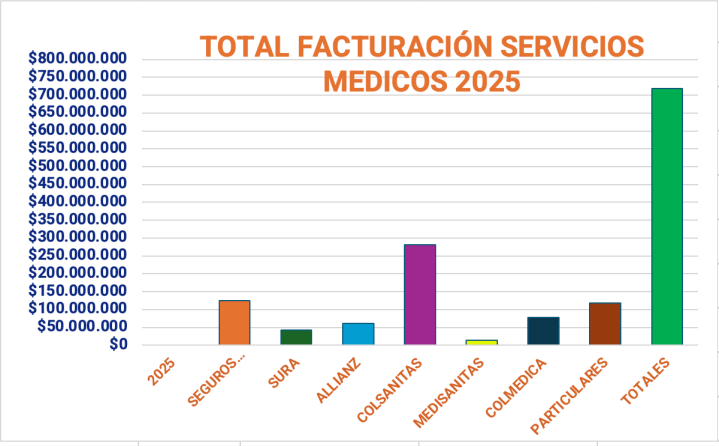
El aumento en la realización de procedimientos de fisiología digestiva ha correspondido con la inversión generada en la compra de insumos y equipos, capacitaciones, entrenamiento del personal y demás infraestructura requerida para su realización. Actualmente somos el único centro en la región que los realiza, bajo los más altos estándares de calidad, seguridad y claridad de las indicaciones, lectura de los estudios y orientación de los usuarios sobre las implicaciones de los resultados y ajustes de las terapias médicas y farmacológicas en cada caso particular. El panorama local de la enfermedad por reflujo gastroesofágico viene aclarándose, porque estos estudios permiten generar un mapa personalizado de riesgo y situación para brindarle a cada caso, el manejo individualizado que requiere.



Transversal 29 9-78 Local 201 Duitama, Boyacá; Celular: 3229437961- 3041201843; Email: citas@gastrolife.com.co; página web: www.gastrolife.com.co

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Se genero aumento en la facturación respecto a años anteriores, como también se expone más adelante con los indicadores y estados financieros, mostrando consolidación y crecimiento empresarial.
En la gráfica y tabla se exponen los valores de atenciones médicas, se excluyen los medicamentos y otros servicios no relacionados.



% REPRESENTACIÓN FACTURACIÓN 2025		
SEGUROS BOLIVAR	17,47	83,64
SURA	5,92	
ALLIANZ	8,55	
COLSANITAS	39,06	
MEDISANITAS	1,95	
COLMEDICA	10,70	
PARTICULARES	16,36	16,36
TOTAL FACTURACIÓN		100

El manejo de redes sociales y campañas publicitarias, siguen bajo la dirección de Camilo Velásquez. Se decidió suspender la colaboración con Macarena Silva, de la empresa Valis Media y el uso de plataformas como Active Campaign y Leadpages. Se actualizo la página web en Word press con el contenido de calidad y financiero solicitado por los entes de control, al igual que la informacion de servicios institucionales, plataforma estratégica y canales de comunicación, en cumplimiento del programa de participación social.
El link de la pagina web es www.gastrolife.com.co.

En cumplimiento con la normatividad de facturación electrónica y la integración con el FEV-RIPS según la resolución 2275 del 2023, que es la norma principal que define la integración del RIPS con la FEV, (factura electrónica de venta) los formatos JSON y los anexos técnicos; y la Resolución 1884 de 2024 que establece el cronograma de implementación gradual para el nuevo Mecanismo Único de Validación (MUV) con el Ministerio de Salud colombiano, se adquiere la plataforma Medifolios para la integración de la historia clínica y documentos institucionales, al igual que la facturación electrónica para cumplir con lo anterior.
Los resultados de su implementación generaron importantes ahorros en tiempos administrativos, por la integración de todos los formatos asistenciales de preparaciones, consentimientos informados, formatos de control y verificación, generación de informes y fórmulas médicas, con la ventaja del envío electrónico de los mismos a los usuarios y la generación de copias documentales, como parte del manejo y custodia de las historias clínicas (backup institucional). Además, la generación de facturación electrónica, con el concomitante enlace y validación con la DIAN, al igual que la realización electrónica de RIPS en formato JSON, que permite la validación electrónica CUV con el ministerio de salud, ha optimizado los procesos de facturación institucionales, lo cual permite realizar radicaciones a tiempo de las atenciones generadas a nuestro aliados estratégicos, lo cual genera cumplimiento en los pagos y flujo de caja para las obligaciones institucionales.

Lo anterior viene generando disminución en los costos de papelería, tintas e impresoras, contribuyendo con la disminución de la huella de carbono institucional, menor generación de residuos de este tipo, contribuyendo con las políticas de cuidado ambiental y el compromiso sanitario con el planeta y nuestro futuro.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Con lo anterior, se abre la puerta a la propuesta gubernamental de unificación de la historia clínica, proceso que ya se viene adelantando al nivel nacional y por supuesto en la institución.

2. TALENTO HUMANO

El 2025 empezó con cambios a nivel del talento humando, dado que el personal de base administrativo y asistencial decidió tomar rumbos diferentes fuera de la organización. Eso genero un gran recambio y generación de varios procesos de inducción, capacitaciones y formaciones, algunas fallidas, que lograron consolidarse finalmente hacia el mes de septiembre, con la estabilización del equipo de trabajo actual.
Cuando se logró, se continuo el trabajo documental de actualización y nueva codificación de los documentos institucionales, con la revisión acelerada de procesos asistenciales y de calidad, para cumplir con las visitas de farmacovigilancia, seguridad del paciente, seguridad ambiental y sanitaria, a la vez que se cumplía con lo propuesto en el PAMEC, programa de participación social y SGSST.
Las nuevas integrantes del equipo de trabajo, Mabel, Luz Deimy y Paula, son neófitas en temas administrativos asistenciales y de calidad, por lo cual parte de la proyección del 2026 es fomentar la apropiación del conocimiento en estas áreas y fortalecimiento de las información base, para la realización de los procesos institucionales.
Rosalba Solano asumió el papel dual de Asesora de SGSST y Calidad, sin embargo, aunque se cumplieron con los objetivos propuestos en 2025, ella decidió continuar solo en el área de asesoría de SGSST para el 2026, por nuevos compromisos académicos y laborales.
Maribel Niño, quien ya nos había acompañado en 2022, vuelve a la familia, con una auditoria completa de los procesos institucionales para reestadificar nuestra autoevaluación PAMEC, con base en las observaciones del personal de SESALUB en la visita de seguridad del paciente de noviembre 2025 y orientar la dinámica institucional al entrenamiento y apropiación de la información requerida por todo el personal asistencial y administrativo, para prestar los servicios de alta calidad que estamos comprometidos a brindar.

3. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SGSST

Rosalba Solano, Especialista en el Área de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SGSST, es la responsable de la actualización, dirección, implementación y seguimiento del programa, junto a la ARL Positiva.
No se presentaron accidentes o eventos de enfermedad laboral. Los cronogramas de capacitaciones se cumplieron al 100%. Los exámenes médicos periódicos se realizaron en enero de 2025 y dado el alto recambio del talento humano, es política institucional la realización previa a la contratación del examen de ingreso y generar la correspondiente invitación al personal, para el examen de egreso.
Las hojas de vida y cumplimiento de los requerimientos normativos para cada cargo se verificaron y actualizan con cada vigencia, con la correspondiente semaforización de los vencimientos de pólizas, cursos de obligatorio cumplimiento y demás requisitos del talento humano, requeridos por la normatividad.
Se adjuntan resultados de autoevaluación de cumplimiento de estándares mínimos, de la vigencia 2025, presentado a ARL Positiva y Mintrabajo, donde se evidencia cumplimiento del 100% de los estándares.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

GASTROLIFE S.A.S. NIT 900.904.346-8

Razón social: GASTROLIFE S.A.S - Nit: 900904346
ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ONCOLOGIA PERITONEAL, CIRUGÍA GENERAL Y GASTROINTESTINAL, COACHING EN SALUD
ACTA DE SEGUIMIENTO CIERRE SG-SST
Vigencia: 2025
Fecha de Elaboración: 19/12/2025

TABLA DE VALORES Y CALIFICACIÓN

CICLO	ESTÁNDAR		ÍTEM DEL ESTÁNDAR	VALOR DEL ÍTEM DEL ESTÁNDAR	PESO PORCENTUAL	PUNTAJE POSIBLE: CUMPLE TOTALMENTE	PUNTAJE POSIBLE: NO CUMPLE	PUNTAJE POSIBLE: NO APLICA	CALIFICACIÓN DE LA EMPRESA O CONTRATANTE
PLANEAR	1 RECURSOS (10%)	Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). (4%)	1.1.1. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	0,5	4	x			4
			1.1.2 Responsabilidades en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST	0,5				x	
			1.1.3 Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST	0,5				x	
			1.1.4 Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales	0,5		x			
			1.1.5 Pago de pensión trabajadores alto riesgo	0,5				x	
			1.1.6 Conformación COPASST	0,5				x	
			1.1.7 Capacitación COPASST	0,5				x	
			1.1.8 Conformación Comité de Convivencia	0,5				x	
		Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. (6%)	1.2.1 Programa Capacitación promoción y prevención PYP	2	6	x			6
			1.2.2 Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP	2				x	
			1.2.3 Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST con curso virtual de 50 horas	2				x	
	INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (1%)	2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST firmada, fechada y comunicada al COPASST	1	1			x	1
		Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (1%)	2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG-SST	1	1			x	1
		Evaluación inicial del SG – SST (1%)	2.3.1 Evaluación e identificación de prioridades	1	1			x	1
		Plan Anual de Trabajo (2%)	2.4.1 Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado	2	2	x			2
		Conservación de la documentación (2%)	2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	2	2			x	2
		Rendición de cuentas (1%)	2.6.1 Rendición sobre el desempeño	1	1			x	1
		Normatividad nacional vigente y aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo. (2%)	2.7.1 Matriz legal	2	2			x	2
		Comunicación (1%)	2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1	1			x	1
		Adquisiciones (1%)	2.9.1 Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1	1			x	1
	2 GESTIÓN I	Contratación (2%)	2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratistas	2	2			x	2
		Gestión del cambio (1%)	2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1	1			x	1
HACER	3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	Condiciones de salud en el trabajo (9%)	3.1.1 Descripción sociodemográfica y diagnóstico de condiciones de salud	1	9			x	9
			3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud	1				x	
			3.1.3 Información al médico de los perfiles de cargo	1				x	
			3.1.4 Realización de Evaluaciones Médicas Ocupacionales -Peligros- Periodicidad- Comunicación al Trabajador.	1		x			
			3.1.5 Custodia de Historias Clínicas	1				x	
			3.1.6 Restricciones y recomendaciones médico laborales	1				x	
			3.1.7 Estilos de vida y entornos saludables (controles tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y otros)	1				x	
			3.1.8 Agua potable, servicios sanitarios y disposición de basuras	1				x	
			3.1.9 Eliminación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos	1				x	
		Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo (5%)	3.2.1 Reporte de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo	2	5			x	5
			3.2.2 Investigación de Accidentes, Incidentes y Enfermedad Laboral	2				x	
			3.2.3 Registro y análisis estadístico de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	1				x	
		Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores (6%)	3.3.1 Medición de la frecuencia de la accidentalidad	1	6			x	6
			3.3.2 Medición de la severidad de la accidentalidad	1				x	
			3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidente de Trabajo	1				x	
			3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	1				x	
			3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	1				x	
			3.3.6 Medición del ausentismo por causa médica	1				x	
	OS (30%)	Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (15%)	4.1.1 Metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4	15			x	15
			4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa	4		x			
			4.1.3 Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda	3				x	
			4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos	4				x	
	4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESG	Medidas de prevención y control para intervenir los peligros /riesgos (15%)	4.2.1 Implementación de medidas de prevención y control de peligros/riesgos identificados.	2,5	15	x			15
			4.2.2 Verificación de aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores	2,5				x	
			4.2.3 Elaboración de procedimientos, instructivos, fichas, protocolos	2,5				x	
			4.2.4 Realización de inspecciones sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos con la participación del COPASST	2,5				x	
			4.2.5 Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas	2,5				x	
			4.2.6 Entrega de Elementos de Protección Personal EPP, se verifica con contratistas y subcontratistas	2,5				x	
	5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (10%)	5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención y Preparación ante emergencias	5	10			x	10
			5.1.2 Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada	5				x	
VERIFICAR	6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	Gestión y resultados del SG-SST. (5%)	6.1.1 Definición de indicadores del SG-SST de acuerdo con las condiciones de la empresa	1,25	5			x	5
			6.1.2 Las empresa adelanta auditoría por lo menos una vez al año	1,25				x	
			6.1.3 Revisión anual por la alta dirección, resultados y alcance de la auditoría	1,25				x	
			6.1.4 Planificar auditoría con el COPASST	1,25				x	
ACTUAR	7 MEJORAMIENTO (10%)	Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST. (10%)	7.1.1 Definir acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST	2,5	10			x	10
			7.1.2 Acciones de mejora conforme a revisión de la alta dirección	2,5				x	
			7.1.3 Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	2,5				x	
			7.1.4 Elaboración Plan de Mejoramiento e implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL	2,5				x	
TOTALES					100				100

*Cuando se cumple con el ítem del estándar la calificación será la máxima del respectivo ítem, de lo contrario su calificación será igual a cero (0). Si el estándar No Aplica, se deberá justificar tal situación y se calificará con el porcentaje máximo del ítem indicado para cada estándar. En caso de no justificarse, la calificación del estándar será igual a cero (0)

SSTEI presente formulario es documento público, no se debe consignar hechos o manifestaciones falsas y está sujeta a las sanciones establecidas en los artículos 288 y 294 de la Ley 599 de 2000(Código Penal Colombiano).

FIRMA DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN SG- SST

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **GASTROLIFE S.A.S** identificada con **NI 900904346**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2025** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme al capítulo **I** de la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **100%**, **ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **19/12/2025**

Número de Consecutivo: **181322**

Está pendiente la apertura de la plataforma del Ministerio del Trabajo para subir el informe de cumplimiento de estándares mínimos del SGSST.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Se obtiene certificación por participar en el simulacro nacional de respuesta a emergencias, donde se pone aprueba el plan y evacuación institucional, se capacita al personal sobre los pasos a seguir, se ajustan los procesos y se hace corrección de los errores cometidos.

Se realiza la correspondiente auditoria y revisión de condiciones de seguridad institucionales por Bomberos y se expide el certificado correspondiente.
Los procesos de registro, verificación y diligenciamiento del uso y retiro de elementos de protección personal, realización de pausas activas y entrega de dotaciones, se generaron según la normatividad actual, concientizando a los colaboradores de la importancia del autocuidado y bioseguridad como pilar fundamental del trabajo diario.
De igual manera se insiste en la apropiación y uso regular de las S de ética y desempeño laboral: Selección, Organización, Limpieza, Generación de hábitos positivos y Disciplina para mantenerlos.

4. CALIDAD

Con mucha satisfacción y trabajo duro, se logró completar la actualización documental y nueva codificación de los documentos institucionales. Sin embargo, dada la revisión de la auditoria de calidad actual por Maribel Niño y con base en los resultados de la nueva autoevaluación institucional de procesos, estamos claros y abiertos para generar los cambios adicionales que se requieran para cumplir de manera organizada con el programa de mejoramiento institucional, que más allá del PAMEC, busca que se genere conciencia y autobservación de los procesos, para priorizar la seguridad en la atención, que va de la mano con la calidad y claridad de los para que y como de cada una de las labores institucionales.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Se realiza cumplimiento de los estudios de vertimientos y caracterización de aguas residuales solicitado por Empoduitama, confirmando el cumplimiento de nuestros procesos de vertimientos al alcantarillado, sin generar contaminación toxica secundaria a esas fuentes de agua.

ANALIZAR LABORATORIO FISICOQUIMICO LTDA
MONITOREO Y CONSULTORIA
NIT. 826.000.346-1

Duitama, 2025/08/15

INFORME DE RESULTADOS DE ENSAYOS
AG40393 - 25

IDENTIFICACIÓN

Solicitante: **GASTROLIFE SAS**
Dirección: Cr 70 C 55 21 Ap 102 Bogotá
Ensayo Realizado: Fisicoquímico
Tipo de Agua: Residual No Doméstica
Sitio de Muestreo: Edificio San Francisco - Parqueadero Duitama
Punto de Toma: Tubo Salida de Vertimiento
Tipo de Muestreo: Compuesto
Fecha y Hora de Muestreo: 2025/07/23 08:00 AL 23/07/2025 12:00
Recolectada por: Analizar LTDA
Fecha y Hora de Recepción: 2025/07/23 14:32
Objeto: Caracterizacion
Condición de Recepción: Refrigerada
Fecha ejecución análisis: De 2025/07/23 a 2025/08/04 Plan De Muestreo 0129-25

	DESCRIPCION	EXPRESIÓN	VALOR OBTENIDO	VALOR MAX. ACEPTABLE	FECHA ANALISIS	METODO
	ANALISIS EN CAMPO (A) **(1)**					
	ANÁLISIS EN LABORATORIO					
	DQO Total (A)	mg/L	392	300,00	25/07/24	SM 5220 D
	DBO$_5$ Total (A)	mg/L	279	225,00	25/07/24	SM 5210 B, SM 4500- O G
	Sólidos suspendidos totales (A)	mg/L	90	75,00	25/07/23	SM 2540 D
	Sólidos sedimentables (A)	mL/L	1,2	7,50	25/07/23	SM 2540 F
	Grasas y Aceites (A)	mg/L	42	15,00	25/07/24	SM 5520 B
	Fenoles Totales (A)	mg/L	0,081	0,20	25/07/25	SM 5530 B, D
	Detergentes : Surfactantes Aniónicos (S.A.A.M) (A)	mg/L	11,40	N.E.	25/07/24	SM 5540 C
	Ortofosfatos (A)	mg P-PO$_4$ /L	1,971	N.E.	25/07/23	SM 4500 P-B 1, D
	Fósforo Total (A)	mg P - PO$_4$/L	12,53	N.E.	25/07/23	SM 4500-P B 5, D
	Nitratos - N (A)	mg NO$_3$-N/L	<0,35	N.E.	25/07/23	Rodier/7.38.1
	Nitritos - N (A)	mg NO$_2$-N/L	<0,020	N.E.	25/07/23	SM 4500-NO$_2$- B
	Nitrógeno Amoniacal (A)	mg N- NH$_3$/L	6,22	N.E.	25/07/24	SM 4500 NH$_3$ B, C
	Nitrogeno Total (A)	mg/L	20,91	N.E.	25/07/24	Rodier/9,6 Cálculo
*	Cianuro Total (A)	mg CN/L	<0,10	0,50	25/08/04	SM 4500-CN - B,C,F
*	Cadmio total (A)	mg Cd/L	<0,0030	0,05	25/08/01	SM 3030 K,EPA 200.8 ICP/MS
*	Cromo total (A)	mg Cr/L	0,0032	0,50	25/08/01	SM 3030 K, EPA 200.8 ICP/MS
*	Mercurio Total (A)	mg Hg/L	<0,0003	0,01	25/08/01	SM 3030 K,EPA 200.8 ICP/MS
*	Plata Total (A)	mg Ag/L	0,004	N.E.	25/08/01	SM 3030 K,EPA 200.8 ICP/MS
*	Plomo Total (A)	mg Pb/L	<0,0030	0,10	25/08/01	SM 3030 K EPA 200.8 ICP/MS
	Acidez Total (A)	mg CaCO$_3$/L	94,00	N.E.	25/07/23	SM 2310 B
	Alcalinidad Total (A)	mg CaCO$_3$/L	200	N.E.	25/07/23	SM 2320 B
	Dureza Cálcica (A)	mg CaCO$_3$/L	7,20	N.E.	25/07/23	SM 3500-Ca B
	Dureza Total (A)	mg CaCO$_3$/L	10,90	N.E.	25/07/23	SM 2340 C
	Color real (Verdadero) (A)					

Fecha: 15/08/2025 03:18:08 p.m. GT-INF-01/F.R:Febrero-24/v.1.2 | PAGINA: 1 DE 3
Carrera 33 N° 16 - 27 Duitama | Cel: 3138150403 - 3126655127 | E-mail: dtanalizar@gmail.com. analizarlabgerencia@gmail.com. secretarianalizar@gmail.com

ANALIZAR LABORATORIO FISICOQUIMICO LTDA
MONITOREO Y CONSULTORIA
NIT. 826.000.346-1

INFORME DE RESULTADOS DE ENSAYOS
AG40393 - 25

λ(1)= 436 nm	m^{-1}	11,6	N.E.	25/07/23	ISO 7887:2011/B
λ(2)= 525 nm	m^{-1}	8,2	N.E.	25/07/23	ISO 7887:2011/B
λ(3)= 620 nm	m^{-1}	>4,0	N.E.	25/07/23	ISO 7887:2011/B
FIN DE LOS ENSAYOS					

NE= No Establecido (A)– Acreditado SM–Métodos enunciados referenciados en el *Standard Methods 2017 edition*
* Variables Subcontratadas ; Condiciones Ambientales :Soleado. **NE = No Establecido**
LCM = Limite de Cuantificación del Método

OBSERVACIONES:

Nota: Valor Neto Color real λ(3)= 620 nm: 8,7 m^{-1} **(1):** Ver formato GT-AG-02: Registro de análisis en campo, muestreo compuesto.

En los monitoreos compuestos, los resultados de las variables analíticas de tipo puntual que por su corto tiempo de vida se ejecutan en campo simultáneamente con la toma de cada muestra simple se reportan en las respectivas planillas de análisis en campo junto con la correspondiente gráfica de tendencia donde se puede observar el comportamiento de cada variable durante el monitoreo. A este informe de resultados se adjuntan los siguientes soportes:

Anexo 1. *Copia de soportes de toma de datos de campo*
Anexo 2. *Gráficas de tendencia de datos de campo*
Anexo 3. *Registro Fotográfico de trabajo de campo*
Anexo 4. *Copia de informes de resultados de laboratorios subcontratados*
Anexo 5. *Copia de resolución de acreditación de Analizar Ltda.*
Anexo 6. *Copia de resolución de acreditación de laboratorios subcontratados*

Las variables fisicoquímicas caracterizadas se encuentran dentro de los valores máximos aceptables, establecidos acorde con lo descrito en los articulos 14 y 16 de la Resolución 0631 del 17 de Marzo de 2015, sobre normas de Vertimiento de Actividades de Atención a la Salud Humana (Atención Medica Con y Sin Internación) a Alcantarillado, excepto, DQO, DBO$_5$. Sólidos suspendidos totales, Grasas y Aceites. *Para la declaración de conformidad se aplicó la regla de decisión de aceptación simple acorde con el numeral 4.2.1. de la Guía ILAC G8:09/2019., en la que se establece que un resultado es conforme cuando el valor obtenido incluyendo la incertidumbre de medición asociada al mismo, se encuentre dentro de los limites de aceptación de la especificación acordada o en caso contrario de rechazarlo (no conforme); y en caso que el resultado se encuentre en el limite establecido por la norma de referencia, se determina que el riesgo de que este fuera del limite de tolerancia es del 50%.* El muestreo se realizó acorde con el protocolo interno de trabajo de campo PT- TF-AG-01 que tiene como referente el protocolo de monitoreo y seguimiento del agua 2021 del IDEAM. Los resultados analiticos del presente informe se obtuvieron siguiendo los métodos anunciados, mediante procedimientos internos del Sistema de calidad y corresponden exclusivamente a la muestra ***recolectada por personal de Analizar Ltda***. Sólo es valido éste informe con membretes oficiales de Analizar Ltda. y con las firmas digitales autorizadas. Este informe no se puede reproducir parcialmente, salvo previa autorización escrita del Laboratorio. Analizar Ltda, esta acreditado por el IDEAM (Norma ISO/IEC (17025:2017) según la Resolución de Seguimiento y Extensión 1027 (2024/09/24). Las variables acreditadas se pueden consultar en: www.ideam.gov.co. *Versión Informe: 1.0*

QCA. LAURA JOHEL CAMARGO LOPEZ
ANALISTA FISICOQUÍMICA
T.P. N° PQ-08777 C.P.Q.
Analizó

QCA. LADY CRISTANCHO
COORDINADORA LABORATORIO
T.P. N° PQ-07684 C.P.Q.
Revisó

Fecha: 15/08/2025 03:18:08 p.m. GT-INF-01/F.R:Febrero-24/v.1.2 | PAGINA: 2 DE 3
Carrera 33 N° 16 - 27 Duitama | Cel: 3138150403 - 3126655127 | E-mail: dtanalizar@gmail.com. analizarlabgerencia@gmail.com. secretarianalizar@gmail.com

Empoduitama genera la correspondiente certificación de cumplimiento por el proceso generado.

empoduitama	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	FORMATO COMUNICACION EXTERNA
	PROCESO: GESTION DE LAS TIC´s	CÓDIGO: F-TIC-17 / VERSIÓN: 1
		FECHA: 02-08-2024 / PÁGINA: 1 DE 1

300-037

Duitama, 26 de enero de 2026

Señores
CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE S.A.S.
direccionmedica@gastrolife.com.co

Asunto: Respuesta Caracterización de vertimientos al alcantarillado público – Rad. 50133

Reciba un cordial saludo en nombre de la EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE DUITAMA – EMPODUITAMA S.A. E.S.P.; según el asunto de referencia nos permitimos informar que según lo estipulado en el artículo 2.2.3.3.4.18 del decreto 1076 de 2015, EMPODUITAMA S.A. E.S.P. como prestador del servicio deberá solicitar a los suscriptores y/o usuarios en cuyos predios o inmuebles presta el servicio público domiciliario de alcantarillado de tipo industrial, comercial, oficial y especial, la caracterización de vertimientos y el cumplimiento de la normatividad aplicable vigente.

El usuario **CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO GASTROLIFE S.A.S.** presentó caracterización de vertimientos generado por su actividad económica a través de oficio enviado el día 19 de agosto de 2025 a la empresa con radicado 50133; teniendo en cuenta a lo anterior y al realizar el análisis de los resultados emitidos por Analizar Laboratorio Fisicoquímico LTDA, se evidencia C***UMPLIMIENTO*** en los parámetros analizados con base en lo determinado en la resolución 0631 de 2015 "Por la cual se establecen los parámetros y los valores máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de agua superficiales y a los sistemas de alcantarillado público".

Por lo anterior, se expide certificación por parte de la empresa de servicios públicos domiciliarios EMPODUITAMA S.A. E.S.P.

Cordialmente,

ANGIE LORENA REYES REYES
Subgerente Técnica Operativa
radicacion@empoduitama.com

Elaboró: Mónica Alexandra Corredor. Prof. Apoyo Planeación
Revisó: Angie Lorena Reyes. Subgerente Técnica Operativa

EMPODUITAMA S.A. E.S.P. TEL. 608 7602711
EDIFICIO MULTICENTRO TEL. 608 7604400
DUITAMA COLOMBIA FAX. 608 7605304
CALLE 16 14-68 PISO 5

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Respecto a los residuos RESPEL y dado que en la visita de SESALUD ambiental Duitama, se nos informó que ya no se iba a realizar seguimiento de los indicadores por parte de ellos, se elevó una consulta a Corpoboyacá, para determinar el paso a seguir con ello.
En su respuesta, que anexo, se nos informa que mientras seamos microgeneradores, es decir menos de 10kg mes de residuos peligrosos mensual, no es necesario el seguimiento por la Corporación. Nos invitan a seguir haciendo el diligenciamiento de RH1 y mantener la adecuada gestión de residuos como corresponde a la norma.

Corpoboyacá

República de Colombia
Corporación Autónoma Regional de Boyacá
Subdirección de Ecosistemas y Gestión Ambiental

160- 11825

Tunja, 20 JUN 2025

Señora
PILAR ADRIANA TORRES MESA
Directora Médica y Ejecutiva
Centro Médico Especializado
GASTROLIFE SAS
Duitama, Boyacá
Correo: glmanager7@gmail.com - gloperativa@gmail.com

Asunto: Respuesta a radicado No. 017059 del 16 de junio de 2025. Solicitud de información sobre reporte de micro generadores RESPEL.

Respetada Señora Pilar:

En atención al radicado del asunto, en la cual solicita información sobre reporte de micro generadores RESPEL, me permito precisar lo siguiente:

El Decreto 1076 del 26 de mayo de 2015 y la Resolución 1362 de 2007, establece que todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que desarrollen cualquier tipo de actividad que genere **RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS**, deberán solicitar inscripción en el Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos, mediante comunicación escrita dirigida a la autoridad ambiental de acuerdo a las categorías y plazos establecidos en el Artículo 28º del Decreto 4741 de 2005.

Aunado a lo anterior, el artículo 2.2.6.1.6.2. del Decreto 1076 de 2015, establece:

De la Inscripción en el Registro de Generadores. *Los generadores de residuos o desechos peligrosos están obligados a inscribirse en el Registro de Generadores de la autoridad ambiental competente de su jurisdicción, teniendo en cuenta las siguientes categorías*

- Categorías:

a) Gran Generador. Persona que genera residuos o desechos peligrosos en una cantidad igual o mayor a 1,000.0 kg/mes calendario considerando los períodos de tiempo de generación del residuo y llevando promedios ponderados y media móvil de los últimos seis (6) meses de las cantidades pesadas;

Carrera 2A Este No. 53-136 / Tunja Boyacá / Líneas de atención 3143454423
Carrera 6 # 55A-33, Barrio Santa Rita - Tunja Boyacá
corpoboyaca@corpoboyaca.gov.co - ousuario@corpoboyaca.gov.co
www.corpoboyaca.gov.co

LAT - 0999

Corpoboyacá

República de Colombia
Corporación Autónoma Regional de Boyacá
Subdirección de Ecosistemas y Gestión Ambiental

b) Mediano Generador. Persona que genera residuos o desechos peligrosos en una cantidad igual o mayor a 100,0 kg/mes y menor a 1,000.0 kg/mes calendario considerando los períodos de tiempo de generación del residuo y llevando promedios ponderados y media móvil de los últimos seis (6) meses de las cantidades pesadas;

c) Pequeño Generador. Persona que genera residuos o desechos peligrosos en una cantidad igual o mayor a 10.0 kg/mes y menor a 100.0 kg/mes calendario considerando los períodos de tiempo de generación del residuo y llevando promedios ponderados y media móvil de los últimos seis (6) meses de las cantidades pesadas.

PARÁGRAFO. Los generadores de residuos o desechos peligrosos que generen una cantidad inferior a 10.0 kg/mes están exentos del registro. No obstante, lo anterior, la autoridad ambiental, con base en una problemática diagnosticada y de acuerdo a sus necesidades podrá exigir el registro de estos generadores, para lo cual deberá emitir el acto administrativo correspondiente.

De acuerdo a lo anterior, le comunico que si su establecimiento genera una cantidad inferior a **10.0 kg/mes** de RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS están exentos del registro; No obstante si se genera mayor a dicha cantidad, se deberá solicitar la inscripción en línea en el Registro Único Ambiental RUA-RETC, en el siguiente link: https://rua.ideam.gov.co/rua/login.jsf y reportar anualmente la generación de residuos peligrosos, de acuerdo a los plazos establecidos en el artículo 15 de la resolución 839 de 2023.

Finalmente, se recuerda al usuario generador de residuos peligrosos que deberá Garantizar la gestión y manejo integral de los residuos que genera el establecimiento; conservando las certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final que emitan los respectivos receptores y/o gestores autorizados y las demás contenidas en el artículo 2.2.6.1.3.2. (Responsabilidad del generador) del decreto 1076 de 2015 y la resolución 591 de 2024.

Para cualquier ampliación y/o aclaración del tema descrito, podrá comunicarse con los ingenieros Ingrid Johana Pineda o Luis Miguel Viasus Rojas, al e–mail: ipineda@corpoboyaca.gov.co o lviasus@corpoboyaca.gov.co o al número celular 3143454423.

Reciba mi cordial saludo,

LINA MARITZA MONROY RAMIREZ
Subdirectora de Ecosistemas y Gestión Ambiental

Proyectó: Luis Miguel Viasus Rojas
Revisó: Lina Maritza Monroy Ramírez
Archivado en: Registro y Seguimiento Generadores de Residuos Peligrosos.

Carrera 2A Este No. 53-136 / Tunja Boyacá / Líneas de atención 3143454423
Carrera 6 # 55A-33, Barrio Santa Rita - Tunja Boyacá
corpoboyaca@corpoboyaca.gov.co - ousuario@corpoboyaca.gov.co
www.corpoboyaca.gov.co

LAT - 0999

De igual manera, se sigue registrando los indicadores de producción de residuos y el consolidado anual, como se venía registrando y reportando en años anteriores.
Esto puede evidenciarse en la siguiente tabla al igual que el cumplimiento del cronograma GAGAS.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

GASTROLIFE SAS
ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ONCOLOGIA PERITONEAL, CIRUGÍA GENERAL Y GASTROINTESTINAL, COACHING EN SALUD
CONSOLIDADO INDICADORES DE GESTIÓN INTERNA
CÓDIGO: PV-GM-ID-005
VERSION: 2
VIGENCIA: 2025-2030
PÁGINA 1 DE 1

FORMATO INDICADORES DESTINACION GESTION INTERNA

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCION	GASTROLIFE SAS	MUNICIPIO	DUITAMA
REPRESENTANTE LEGAL	DRA. PILAR ADRIANA TORRES MESA	NATURALEZA	PRIVADA
DIRECCION	TRANSVERSAL 29 9-78 LOCAL 201	TELEFONO / FAX	3229437961
E-MAIL	glmanager7@gmail.com		
ACTIVIDAD	Institución Prestadora de Salud	NIVEL DE ATENCION	

2. INDICADORES
2.1 INDICADORES DE DESTINACIÓN

AÑO DE EVALUACION	2025	NUMERO DE MESES EVALUADOS	12

CUADRO 1. PESAJE CONSOLIDADO MENSUAL RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS

RESIDUOS NO PELIGROSOS (RNP) / RESIDUOS PELIGROSOS (RP): INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLOGICO

MES	Biodegradable (kg)	Reciclables (kg)	Ordinarios / Inertes (Kg)	Total RNP	Biosanitarios (kg)	Anatomopato (kg)	Cortopunzantes (kg)	Animales (kg)
ENERO	1,10	3,20	4,23	8,53	5,5	0,00	1,20	0,00
FEBRERO	0,00	3,10	2,50	5,60	10,8	0,00	0,50	0,00
MARZO	0,10	1,40	1,50	3,00	9,7	0,00	0,50	0,00
ABRIL	0,00	2,40	8,2	10,60	4,2	0,00	0,00	0,00
MAYO	0,25	3,40	0	3,65	9,5	0,00	0,00	0,00
JUNIO	0,15	2,10	0	2,25	7,1	0,00	0,75	0,00
JULIO	0,00	3,25	0,00	3,25	6,50	0,00	0,00	0,00
AGOSTO	0,00	1,80	0,00	1,80	9,87	0,00	0,00	0,00
SEPTIEMBRE	0,00	1,60	0,00	1,60	8,70	0,00	1,20	0,00
OCTUBRE	0,00	2,00	0,00	2,00	9,10	0,00	1,20	0,00
NOVIEMBRE	0,20	2,40	0,00	2,60	9,10	0,00	0,50	0,00
DICIEMBRE	1,30	2,10	0,00	3,40	9,80	0,00	0,00	0,00
TOTAL	3,10	28,75	16,43	48,28	99,87	0,00	5,85	0,00
PROMEDIO	0,258333333	2,395833333	1,369166667	4,023333333	8,3225	0	0,4875	0
TIPO DE TRATAMIENTO			Relleno Sanitario		Incineración			
GESTOR EXTERNO			SERVIASEO		Descont S.A. E.S.P			
FRECUENCIA RECOLECCION			3 v/s		Quincenal			

RESIDUOS PELIGROSOS (RP): QUIMICOS

MES	Fármacos (kg)	Citotóxicos (kg)	Metales pesados (Kg)	Reactivos (kg)	Contenedores presurizados	aceites usados (kg)	Otros Químicos (Kg)
ENERO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEBRERO	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MARZO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABRIL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAYO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUNIO	0,20	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JULIO	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AGOSTO	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SEPTIEMBRE	0,00	2,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OCTUBRE	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOVIEMBRE	0,20	1,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DICIEMBRE	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1,41	7,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROMEDIO	0,1175	0,633333333	0	0	0	0	0

MES	RAEES (Kg)	Luminarias (Kg)	Pilas (Kg)	Toner / Cartucho	Otros Residuos (Kg)	Total RP	No. de consultas mes	No. de PROCEDIMIENTOS mes	TOTAL RESIDUOS PELIBROSOS
ENERO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,70	32	35,00	6,70
FEBRERO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,80	44	79,00	12,80
MARZO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,20	56	60,00	10,20
ABRIL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,20	47	67,00	4,20
MAYO	0,40	0,00	2,20	0,00	0,00	12,10	44	82,00	12,10
JUNIO	0,00	0,00	2,10	0,00	0,00	12,35	50	71,00	12,35
JULIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,61	67	96,00	6,61
AGOSTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,07	53	60,00	10,07
SEPTIEMBRE	0,00	0,00	1,25	0,00	0,00	13,25	53	93	13,25
OCTUBRE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,50	71	73	10,50
NOVIEMBRE	2,20	0,00	0,50	0,00	0,00	14,30	49	53	14,30
DICIEMBRE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,30	45	53	10,30
TOTAL	2,60	0,00	6,05	0,00	0,00	123,38	611	822	123,38
PROMEDIO	0,216666667	0	0,504166667	0	0	10,28166667	50,91666667	68,5	10

MEDIA MOVIL ULTIMOS 6 MESES (Kg/mes)	10			
CLASIFICACION GENERADOR SEGÚN MEDIA MOVIL ULTIMOS 6 MESES	Muy pequeño < 10 (kg/mes)	Pequeño 10 -100 Kg/mes	Mediano 100 -1000 Kg/mes	Gran > 1000 Kg/mes
		X		

INSTITUCION	GASTROLIFE SAS		
MUNICIPIO	DUITAMA	AÑO	2025
No. MESES EVALUADOS	12		
TOTAL ANUAL RESIDUOS NO PELIGROSOS (kg/año)	48,28	PROMEDIO ANUAL RESIDUOS NO PELIGROSOS (kg/mes)	4,023333333
TOTAL ANUAL RESIDUOS PELIGROSOS (kg/año)	123,38	PROMEDIO ANUAL RESIDUOS PELIGROSOS (kg/mes)	10,28166667

CUADRO 2. TOTAL DE RESIDUOS PRODUCIDOS SEGUN DISPOSICION FINAL

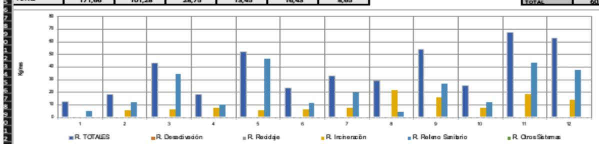
MES	RT (kg/mes)	Rd (kg/mes)	Rr (kg/mes)	Ri (kg/mes)	Rrs (kg/mes)	Ros (kg/mes)
ENERO	15,23	5,50	3,20	1,20	4,23	0,00
FEBRERO	18,40	10,80	3,10	2,00	2,50	0,00
MARZO	13,20	9,70	1,40	0,50	1,50	0,00
ABRIL	14,80	4,20	2,40	0,00	8,20	0,00
MAYO	15,75	9,50	3,40	0,00	0,00	2,60
JUNIO	14,60	7,30	2,10	2,95	0,00	2,10
JULIO	9,86	6,61	3,25	0,00	0,00	0,00
AGOSTO	11,87	10,07	1,80	0,00	0,00	0,00
SEPTIEMBRE	14,85	8,70	1,60	3,30	0,00	1,25
OCTUBRE	12,50	9,30	2,00	1,20	0,00	0,00
NOVIEMBRE	16,90	9,30	2,40	2,30	0,00	2,70
DICIEMBRE	13,70	10,30	2,10	0,00	0,00	0,00
TOTAL	171,66	101,28	28,75	13,45	16,43	8,65

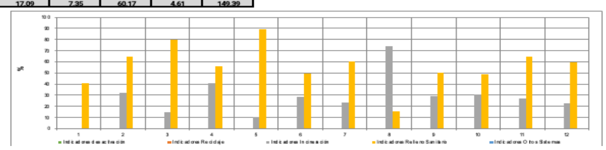
CONVENCIONES
RT- Cantidad total de residuos generados (Kg)
RR- Cantidad de residuos Reciclados (Kg)
RI- Cantidad de residuos incinerados (Kg)
RRS - Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario (Kg)
Rd- Cantidad de residuos sometidos a desactivación de alta eficiencia (Kg)
Ros - Cantidad de residuos sometidos a otros sistemas de tratamiento (RAES; pilas, etc) (Kg)

CUADRO 3. INDICADORES DE DESTINACION

MES	IDd (%)	IDr (%)	IDi (%)	IDrs (%)	IDos (%)	TOTAL (%)	Comprobacion
ENERO	36.11	21.01	7.88	36.11	0.00	20.2232436	OK
FEBRERO	58.70	16.85	10.87	58.70	0.00	29.02173913	OK
MARZO	73.48	10.61	3.79	73.48	0.00	32.27272727	OK
ABRIL	28.38	16.22	0.00	28.38	0.00	14.59459459	OK
MAYO	60.32	21.59	0.00	60.32	16.51	31.74603175	OK
JUNIO	50.00	14.38	20.21	50.00	14.38	29.79452055	OK
JULIO	67.04	32.96	0.00	67.04	0.00	33.40770791	OK
AGOSTO	84.84	15.16	0.00	84.84	0.00	36.96714406	OK
SEPTIEMBRE	58.59	10.77	22.22	58.59	8.42	31.71717172	OK
OCTUBRE	74.40	16.00	9.60	74.40	0.00	34.88	OK
NOVIEMBRE	55.03	14.20	13.61	55.03	15.98	30.76923077	OK
DICIEMBRE	75.18	15.33	0.00	75.18	0.00	33.13868613	OK
TOTAL	60.17	17.09	7.35	60.17	4.61	149.39	

CONVENCIONES
IDd- Indicadores de destinación desactivación
IDR- Indicadores de destinación para reciclaje
IDI- Indicadores de destinación para incineración
IDRS- Indicadores de destinación para relleno sanitario.
IDOS- Indicadores de destinación para otros sistemas de disposición final aceptada por la legislación





GASTROLIFE SAS
ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ONCOLOGIA PERITONEAL, CIRUGÍA GENERAL Y GASTROINTESTINAL, COACHING EN SALUD
CONSOLIDADO INDICADORES DE GESTIÓN INTERNA
CÓDIGO: PV-GM-ID-005
VERSIÓN: 2
VIGENCIA: 2025-2030
PÁGINA 1 DE 1

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCION	GASTROLIFE SAS	MUNICIPIO	DUITAMA
AÑO EVALUACION	2025		

No.	TEMATICA	Fecha (dd/mm/aaaa)	FACILITADOR	POBLACION OBJETIVO	METODOLOGÍA	TOTAL ASISTENTES (personas)	FUENTES DE VERIFICACION
	GENERALES						
1	Legislación ambiental y sanitaria vigente, Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares(Politica sanitaria y ambiental)	06.03.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
2	Riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares.	15.03.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
3	Manual de Bioseguridad	04.06.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia,
4	Manuales de funciones	13.01.2025	Pilar Adriana Torres/ Rosalba Solano	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
ESPECIFICOS							
5	Manual de Bioseguridad, Manejo Integral.(Protocolo de kit antiderrames)	12.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA, LUCRECIA GARCIA	colaboradores	EXPOSICIÓN Y SIMULACRO	5	Formato de asistencia
6	Técnicas apropiadas para labores de limpieza y desinfección(Protocolo de limpieza y desinfección institucional)	12.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
7	Segregación de residuos, movimiento interno, almacenamiento central y/o intermedio.(Socializacion rutas sanitarias y segregacion de residuos)	12.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
8	Plan de Contingencia emergencias(Programa promocion, prevencion y respuesta ante desastres)	14.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	colaboradores	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
9	Desactivación de residuos: Procedimientos utilizados, formulación y aplicación de soluciones desactivadoras, materiales utilizados y su debida manipulación.	26.04.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
10	OTROS TEMAS						
11	PGIRASA GL	19.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
12	Producción mas limpia	14.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
13	Programa de atencion y prevencion de plagas	12.05.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
14	Politica sanitaria y ambiental	19.09.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS	EXPOSICIÓN	5	Formato de asistencia
15	Brigadas de emergencia con simulacro	26.09.2025	PILAR ADRIANA TORRES MESA	FUNCIONARIOS Y USUARIOS	SIMULACRO SISMICO	5	Formato de asistencia . Evidencias fotograficas y video

OBSERVACIONES

Cuadro 1. INDICADOR 1	
META ANUAL ESTABLECIDA (%)	100
Número de Jornadas Realizadas	15
Total de Jornadas Programas	15
Ind. Capacitación 1. (%)	100
SE CUMPLIO META	SI

Cuadro 2, INDICADOR 2	
META ANUAL ESTABLECIDA (%)	100
Numero de funcionarios capacitados	5
Total de funcionarios Institución	7
Ind. Capacitación 2. (%)	90%
SE CUMPLIO META	SI

Elaboro: Dra. Pilar Adriana Torres Mesa Cargo: Médico Especialista	Actualizo: Dra. Pilar Adriana Torres Mesa Cargo: Dirección Médica y Ejecutiva	Aprobó: Comité de GAGAS
Fecha: Enero de 2020	Fecha: Febrero de 2025	Fecha: Febrero de 2025

Transversal 29 9-78 Local 201 Duitama, Boyacá; Celular: 3229437961 - 3041201843; Email: citas@gastrolife.com.co; página web: www.gastrolife.com.co

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Se recibió la visita de Sesalud ambiental con la verificación de nuestros procesos institucionales de segregación y gestión integral de residuos, manejo de políticas ambientales y procesos de seguridad laboral, obteniendo un concepto FAVORABLE en la verificación sanitaria con cumplimiento mayor al 95%.

Duitama Capital Cívica de Boyacá — **SECRETARÍA DE SALUD DUITAMA ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON CONSULTA EXTERNA** — La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD: DUITAMA FECHA: 16-05-2025 ACTA N°: IN_15238_900904346_TR_29_9_78_LC_201_2
TIPO DE ESTABLECIMIENTO
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD DUITAMA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL: GSTROLIFE
CÉDULA / NIT: 900904346 EMAIL: gloperativa@gmail.com
NOMBRE COMERCIAL: GASTROLIFE
DIRECCIÓN: TR 29 9 78 LC 201 (BARRIO LAS LAJAS) MATRICULA MERCANTIL: 2629125
DEPARTAMENTO: Boyacá MUNICIPIO: Duitama
TELÉFONOS: 3229437961
CORREO ELECTRÓNICO: gloperativa@gmail.com
NOMBRE DEL DIRECTOR INSTITUCIÓN: PILAR ADRIANA TORRES MESA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (C.C) 52384223
NOMBRE DEL PROPIETARIO/REP LEGAL: PILAR ADRIANA TORRES MESA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (C.C) 52384223
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: TR 29 9 78 LC 201
DEPARTAMENTO: BOYACA MUNICIPIO: DUITAMA
¿TIENE CÓDIGO CIUU? SI DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD EVIDENCIADA (8621) Servicios de salud
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI
HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO. De 08:01 a. m. a 05:06 p. m. NÚMERO DE TRABAJADORES: 3

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

N° ACTA DE ULTIMA VISITA	IN_15238_900904346_TR_29_9_78_LC_201_1	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	90.5
FECHA ÚLTIMA INSPECCIÓN	11-10-2021		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	(x)		
			DESFAVORABLE			

MOTIVO DE LA VISITA
PROGRAMACION
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR:

EVALUACIÓN (EV.)

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISION DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	X		
Plan de capacitación prácticas higiénicas, bioseguridad, uso de EPP	X		
Permiso de uso del suelo. (en caso de no contar notificar a la autoridad competente)	X		
Contrato con gestor de residuos peligrosos (Decreto 780 de 2016 Art. 2.8.10.6) (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	X		
Permiso de vertimientos vigente, expedido por la autoridad ambiental del área de jurisdicción (verificar documento). (Art. 18 Resolución 4445 de 1996) (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	X		
Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción	X		
Licencia para equipos de diagnóstico rayos X		X	
En caso de que el servicio de lavandería sea tercerizado presentar contrato, concepto sanitario de la empresa con que se tiene contratado el servicio	X		
Soportes de vacunación del personal que gestiona y manipula los residuos	X		
Hojas de Seguridad de las sustancias químicas empleadas (Art. 102 de la Ley 9 de 1979, Art. 8 ley 55 de 1993). Listado de inventario de insumos químicos para las actividades de limpieza y desinfección, mantenimiento que son empleados en el centro de salud (Estado, cantidad almacenada)	X		

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento está ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión. (Art. 4 Resolución 4445 de 1996, Art. 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	4.0	2.0	0		
1.2	El establecimiento se localiza de acuerdo con los usos del suelo existentes del municipio de ubicación. (Art. 5 Resolución 4445 de 1996)	1.0	0.5	0		
1.3	El establecimiento cuenta con sistemas de comunicación y energía eléctrica. (Art. 7 Resolución 4445 de 1996)	1.0	0.5	0		
1.4	Dispone de escaleras de emergencia. (Art. 27 Resolución 4445 de 1996)	2.0	1.0	0		
1.5	Las entradas y salidas, internas y externas están localizadas con el menor número de barreras u obstáculos según diseño arquitectónico. (Art. 27 Resolución 4445 de 1996, Art. 40 Resolución 14861 de 1985)	2.0	1.0	0		
1.6	Las escaleras, rampas y ascensores cumplen con las disposiciones del marco normativo. (Art. 27 Resolución 4445 de 1996) (cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos)	2.0	1.0	0		
1.7	Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el Art. 46 Resolución 14681.	2.0	1.0	0		
1.8	La señalización de las áreas, espacios definidos en el establecimiento cumplen con las disposiciones de colores indicativos de acuerdo a los servicios prestados y habilitados. (Art. 28 y 36 Resolución 4445 de 1996)	1.0	0.5	0		
1.9	Los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje. (Art. 25, Art. 36 Resolución 4445 de 1996)	2.0	1.0	0		
1.10	Los cielos rasos, techos y paredes o muros son sólidos, impermeables, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura, e incombustibles, lisos, de material lavable para facilitar la limpieza. (Art. 26 Resolución 4445 de 1996)	2.0	1.0	0		
1.11	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art. 117 de la Ley 9)	2.0	1.0	0		
1.12	Se garantiza la ventilación natural y/o artificial, con el objeto de evitar la acumulación de olores, condensación de vapores y elevación excesiva de la temperatura. (Art. 36 Resolución 4445 de 1996, Art. 109 y 197 ley 9 de 1979)	2.0	1.0	0		
1.13	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art. 35 Resolución 4445 de 1996, Art. 196 Ley 9 de 1979)	2.0	1.0	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25.0%		La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores (inodoros y lavamanos). (Art. 12 Resolución 4445 de 1996 y Art. 50 Resolución 14861 de 1985)	5.0	2.5	0		
2.2	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los visitantes (inodoros y lavamanos). (Art. 12 Resolución 4445 de 1996 y Art. 50 Resolución 14681 de 1985)	5.0	2.5	0		
2.3	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal. (Art. 12 Resolución 4445 de 1996 y Art. 50 Resolución 14681 de 1985)	5.0	2.5	0		
2.4	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art. 207 ley 9 de 1979)	7.0		0		
2.5	Disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Art. 14 Resolución 4445 de 1996)	4.0	2.0	0		
2.6	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados. (Art. 36 Resolución 4445 de 1996)	4.0	2.0	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			30.0%		La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
	3.1. ABASTECIMIENTO DE AGUA					
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto.	2.0	1.0	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro de agua potable. (Art. 7 Resolución 4445 de 1996)	3.0		0		
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal, con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo. (Art. 10 Resolución 4445 de 1996)	2.0	1.0	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art. 10 Decreto 1575 de 2007)	2.0		0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art. 10 Decreto 1575 de 2007)	2.0	1.0	0		no cuenta con soporte..
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10.0%		La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta
	3.2. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS					
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otros sistemas alternativos. (Art. 19 Resolución 4445 de 1996)	2.0	1.0	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable. (Art. 11 Resolución 4445 de 1996)	1.0	0.5	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			3.0%		La calificación del bloque corresponde al 3% del total del acta
	3.3. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS					
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades documentado e implementado (verificar la implementación de este documento ver acta anexa). (Resolución 1164 de 2002 - MPGIRH, Numeral 6.2)	4.0	2.0	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con las disposiciones establecidas en la Resolución 1164 de 2002 - MPGIRH, Numeral 7.2.6.	3.0	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con un ambiente adecuado para lavado, limpieza y desinfección de los recipientes donde se almacenen los residuos. (Art. 22 Resolución 4445 de 1996)	1.0	0.5	0		
3.3.4	Los residuos son removidos con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, presencia de insectos y roedores, entre otros. (Resolución 1164 de 2002 - MPGIRH, Numeral 7.2.5)	1.0	0.5	0		
3.3.5	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores. (Resolución 1164 de 2002 - MPGIRH, Numeral 7.2.3)	2.0	1.0	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			11.0%		La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta
	3.4. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado. (Art. 201 y Art. 593 Ley 09 de 79 - Lineamiento Manual para el control integral de roedores y plagas)	2.0	1.0	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art. 168 Ley 09 de 79)	3.0		0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			5.0%		La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

4. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Art. 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4.0	2.0	0		
4.2	El establecimiento cuenta con sistemas para la contención de derrames en especial en áreas asistenciales. (Art. 102 Ley 9 de 1979)	2.0	1.0	0		
4.3	Todas las maquinarias, equipos no médicos y herramientas se encuentran instalados, mantenidos y operados con el fin de disminuir accidentes y enfermedades. (Art. 112 Ley 9 de 1979)	2.0	1.0	0		
4.5	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art. 52 Resolución 14861 de 1985)	2.0	1.0	0		
4.6	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art. 54 Resolución 14861 de 1985)	3.0	1.5	0		
4.7	Existe botiquín de primeros auxilios. (Art. 127 Ley 9 de 1979)	2.0	1.0	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15.0%		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
99.0%	X	Favorable	95 - 100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico, independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
		Favorable con requerimientos	50 - 94,9%	
		Desfavorable	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	—
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	—

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

3.1.5 (no cuenta con soporte..)

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:
Por parte del establecimiento:
—

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI _ NO X

No se aplicó

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO -
FECHA INICIO PLAZO -
FECHA LIMITE DE PLAZO -

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 16 del mes de Mayo del año 2025 en la ciudad de Duitama. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita. NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

NOMBRE:RAFAEL ANTONIO AMADO PRIETO
CÉDULA:74374138
CARGO:Contratista
INSTITUCIÓN:Secretaria de salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE:PILAR ADRIANA TORRES MESA
CÉDULA:(C.C) 52384223
CARGO:REPRESENTANTE LEGAL

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

El concepto técnico de nuestro documento PGIRASA es FAVORABLE, con cumplimiento de todos los ítems requeridos y la actualización documental 2025.

Duitama Capital Cuna de Boyacá	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: R-GSA-051 Fecha aprobación: 2020-09-17
NIVEL CENTRAL	Concepto PGIRASA	Versión: 1 Página 1 de 2

CONCEPTO TÉCNICO

PARA: GASTROLIFE TR 29 9 78 LC 201 **MUNICIPIO:** Duitama

ASUNTO: EVALUACIÓN Y CONCEPTO DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES.

FECHA: 16-05-2025

El Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la atención en salud y otras actividades presentado para revisión, en el Componente Interno de conformidad con lo establecido en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 Título 10, Resolución 1164 de 2002 y la Circular 047 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta la metodología del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares por las siguientes razones:

No.	Parámetro	CUMPLE	Ajuste
1	Compromiso Institucional	SI	
2	**Diagnóstico Sanitario y Ambiental**		
2.1	Diagnóstico Cualitativo	SI	
2.2	Diagnóstico Cuantitativo	SI	
3	Atención extramural	N/A	
4	Programa de formulación y educación	SI	
5	Segregación en la fuente	SI	
6	Desactivación de Baja Eficiencia	SI	
7	Movimiento interno de Residuos	SI	
8	**Almacenamiento Central**		
8.1	Ubicación	SI	
8.2	Características físicas	SI	
8.3	Protocolo y Plan de Desinfección	SI	
9	Programa de seguridad y salud en el trabajo	SI	
10	Seleccionar e implementar el sistema de tratamiento y/o disposición de residuos	SI	
11	Plan de Contingencias	SI	
12	Producción más limpia	SI	
13	Indicadores de Gestión	SI	
14	Copia Contrato Vigente con Gestor Externo	SI	
15	Formato RH1	SI	

Duitama Capital Cuna de Boyacá	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: R-GSA-051 Fecha aprobación: 2020-09-17
NIVEL CENTRAL	Concepto PGIRASA	Versión: 1 Página 2 de 2

16	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)	SI	

Por lo anterior, el documento, Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la atención en salud y otras actividades presentado para revisión tiene concepto:

__X__Favorable.

____Desfavorable y debe ser ajustado y presentado nuevamente ante esta Oficina para su revisión y concepto técnico.

Atentamente,

NOMBRE:RAFAEL ANTONIO AMADO PRIETO
CÉDULA:74374138
CARGO:Contratista
INSTITUCIÓN:Secretaría de salud

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA
NOMBRE:PILAR ADRIANA TORRES MESA
CÉDULA:(C.C) 52384223
CARGO:REPRESENTANTE LEGAL

Rosalba Solano Cuta, es la Asesora de Calidad encargada del acompañamiento, actualización, seguimiento y verificación de cumplimiento del PAMEC (Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud), de los programas de bioseguridad y calidad de la institución, para la vigencia 2025.

Se proyectaron la realización de 20 actividades, logrando el cumplimiento del 100% de ellas, como se expone en el informe enviado a la Secretaria de Salud de Boyacá, en enero de 2026.

INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC 2025

NOMBRE DE LA ENTIDAD	GASTROLIFE S.A.S	CODIGO HABILITACIÓN	152380273601
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REPORTE	PILAR ADRIANA TORRES MESA		

VIGENCIA	2025	TIPO DE INFORME	SEGUNDO SEGUIMIENTO	FECHA DE CORTE:	31/12/2025

INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC

	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD/SEDES EN RED	
		No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	4	100%	4	100%		#¡DIV/0!	4	100%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	4	100%	4	100%
	EN DESARROLLO		0%		0%		#¡DIV/0!		0%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		0%		0%
	ATRASADO		0%		0%		#¡DIV/0!		0%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		0%		0%
	NO INICIADO		0%		0%		#¡DIV/0!		0%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		0%		0%
	PORCENTAJE DE EJECUCION	100%		100%		#¡DIV/0!		100%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		100%		100%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2024 POR GRUPO DE ESTANDARES	4		4		0		4		0		0		4		4	

SEÑOR PRESTADOR: DILIGENCIAR LAS CASILLAS DE COLOR VERDE DE ACUERDO CON EL SEGUIMIENTO A LA FECHA DE CORTE

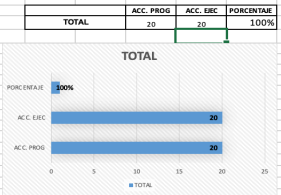
GRAFICA AVANCE EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO-PAMEC 2025

EJECUCION PAMEC POR GRUPO DE ESTANDARES

	PROG	EJEC
CLIENTE ASISTENCIAL	4	4
DIRECCIONAMIENTO	4	4
GERENCIA	0	0
TALENTO HUMANO	4	4
AMBIENTE FISICO	0	0
TECNOLOGIA	0	0
INFORMACION	4	4
CALIDAD	4	4

EJECUCION PAMEC TOTAL

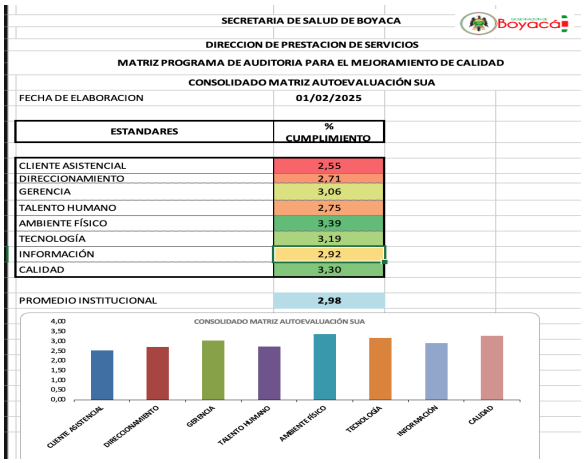
	ACC. PROG	ACC. EJEC	PORCENTAJE
TOTAL	20	20	100%



Firma:	
Funcionario que recibe la visita:	
Firma:	
Nombre referente S.S.B:	

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

A la fecha, dada la auditoria de los procesos institucionales que se está adelantando actualmente, no contamos aun con los resultados de la autoevaluación 2026, que se realiza para proyectar el PAMEC anual. Sin embargo, teniendo en cuenta las recomendaciones generadas en la visita de seguridad del paciente del 2025, se planea generar una estricta calificación de este, para evidenciar las falencias y posibles puntos ciegos institucionales y trabajar en ellos. Es de valientes y personas íntegras, colocarle luz a la oscuridad, para poder evidenciar las sombras y con el correspondiente trabajo de conciencia, humildad y honestidad, optimizar los procesos débiles, fortalecer los que vienen fallando y mantener los que si funcionan.
La autoevaluación 2025 se presenta a continuación.



SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD

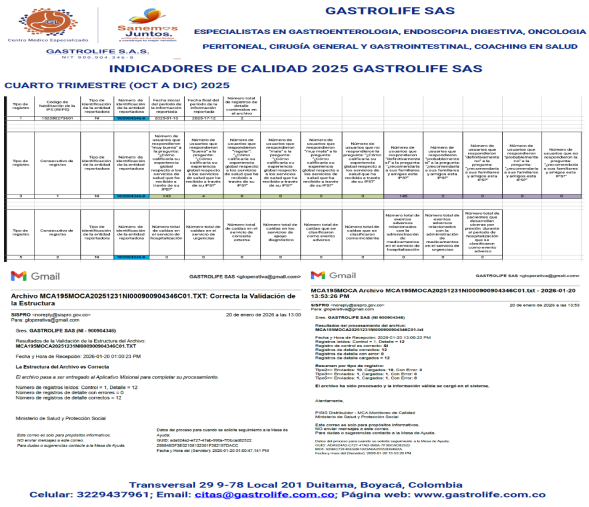
CONSOLIDADO MATRIZ AUTOEVALUACIÓN SUA

FECHA DE ELABORACION 01/02/2025

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO
CLIENTE ASISTENCIAL	2,55
DIRECCIONAMIENTO	2,71
GERENCIA	3,06
TALENTO HUMANO	2,75
AMBIENTE FÍSICO	3,39
TECNOLOGÍA	3,19
INFORMACIÓN	2,92
CALIDAD	3,30
PROMEDIO INSTITUCIONAL	2,98

Se genero seguimiento del cronograma y actividades del programa de participación social con un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas. Informe presentado en enero 2025 en PISIS.

Respecto al cumplimiento de los estándares establecidos en la resolución 256 del 05 de febrero de 2016, que establece las disposiciones del Sistema de información de la calidad y establece el reporte de indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención en salud, con base en la información registrada por los usuarios, en las encuestas de servicio del Centro Médico, se presentan los resultados en las siguientes imágenes.

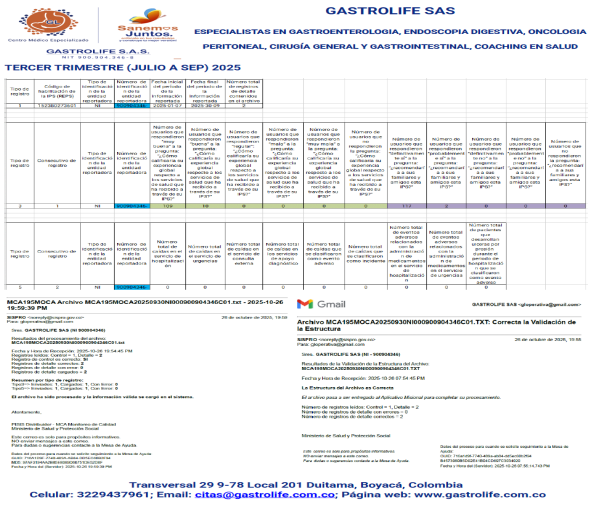


GASTROLIFE SAS

ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ONCOLOGIA PERITONEAL, CIRUGÍA GENERAL Y GASTROINTESTINAL, COACHING EN SALUD

INDICADORES DE CALIDAD 2025 GASTROLIFE SAS

CUARTO TRIMESTRE (OCT A DIC) 2025

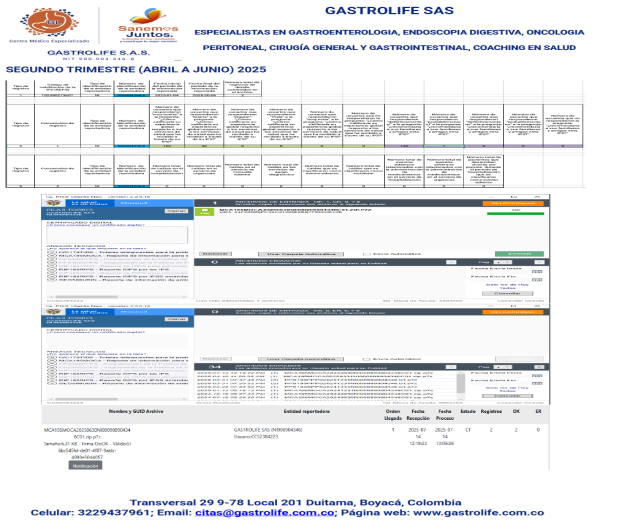


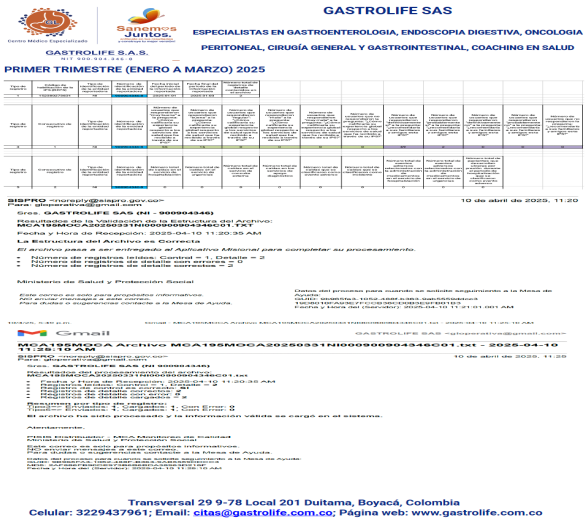
GASTROLIFE SAS

ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ONCOLOGIA PERITONEAL, CIRUGÍA GENERAL Y GASTROINTESTINAL, COACHING EN SALUD

TERCER TRIMESTRE (JULIO A SEP) 2025

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita





Con lo anterior, evidenciamos una respuesta positiva de la población sobre la percepción de calidad y satisfacción de los usuarios, respecto a los servicios médicos prestados en GASTROLIFE. El porcentaje de calificación sobre la experiencia global y la recomendación de los usuarios a sus familiares se mantuvo sobre el 95% durante todo el 2025.
Los demás indicadores de calidad y seguridad, al igual que el cumplimiento del plan de capacitaciones, se generaron con resultados superiores al 95%.

No se presentaron eventos de código verde, ni procesos de PQRS durante el 2025.

Se recibieron felicitaciones para los colaboradores, las cuales se socializaron y registraron en las actas de los comités correspondientes.

Los informes de Tecnovigilancia se presentaron de manera trimestral, sin eventos positivos para reportar.
Se realiza seguimiento mensual de las alertas INVIMA y socialización de las relacionadas con la actividad institucional en cada reunión administrativa.
El proceso de farmacovigilancia se realiza por la plataforma Vigiflow. Se realizaron tres reportes en el 2025:

- 2025 1VIGIFLOW CO-INVIMA 300608484 GLPRM202501 07.07.2025 – Falla terapéutica del Nulitely para preparación intestinal. Requerimiento de segundo medicamento para terminarla.
- 2025 2VigiFlow_CO-INVIMA-300608733 GLPRM202502 03.08.2025 – Falla terapéutica de la Claritromicina genérica en la erradicación de h pylori
- 2025 3VigiFlowCO-INVIMA-300635960 GLPRM202503 16.10.2025 – Falla terapéutica levotiroxina genérica en control e hipotiroidismo

En el mes de agosto 2025 se recibió la visita de Farmacovigilancia, con la revisión de los procesos institucionales relacionados y aplicación de la escala de Henri para la verificación de los mismos.

Se anexan los resultados de la escala y el acta de la visita, donde se evidencia un cumplimiento del 98% con el programa.

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

ESCALA DE HENRI PFV PARA LA CALIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN IPS

HENRI PFv: Herramienta de Evaluación Numérica para Ranking de Implementacion del programa de farmacovigilancia

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	GASTROLIFE SAS-duitama			CIUDAD DEL ESTABLECIMIENTO	Duitama
NIT.	900904346-8	PNF:	27875	COMPLEJIDAD:	media
DIRECCION:		TEL:		FECHA DE VISITA:	04 de agosto de 2025
FUNCIONARIO INVIMA:	tranv 29#9-78 local 201	CARGO:	N/A	ATENDIDO POR:	Rosalba Solanp C
FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD:	Leonardo Cubides A	CARGO:	Secretaria de Salud Farmacovigilancia	CARGO:	Regente de farmacia
DOCUMENTO OFICIAL FV:	CODIGO:	Versión:	Fecha de la versión:	OBSERVACIONES	
MANUAL	PM-GA-PG-001	5	1/5/2022		
NOMBRE REFERENTE FV:	Rosalba Solano C		CARGO:	Regente de farmacia	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	Cédula de ciudadanía		Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		
NOVEDADES DE LA VISITA:					

	ÍTEM	Descripción/Ejemplo de evidencia	Clasificación	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Cumple Si=1; No Cumple=0; Cumple Parcialmente=0,5)	Peso	Puntaje	OBSERVACIONES
1	La institución se encuentra inscrita a la Red Nacional de Farmacovigilancia.	El referente del programa de Farmacovigilancia de la institución cuenta con la inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia y se cuenta con los datos del referente de farmacovigilancia actualizados. Ejemplo de evidencia: Solicitar el soporte con el respectivo código de inscripción y/o actualización de datos del referente de Farmacovigilancia hecho previamente a través de la plataforma de reporte en línea dispuesta por el Invima. De no contar con dicha inscripción, brindar la información respectiva para la obtención del soporte de la inscripción y realizar las observaciones a que haya lugar en el Acta de visita	Mayor	1	6,0	6	Se encuentra códido PNF del programa. La Institución se encuentra inscrita a la red de farmacovigilancia.
2	La normatividad que aplica a Farmacovigilancia (Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007, Resolución 3100 de 2019) general y específica (tipo de prestador) se conoce y se encuentra descrita en los procedimientos institucionales	Los integrantes del programa de Farmacovigilancia (referente) de la institución de salud tienen conocimiento de la normatividad que aplica al programa y cuentan con fácil acceso a la consulta de la misma. Ejemplo de evidencia: Se verifica mediante entrevista que el contenido de la normatividad vigente que resulta aplicable a Farmacovigilancia sea conocida y se encuentre documentada por el referente del programa de Farmacovigilancia y en general, por el personal que participa del programa en la institución.	Crítico	1	12,0	12	Se demuestra conocimiento de la normatividad vigente se actualizo

3	El programa cuenta con documentación alineada al sistema de gestión de la calidad donde se establezcan las políticas de funcionalidad del Programa Institucional de Farmacovigilancia de la institución.	Documento oficial que contenga el programa de Farmacovigilancia de la institución, el cual debe contar con objeto, alcance, responsables, marco legal (normatividad aplicable a Farmacovigilancia), definiciones, procedimiento estandarizado con las actividades y responsables, que describa la metodología para detección, análisis, gestión, registro, procesamiento de eventos adversos, análisis clínico de la información, periodicidad y notificación de reportes de acuerdo a los lineamientos actualizados por el Programa Nacional de Farmacovigilancia - INVIMA Implementación de formato o herramienta de registro propio de la Institución físico y/o electrónico, que contenga la información mínima requerida para la notificación de un PRM. El programa posee un procedimiento estandarizado que describa la metodología para la notificación, registro, procesamiento, análisis de la información y envío de reportes de eventos adversos a la base de datos del país (Plataforma Vigiflow) según lineamientos de la entidad reguladora. Dentro del procedimiento especificar metodología y/o herramienta de seguimiento que garantice la trazabilidad entre la información captada o recepcionada por el referente y el registro, procesamiento, análisis de la información, cierre y delegación en plataforma Vigiflow. Definición indicadores y/o análisis documentado de las estadísticas derivadas del sistema de Farmacovigilancia en un comité interdisciplinario. Procedimiento de la revisión, periodicidad, registro y difusión institucional de las alertas y medidas sanitarias emitidas por el Invima y por otros entes reguladores nacionales y/o internacionales. Dentro de los anexos, se deben contemplar los flujogramas, instructivos y guías que complementen el programa y faciliten su implementación, así como las actividades de educación, actualización o estrategias de promoción de uso seguro de medicamentos que se ejecuten en la institución y aporten a la evaluación del perfil de seguridad de medicamentos y mitiguen el riesgo asociado al uso de medicamentos. Ejemplo de evidencia: Manual o documento del Programa de Farmacovigilancia con los ítems descritos.	Crítico	1	12,0	12	Se reviso el manual de FV y se evidencio informacion actualizada y completa
3.1	Para la notificación y envío de los reportes de eventos adversos se adopta la plataforma de reporte en línea VigiFlow.	La institución cuenta con usuario y contraseña activa para el ingreso de notificaciones en la plataforma Vigiflow. Se tiene definida la periodicidad del reporte, la gestión, cierre y delegación de los reportes notificados a través de la plataforma Vigiflow. Se tiene establecida la responsabilidad para la clasificación de seriedad, metodología para la, evaluación de causalidad y metodología a utilizar para el análisis del PRM notificado. Se cuenta con una herramienta de registro y seguimiento de los eventos captados y gestionados que permitan realizar la trazabilidad de la información de los eventos adversos en la IPS debe mantener los registros asistenciales y/o administrativos El formato de reporte de los eventos adversos de cada institución debe contar como mínimo, con la siguiente información relacionada con: a)Paciente: Identificación, iniciales del nombre, género y edad, diagnóstico, enfermedades concomitantes, paraclínicos y demás información que sea relevante. b)Medicamento / Producto sospechoso y medicación concomitante: Para cada medicamento / producto señalar indicación, fecha de inicio y final del tratamiento, dosis, vía, frecuencia de administración, momento en que se suspendió su utilización, hubo reexposición o si continúa empleando el producto. c)Información del PRM: fecha de inicio y fin, descripción (caso narrativo), severidad o gravedad y desenlace del evento. d)Reportante o notificador: nombre y/o identificación del notificador, profesión y contacto. Ejemplo de evidencia: Verificar los reportes notificados por los profesionales de la salud de la IPS y confrontar con los reportes en línea ingresados a la plataforma Vigiflow, comprobar la trazabilidad entre la información.	Crítico	1	12,0	12	cuentan con usuario Vigiflow activo, cuenta con formato institucional de trazavbilidad de repórtes
3.2	Los reportes institucionales de sospechas de eventos adversos a medicamentos son notificados en la plataforma Vigiflow, con la periodicidad establecida en la normatividad vigente para eventos adversos serios y no serios.	Los reportes institucionales de sospechas de eventos adversos son ingresados a la plataforma Vigiflow con la periodicidad establecida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima: "El reporte de los eventos adversos no serios se hará hasta dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del mes que se informa. Los eventos adversos serios serán reportados dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a su aparición." Ejemplo de evidencia: Se solicita al Referente del PIFV de la IPS la documentación en medio físico o magnético de las notificaciones de los eventos adversos clasificados como Grave, se confronta con lo registrado en plataforma VIGIFLOW, reporte debe ser ingresado en las 72 horas posteriores al conocimiento del mismo. Así mismo los eventos adversos clasificados como No Grave, se confronta con lo registrado en plataforma VIGIFLOW, reporte debe ser ingresado dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del mes que se informa, estos se podrán notificar durante el transcurso del mes. Verificar que estén debidamente cerrados y delegados.	Crítico	1	12,0	12	El referente conoce la normatividad y periodicidad del reporte con PRM, se encontro reporte de fallo terapeutico con claritromicina y Nulitelly en julio de 2025 el informe se registro en vigiflow y se cerro

4	Tiene definidos indicadores de seguimiento a la funcionalidad del Programa Institucional de farmacovigilancia y estadísticas epidemiológicas asociadas a lo PRM detectados en la institución, reportados al sistema nacional de Farmacovigilancia y realiza gestión de las mismas.	La institución tiene documentado, desde su programa de Farmacovigilancia, la generación de indicadores y estadísticas epidemiológicas a partir de los datos de los PRM que se presentan. Se tiene establecida la periodicidad de medición y evaluación en Comité multidisciplinario. Estos datos permitirán la detección de señales, toma de decisiones y generación de planes de mejora en todo lo relacionado en el uso seguro de medicamentos por parte de la institución. Ejemplo de evidencia: Información en medio físico y/o magnético donde se evidencien las estadísticas de los últimos 6 meses de los eventos adversos presentados y soportes de las acciones determinadas a realizar en su análisis (planes de mejora).	Mayor	1	6,0	6	tienen definidos los indicadores que miden funcionalidad del programa, errores de administracion de dispensación de prescripción, y fallo terapeutico
5	Se cuenta con apoyo de un grupo multidisciplinario que contribuya a la evaluación de los eventos adversos reportados. Este grupo podrá ser el Comité de Farmacia y Terapéutica u otros comités clínicos de la entidad.	Este grupo podrá ser el Comité de Farmacia y Terapéutica u otros comités clínicos de la entidad. Es deseable la existencia de un grupo independiente para el análisis de los eventos adversos. Debe encontrarse documentada e implementada la participación del grupo multidisciplinario (Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Farmacovigilancia, Comité de seguridad del paciente, etc.) en la gestión de los eventos adversos reportados. Ejemplo de evidencia: Documento de conformación del Comité interdisciplinario, documento donde se referencie su participación en Farmacovigilancia y las actas de reunión de los comités en donde se plasmen las acciones derivadas de su análisis y se evidencie la participación de los profesionales asociados al evento	Crítico	1	12,0	12	Comité de calidad, direccion, infecciones y seguridad del paciente donde se hace el repectivo análisis de eventos adversos.
6	6.El referente tienen conocimiento actualizado de los lineamientos, tutoriales, guías, circulares, boletines, entre otras publicaciones emitidas por el Programa Nacional de Farmacovigilancia del Invima.	El referente cuenta con la certificación del curso del aula virtual del Invima del Programa Nacional de Farmacovigilancia Vigiflow. La institución deberá tener conocimiento sobre los lineamientos, tutoriales, guías, circulares, entre otras publicaciones que se encuentren vigentes en su momento a ser consideradas para fines de reporte, análisis de causalidad de eventos adversos, inscripción a la RNFV, entre otros temas que resulten relevantes y de interés para la institución. En caso de no conocerlos, brindar la información respectiva y realizar las observaciones a que haya lugar en el Acta de visita. Ejemplo de evidencia: Certificado del Aula Virtual con el código QR correspondiente, con una vigencia no mayor a 1 año. Entrevista con el referente del programa de Farmacovigilancia del establecimiento sobre el conocimiento que tienen de los contenidos de la documentación publicada por Programa Nacional Farmacovigilancia.	Menor	1	2,0	2	el curso de vigiflow esta actualizado en agosto 2025 (actualizar anualmente). El referente conoce plataforma Invima para actualizaciones y capacitaciones . Se entrega guia aware de antibióticos.
7	Se encuentra establecida y documentada la periodicidad en la revisión de alertas y medidas sanitarias publicadas por el Invima, Ministerio de Salud y Protección Social u otras entidades reguladoras.	La institución cuenta con un formato establecido para la revisión de información de seguridad de los medicamentos publicada por el Invima, Ministerio de Salud y Protección Social u otras entidades reguladoras que contenga descripción de la actividad, fuente de la publicación, última revisión realizada, divulgación de la alerta o comunicado al personal de la institución y periodicidad implementada. Se recomienda una vez por semana para instituciones que cuenten con servicio farmacéutico. Ejemplo de evidencia: Verificar si la IPS tiene documentada la periodicidad, responsable, gestión, difusión de alertas y medidas sanitarias. Cuenta la IPS con una herramienta de registro que evidencie a través de su registro el cumplimiento a la periodicidad establecida, descripción de la actividad, fuente de la publicación, última revisión realizada y acciones tomadas al respecto como medidas preventivas, correctivas, divulgación de la alerta o comunicado al personal de la institución	Mayor	1	6,0	6	se lleva a cabo consulta mensual de las alertas sanitarias y se socializan en el comité y redes, cartelera tambien se hace difusión al usuario de las alertas sanitarias. Se encontró Excell de alertas sanitarias.
8	Han creado y desarrollado programas y/o estrategias dentro de la institución relacionadas con el uso seguro de los medicamentos.	La institución, desde su programa de Farmacovigilancia, debe contar con el desarrollo de actividades documentadas y relacionadas con el uso seguro de medicamentos que maneja, tales como: Campañas sobre uso seguro de medicamentos, manejo de medicamentos de alto riesgo, entre otros. Está definida su periodicidad, su responsable. Ejemplo de evidencia: Verificar si han desarrollado estrategias en la institución, no solo asociadas a los procesos del servicio farmacéutico sino transversales a las áreas de prestación de servicios de salud (otros profesionales de la salud, pacientes) como boletines, informes, guías, folletos informativos (periodicidad establecida), stickers o rotulado para la identificación de medicamentos (donde se informe sobre la forma correcta de utilización para la administración segura de los mismos, identificación de medicamentos LASA y de alto riesgo, etc.), desarrollo de programas de seguridad al paciente, reuniones breves con contenidos propios de Farmacovigilancia, fondos de pantalla en computadores de la institución con temas de interés, programas radiales, videos salas de espera etc. Además, identificar como se comunica y mitiga el riesgo asociado al uso de medicamentos, a través de guías de uso seguro de medicamentos, seguimiento fármaco-terapéutico, guías de identificación de interacciones, entre otras estrategias.	Crítico	1	12,0	12	Se implementan capacitaciones y actividades del uso seguro y racional de medicamentos-antibioticos a personal de salud , se realiza educacion al usuario y familiares sobre preparacion pra procedimientos y uso seguro de medicamentos; medicamentos LASA, medicamentos vencidos, errores en la administración, fallo terapeutico, semaforización, procesos generales.

9	Se cuenta con un programa continuo de capacitación a profesionales y trabajadores de la salud, que incluya, entre otros aspectos, temas de Farmacovigilancia como el perfil de seguridad de medicamentos/productos utilizados en la institución, normatividad, manejo de productos de alto riesgo,etc.	El Programa de Farmacovigilancia documenta y desarrolla los planes de capacitación a profesionales y trabajadores de la salud, que incluya, entre otros aspectos, temas de Farmacovigilancia, uso seguro y racional de medicamentos, perfil de seguridad de medicamentos y/o productos utilizados en la institución, entre otros temas relevantes. Programa que involucra tanto personal del servicio farmacéutico como profesionales de las diferentes áreas asistenciales. Ejemplo de evidencia: Cronograma de capacitación institucional en donde se evidencie la programación de los temas de Farmacovigilancia abordados, registros de asistencia del personal de la institución a las capacitaciones, presentaciones y evaluaciones que permitan corroborar la eficacia de la capacitación realizada. Presentaciones, actividades de inducción y re inducción, entre otras.	Mayor	1	6,0	6	La institución cuenta con cronograma de capacitaciones que incluyendo temas en Farmacovigilancia.
10	La institución cuenta con certificación en algún sistema de gestión de la calidad o Certificación en Buenas Prácticas de Elaboración o Manufactura	La institución cuenta con una o más acreditaciones en sistemas de gestión de calidad en los procesos que lleva a cabo. Ejemplo de evidencia: Cuenta la IPS con un sistema integrado de Gestión de la Calidad. La IPS aporta Certificaciones ISO, ISO/IEC, OHSAS, ICONTEC, entre otros, sobre algún proceso en particular que se lleve a cabo en la institución, Certificación de BPE o BPM de Invima.	Menor	0	2,0	0	La institución no adelanta ninguna certificación en el momento
				TOTAL		98	

Concepto	Escala
Implementado	>95%
En implementación	64-95%
No implementado	<64%

Calificación Obtenida	98
Concepto	I

Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-253
ACTA DE VISITA SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA		FECHA: 06/Dic/2022

Lugar y Fecha:	DUITAMA, Agosto 4 de 2025

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

RAZON SOCIAL:	GASTROLIFE SAS		
C.C. o NIT No. :	900904346-8		
TIPO DE INSTITUCIÓN NIVEL DE COMPLEJIDAD:	MEDIANA COMPLEJIDAD		
DIRECCION:	Transv 29#9-78 local 201		
TELEFONO:	3229437961		gloperativa@gmail.com
REPRESENTANTE LEGAL:	PILAR ADRIANA TORRES MESA		
CERTIFICADO DE HABILITACIÓN:	DHSS0431858	De fecha:	-

OBSERVACIONES ULTIMA VISITA

última acta Marzo de 2024, con un puntaje de 77%

En la visita se encuentra un programa avanzado y alta preparación del personal de salud, se evidencia cumplimiento de requerimientos solicitados.

SERVICIOS: Institución de mediana complejidad con servicios habilitados de: gastroenterologia, anestesia, cirugia general cirugia gastrointestinal, medicina interna, servicio farmaceutico.

PROCESOS: Servicio farmacéutico habilitado en el que se realiza los procesos generales de selección, recepción, , distribución, almacenamiento, dispensacion de medicamentos y dispositivos medicos para uso institucional. atencion a pacientes particulares y medicina prepagada, procesos especiales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia ,

OBJETO DE LA VISITA: Seguimiento al grado de Implementción y funcionalidad del Progama Institucional de Farmacovigilancia, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007 y Resolución 3100 de 2019 y demás normatividad vigente.

RESPONSABLES DE LA VISITA: Leonardo Cubides Amezquita

ATENDIO LA VISITA; PILAR ADRIANA TORRES MESA-

DIRECTOR TECNICO	ROSALBA SOLANO CUTA	C.C. Nº:	1.057.571.546
TITULO:	Regente De Farmacia	REGISTRO:	328

El programa Departamental de Farmacovigilancia de La Secretaria de Salud de Boyacá adopta la herramienta de evaluacion númerica para determinar el rango de implementacion (HENRI) de los programas de farmacovigilancia en los diferentes Prestadores de Servicios de Salud del Departamento.

El programa se basa en cumplimiento a la Política Farmacéutica Nacional CONPES 155 de 2012, Decreto 780/2016, Resolución 1403 de 2007, Resolución 3100/2019, Circular 600-001058-2013, Circular Externa 3000-0526-2021, Decreto 601 de 2021 y la demás normatividad vigente al respecto.

REQUERIMIENTOS:	Seguir en la busqueda activa de PRM que mantengan el estándar alcanzado
CONCEPTO:	98% PI

DE ACUERDO CON EL RESULTADO OBTENIDO EN LA ESCALA HENRI LA INSTITUCION DEBERA DISEÑAR E IMPLEMENTAR UN PLAN DE MEJORA QUE INCLUYA ACTIVIDADES QUE SUBSANEN LOS CRITERIOS CRITICOS Y MAYORES, EN UN PLAZO NO MAYOR A 60 DIAS, EL CUAL DEBE SER ENVIADO POR CORREO ELECTRONICO A controlmedicamentos@gmail.com CITANDO EL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA VISITA CON EL OBJETO QUE ÉL MISMO REALICE EL SEGUIMIENTO Y ASESORIA NECESARIA.

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman las personas que intervinieron en la visita de hoy 04 del mes de agosto año 2025.
en el municipio de Duitama

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal o quien atendió la visita.

RESPONSABLES DE LA SECRETARÍA DE SALUD QUE PRACTICAN LA VISITA

NOMBRE: Leonardo Cubides Amezquita	79108594 IDENTIFICACION
controlmedicamentos@gmail.com CORREO ELECTRÓNICO leonardocubidesqf@gmail.com	3107583822 TELÉFONO DE CONTACTO

REPRESENTANTE QUE ATENDIÓ LA VISITA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

Pilar Adriana Torres Mesa NOMBRE Y FIRMA: Rosalba Solano	52384223 IDENTIFICACION 1057571546
gloperativa@gmail.com CORREO ELECTRÓNICO	3229437961 TELÉFONO DE CONTACTO

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

Los pagos de contribución a la Supersalud se realizaron en los tiempos solicitados y la institución se encuentra al dia con esta entidad.

Supersalud

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN FINANCIERA

La salud es de todos — Minsalud

Fecha generación extracto viernes, 18 julio 2025 17:21:47
Estado de cuenta CONTRIBUCIÓN 900904346 GASTROLIFE SAS
Usuario que generó extracto GASTROLIFE SAS

INFORMACIÓN SOBRE LA OBLIGACIÓN						INFORMACIÓN SOBRE EL RECAUDO					INFORMACIÓN SOBRE SALDOS DE CARTERA		
Clasificación Entidad	Vigencia Obligación	No Obligación	Valor Obligación	Aprobación valor por vigilado	Fecha Inicio Cobro Intereses	Fecha Pago	Valor Pagado	Valor Pagado Capital	Valor Pagado Intereses	Saldo Acreencias	Deuda Capital	Deuda Intereses	Total Deuda
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2020	C-2020-0002968	$ 197.662,00	16/12/2020	19/12/2020	16/12/2020	$ 197.662,00	$ 197.662,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2021	C-2021-0002464	$ 271.586,00	08/06/2021	01/07/2021	08/06/2021	$ 271.586,00	$ 271.586,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2022	C-2022-0006390	$ 262.741,00	21/07/2022	13/08/2022	21/07/2022	$ 262.741,00	$ 262.741,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2023	C-2023-0005772	$ 383.127,00	29/06/2023	19/08/2023	29/06/2023	$ 383.127,00	$ 383.127,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2024	C-2024-0005013	$ 550.342,00	17/07/2024	01/08/2024	17/07/2024	$ 550.342,00	$ 550.342,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Institucion Prestadora de Servicios de Salud	2025	C-2025-0005666	$ 558.273,00	18/07/2025	06/09/2025	18/07/2025	$ 558.273,00	$ 558.273,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

SUPERSALUD
Para mayor información comuníquese con la Superintendencia Nacional de Salud

Resumen	
Total	$ 2.223.731,00
Total Recaudo Capital	$ 2.223.731,00
Total Recaudo Intereses	$ 0,00
Total Recaudo Acreencias	$ 0,00

En noviembre 2025 se realizó la visita de SESALUB de seguridad del paciente, donde dejaron recomendaciones para el ajuste de la autoevaluación institucional, generar el registro de los tiempos de oportunidad de las consultas de cirugía general y medicina interna como parte de la 256 y colocar las actividades realizadas durante el año, según el formato de evaluación, en el link correspondiente de SESALUB generado para GASTROLIFE.

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: SS-G116-F13
	ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	FECHA: 21/Jun/2017

En Duitama a los 07 días del mes de noviembre del año 2025, la funcionaria **RUTH CRISTINA BARÓN FLÓREZ**, Contratista de la secretaría Salud de Boyacá, realiza visita presencial y virtual al establecimiento denominado: **GASTROLIFE SAS,** NIT **900904346** Código prestador **1523802736** Dirección **TV 29 9-78 LC 201** Teléfono **3229437961** correo electrónico direccionmedica@gastrolife.com.co el fin de realizar asesoría y visita de Inspección al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la IPS. La visita fue atendida por **PILAR ADRIANA TORRES MESA** identificado con C.C. **52.384.223** en calidad de **REPRESENTANTE LEGAL, LUZ DEIMY PASTAS** identificado con C.C. **46.383.633** en calidad de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** a quienes se les informó el objeto de la visita.

OBJETIVO DE LA VISITA

Asistencia técnica PAMEC 2025, verificación y seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (Pamec), la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y del Sistema de Información para la Calidad.

ANTECEDENTES **SI** [ ] **NO** [X]

DESARROLLO DE LA VISITA (DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA)

Verificación y seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Pamec 2025 Favorable de fecha 23-05-2025, autoevaluación 2,98. Porcentaje de ejecución 80% de ejecución de 20 acciones programadas, 16 completas, 4 en desarrollo, 0 no iniciadas, 0 atrasadas.

Implementación de la Política de Seguridad del Paciente

Se realiza mediante la aplicación de la Lista de Chequeo para las Buenas prácticas de Seguridad del Paciente. Las buenas prácticas que le aplican son:

1 CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
2 MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
3 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD
4 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
5 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
6 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
7 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

Servicios prestados

SERVICIO FARMACÉUTICO	[
ANESTESIA	[
CIRUGÍA GENERAL	[
GASTROENTEROLOGÍA	[
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	[
MEDICINA INTERNA	[

Respecto a la implementación del Sistema de Información

El reporte depende de los servicios que la IPS tenga habilitados en el REPS; a continuación, según Anexo Técnico No.2, se listan los indicadores que requieren el reporte de los Prestadores de servicios de salud. (Se identifica los indicadores de la Resolución 256 de 2016 que le aplican a la IPS):

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: SS-G116-F13
	ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	FECHA: 21/Jun/2017

REGISTRO TIPO 2-REGISTRO DE DETALLE OPORTUNIDAD DE CITAS:
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna (P.3.3)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General (P.3.7)

REGISTRO TIPO 3-REGISTRO DE DETALLE SATISFACCIÓN GLOBAL:
- Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS (P.3.14)
- Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo (P.3.15)

REGISTRO TIPO 5-REGISTRO DE DETALLE DE EVENTOS ADVERSOS:
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (P.2.9)

COMPROMISOS

1. Informar al correo electrónico pamec.boyaca@boyaca.gov.co a más tardar en el día 12 de noviembre, el cargue de las acciones de mejora las actividades faltantes en el enlace compartido por la IPS y la Secretaría de Salud Departamental: https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/pamec_boyaca_boyaca_gov_co/Eu_BUxNQModFk5JTdkhIUVoB92j3NegYSpELil4fPghDsg?e=gwwrN7
2. Continuar con el desarrollo del realizar Pamec 2025.
3. Diligenciar la lista de chequeo de Seguridad del Paciente, en la casilla de observación, escribir los códigos del documento donde se encuentra la información y subir las evidencias correspondientes en cada carpeta.
4. Adjuntar información de la Resolución 256 cuarto trimestre 2024, primer, segundo y trimestre 2025: archivo excel y plano, pantallazo del cargue y recibido de Sispro.
5. Adjuntar información de la Resolución 256 de cuarto trimestre de acuerdo a las fechas dadas por Ministerio de Salud.

Para constancia se firma por quienes intervinieron en la presente diligencia el día 07 de noviembre del año 2025, de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente.

Por la Entidad Territorial:

Firma
Nombre **RUTH CRISTINA BARÓN FLÓREZ**
Documento de identidad **40.023.917**
Cargo **Profesional Universitario (contratista)**

Por el Establecimiento:

Firma
Nombre **PILAR ADRIANA TORRES MESA**
Documento de identidad **52.384.223**
Cargo **REPRESENTANTE LEGAL**

Firma
Nombre **LUZ DEIMY PASTAS**
Documento de identidad **46.383.633**
Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

El acta generada para el cargue y soporte documental, con el registro de actividades e informes, se adjunta a continuación.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos				
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad				
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)	Evidencia del compromiso profesional independiente con la seguridad del paciente con el diligenciamiento y firma del formato de compromiso con la Seguridad del paciente, que hace parte de la presente lista de chequeo. **FORMATO 1**	X		La política organización integra la política de seguridad del usuario 1. PE-GP-PL-001 POLITICA ORGANIZACIONAL V4 MAYO 2025 1. SOCIALIZACION POLITICA ORGANIZACIONAL SEP 2025 Otras políticas relacionadas con seguridad son: 2. PM-GU-PT-004 POLÍTICA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y TTO DATOS PERSONALES V5 AGO2025 2. SOCIALIZACION POLITICA SEGURIDAD DE LA INFORMACION Y TTO DATOS PERSONALES SEP 2025 3. PE-GP-PL-002 POLITICA HUMANIZACION PRESTACION SERVICIOS V3 MAYO 2025 3. SOCIALIZACION POLITICA HUMANIZACION PRESTACION DE SERVICIOS SALUD SEP 2025 4. PE-GP-PL-004 POLITICA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO V4 MAYO 2025 4. SOCIALIZACION POLITICA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEP 2025 5. PE-GS-PL-002 POLITICA USO DE EQUIPOS Y EPP V2 MAYO 2025 5. SOCIALIZACION POLITICA USO DE EQUIPOS Y EPP SEP 2025
Evidencia de la existencia de 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 en la entidad	No aplica	X		6. Acta Reglamentación Comité Dirección, Infecciones, Calidad y seguridad del paciente VR2 ENE 2025 6. SOC ACTA REGLAM COMITE DIRECCION, INFECCIONES, CALIDAD, SEG DEL PTE SEP 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

1

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan 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 misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)	No aplica	X		ACTAS SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025 – Actas comité de Calidad, Dirección, Infecciones y Seguridad del paciente
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional				
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	Evidencia del conocimiento básico en seguridad del paciente por el profesional independiente, mediante el diligenciamiento de la encuesta que hace parte de la presente lista de chequeo. **FORMATO 2**	X		1.PM-GA-PG-013 PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LOS USUARIOS V5 JUNIO 2025 1. PM-GA-LC-010 LDC PROGRAMA SEG DEL USUARIO ABR Y OCT 2025 1. SOCIALIZACION PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LOS USUARIOS FEB Y MAY 2025 1. EVALUACION PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LOS USUARIOS AGO 2025 2. PM-GA-PG-010 PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS VR5 JUNIO 2025 2. PM-GA-LC-002 LDC PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS MAY Y OCT 2025 2. SOCIALIZACION PROGRAMA EVENTOS ADVERSOS MAYO 2025 2. EVALUACION PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS MAY 2025 3. PM-GA-PR-001 PROC DE REPORTE Y ANALISIS DE EV ADVERSOS VR5 JUNIO 2025 3. PM-GA-LC-001 LDC PROC DE REP Y ANALISIS DE EV ADV MAY Y OCT 2025 3. SOCIALIZACION PROC DE REP Y ANALISIS DE EV ADV SEP 2025 3.EVALUACION PROC REPORTE Y ANALISIS EVENTOS ADVERSOS SEP 2025 4. PM-GU-PT-004 POLÍTICA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				Y TTO DATOS PERSONALES V5 AGO2025 4. SOCIALIZACION POLITICA SEGURIDAD DE LA INFORMACION Y TTO DATOS PERSONALES SEP 2025 5.PM-GA-PG-009 PROG DE HUMAN. EN LA PRESTACION DE SERVICIOS V4 JUNIO 2025 5.LDC PROG HUMAN COLABORADORES, DIRECTORES Y USUARIOS ABR Y OCT 2025 5. SOCIALIZACION PROG DE HUMAN EN LA PRES. DE SERVICIOS DE SALUD AGO 2025 5. EVALUACION PROG HUMAN DE LAS PREST DEL SERVICIO EN SALUD AGO 2025 6.PM-GA-PR-003 PROC GEST ADECUADA DE COMUN CON ENFOQ DIFERENCIAL VR4 JUNIO 2025 6.PM-GA-LC-016 LDC GEST. ADEC DE COM. CON ENFOQUE DIFERENCIAL ABR Y OCT 2025 6.SOC PROC GEST ADECUADA DE COMUN CON ENFOQ DIFERENCIAL SEP 2025 6.EVALUACION PROC GEST ADECUADA DE COM CON ENFOQ DIFERENCIAL SEP 2025 7. PM-GA-PG-001 PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA VR5 MAYO 2025 7. SOCIALIZACION PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA MAY Y SEP 2025 7. EVALUACION FARMACOVIGILANCIA AGO 2025 8. PM-GA-PT-003 PROTOCOLO VIGIFLOW VR2 MAYO 2025 8. SOCIALIZACION PROTOCOLO VIGIFLOW MAY 2025 8. EVALUACION VIGIFLOW MAY 2025 9.PM-GA-PG-002 PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA V5 OCT2025 9. SOCIALIZACION PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA AGO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				9.EVALUACION PROGRAMA TECNOVIGILANCIA AGO 2025 10.RONDA SEGURIDAD DEL PACIENTE I Y II SEMESTRE ABR Y OCT 2025.pdf

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos				
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención en el formato que hace parte de la presente resolución. **FORMATO 3**	X		1.PM-GA-PG-010 PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS VR5 JUNIO 2025 1.PM-GA-LC-002 LDC PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS MAY Y OCT 2025 1.SOCIALIZACION PROGRAMA EVENTOS ADVERSOS MAYO 2025 1.EVALUACION PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS MAY 2025 2. PM-GA-PR-001 PROC DE REPORTE Y ANALISIS DE EV ADVERSOS VR5 JUNIO 2025 2.PM-GA-LC-001 LDC PROC REP Y ANALISIS DE EV ADV MAY Y OCT 2025 2. SOCIALIZACION PROC DE REP Y ANALISIS DE EV ADV SEP 2025 2.EVALUACION PROC REPORTE Y ANALISIS EVENTOS ADVERSOS SEP 2025 3. PM-GA-PT-003 PROTOCOLO VIGIFLOW VR2 MAYO 2025.pdf 3. SOCIALIZACION PROTOCOLO VIGIFLOW MAY 2025 3. EVALUACION VIGIFLOW MAY 2025 4. NOT Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS 07.07.2025 4.VIGIFLOW CO-INVIMA 300608484 GLPRM202501 07.07.2025 5. NOT Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS 03.08.2052 5.VigiFlow_CO-INVIMA-300608733 GLPRM202502 03.08.2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				6. NOT Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS 16.10.2025 6.VigiFlowCO-INVIMA-300635960 GLPRM202503 16.10.2025
Definición e implementación de 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, este análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	Evidencia de análisis de causa a las fallas para los eventos adversos o incidentes priorizados que se presenten por el profesional independiente, documentando la columna respectiva del formato que hace parte de la presente lista de chequeo. **FORMATO 4**	X		8.ANALISIS DE CAUSAS DE EV ADVERSOS 31.08.2025 9. ANALISIS DE CAUSAS DE EV ADVERSOS 16.10.2025
d. Procesos Seguros				
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados	N.A.	X		1. PM-GA-DC-004 MATRIZ DE RIES SEG DE LOS USUARIOS V5 MAR 2025
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	N.A.	X		No se han presentado eventos, sin embargo, se socializan resultados y acciones de mejora en los comités de calidad (ver actas correspondientes)
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	N.A.	X		No se han presentado eventos, sin embargo, se socializan resultados y acciones de mejora en los comités de calidad (ver actas correspondientes)
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	Aplica para los servicios que ofrece	X		2.PM-GC-PR-001 PROCED ADOPCION GUIAS PRAC CLINICA V5 OCTUBRE 2025 2. SOCIALIZACION ADOPCION GUIAS DE PRACTICA CLINICA AGO 2025 2. EVALUACION PROC ADOPC DE GUIAS P.C AGO 2025 3.PM-GC-PR-002 PROCED IMPLEMENTACION GUIAS DE PRAC CLINICA V3 OCT 2025 3. SOCIALIZACION IMPLEMENTACION GUIAS DE P.C AGO 2025 3.EVALUACION PROC IMPLEMENT DE G.P.C AGO 2025
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de 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	Aplica para los servicios que ofrece	X		4.PA-GI-PG-001 PROG DE MANT DE INFRAESTRUCTURA V2 JUNIO 2025 4. SOCIALIZACION MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA AGO 2025 4. EVALUACION PROG MANT INFRAESTRUCTURA AGO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

5

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

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.				5.PA-GT-PG-001 PROG DE MANT EQUIPOS BIOMEDICOS V2 JUNIO 2025 5. PA-GT-LC-001 LDC PROG MANT DE EQUIPOS BIOMEDICOS MAY 2025 5. SOCIALIZACION PROG MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS AGO 2025 5. EVALUACION PROG MANT EQUIPOS BIOMEDICOS MAY 2025 6.PA-GT-PG-002 PROG DE REP - LIMPIEZA Y DESIN EQ ENDOSCOPICOS V4 JUNIO 2025 6. PA-GT-LC-005 LDC PROG DE REPROCES- LIM Y DESIN DE EQ ENDOS JUN 2025 6.SOCIALIZACION REPROC LIMP Y DESINF EQ ENDOSCOPICOS MAY 2025 6. EVALUACION REPROC LIMP Y DESINF DE EQ ENDOSC MAY 2025 7.PA-GT-PT-001 PROTOCOLO MANT EQUIPO BIOMEDICOS V2 OCT2025 7. SOCIALIZACION MANT DE EQUIPOS BIOMEDICOS MAY 2025 7. EVALUACION MANT EQUIPOS BIOMEDICOS MAY 2025 8. PA-GT-PT-002 PROT MANTEN EQUIPOS COMPUTO V2 JUNIO 2025 8.PA-GT-LC-004 LDC MTO PREVENTIVO EQUIPOS DE COMPUTO MAY 2025 8. SOCIALIZACION MANT EQUIPOS DE COMPUTO ABR-NOV 2025 8. EVALUACION MANT EQUIPOS DE COMPUTO ABR 2025 9.PA-GT-PT-003 PROT SOC Y SEG DE LAS TECNOLOGIAS EXISTENTES V4 JUNIO 2025 9. PA-GT-LC-002 LDC PROT SOC MAN Y SEG DE LAS TECNOLOGIAS SEP 2025 9. SOCIALIZACION SOC Y SEG DE LAS TECNOLOGIAS SEP 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Firma:____________________
Fecha: 05.11.2025
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

6

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

MinSalud · PROSPERIDAD PARA TODOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				9. EVALUACION PROT SOC MAN Y SEG DE LAS TECNOLOGIAS SEP 2025 10. PM-GA-PG-011 PROGRAMA DE MANEJO DE GASES MEDICINALES V4 JUNIO 2025 10. SOCIALIZACION PROG MANEJO DE GASES MEDICINALES JUL 2025 10. EVALUACION MANEJO DE GASES MEDICINALES JUL 2025 11. PM-GA-PT-004 PROT PARA EL USO, MANEJO Y CONT DE CARRO DE PARO V4 JULIO 2025 11. SOCIALIZACION USO PROTOCOLO CARRO DE PARO JUN 2025 11. EVALUACION REVISION DEL CARRO DE PARO JUN 2025 12. PM-GC-PG-005 PROGRAMA REANIMACION CARDIOCEREBROPULMONAR V5 OCT 2025 12. SOCIALIZACION PROTOCOLO REANIMACION CARDIOCEREBROPULMONAR AGO 2025 12. EVALUACION REANIMACION CARDIOCEREBROPULMONAR AGO 2025 13.PM-GC-PT-002 PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN Y ACCESOS VENOSOS V5 JULIO 2025 13. SOCIALIZACION PROTOCOLO VENOPUNCION Y ACCESOS VENOSOS AGO 2025 13. EVALUACION VENOPUNCION Y ACCESOS VENOSOS AGO 2025 14.PM-GC-PT-001 PROT PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES V5 JULIO 2025 14. SOCIALIZACION TOMA SIGNOS VITALES AGO 2025 14. EVALUACION SIGNOS VITALES AGO 2025 15.PM-GC-PT-009 PROT PARA LA INSERCIÓN Y MAN. DE SONDA VESICAL V4 JULIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

7

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				15.SOCIALIZACION INSERCION Y MANEJO DE SONDA VESICAL AGO 2025 15. EVALUACION INSERCION Y MANEJO SONDA VESICAL AGO 2025 16.PM-GA-PT-010 PROT DE ENF EN SEDACIÓN Y ANALGESIA V3 SEPTIEMBRE 2025 16. SOCIALIZACION PROTOCOLO SEDACION Y ANALGESIA JUN 2025 16. EVALUACION PROTOCOLO SEDACION Y ANALGESIA JUN 2025 17.PA-GT-PT-005 PROTOCOLO CONTINGENCIA TECNOLOGICA V4 JUNIO 2025 17. PA-GT-LC-003 LDC PROT DE CONTINGENCIA TECNOLOGICA SEP 2025 17. SOCIALIZACION PROT CONTINGENCIA TECNOLOGICA SEP 2025 17. EVALUACION PROT CONTINGENCIA TECNOLOGICA SEP 2025 18. PM-GC-PT-011 PROT DE TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA V3 JUNIO 2025 18. PM-GA-LC-018 LDC TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA OCT 2025 18. SOCIALIZACION PROTOCOLO TOMA ELECTROCARDIOGRAMA AGO 2025 18. EVALUACION TOMA ELECTROCARDIOGRAMA AGO 2025 19.PM-GC-PT-013 PROT DE ATENCION DE ENF EN CONSULTA V2 SEP 2025 19. SOC ATENCION DE ENFERMERIA EN CONSULTA JUL 2025 19. EVALUACION PROC ATENCION DE ENF EN CONS JUL 2025 20.PM-GC-PR-003 PROC REGISTRO INFO EN HISTORIA CLÍNICA V2 SEP2025 20. SOCIALIZACION REGISTRO INFO EN H.C AGO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

8

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				20. EVALUACION PROC REGISTRO INFO EN H.C AGO 2025 21.PM-GC-PR-004 PROC ACTIV ENF PRINCIPAL EN ENDOSCOPIA V2 JULIO 2025 21.SOCIALIZ ACTIV PRINCIPAL Y FUNC DE ENF PROCED ENDOS MAY 2025 21.EVALUACION ACTIVIDADES PRINCIPALES DE ENFERMERIA MAY 2025 22.PM-GC-PR-005 PROC ACTIV ENF CIRCULANTE ENDOSCOPIA V2 JULIO 2025 22. SOC. ACTIVIDAD CIRCULANTE ENF ENDOSCOPIA JUL 2025 22. EVALUACION ACTIV CIRCULANTE Y FUNC ENF PROC ENDOSC JUL 2025 23.PM-GC-PG-004 PROGRAMA AUDITORIA DE HC Y GPC V5 AGO 2025 23.SOCIALIZACION GUIAS DE PRACTICA CLINICA SEP 2025 23.EVALUACION GUIAS DE PRACTICA MANEJO DE H CLINICA AGO 2025

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente				
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	No aplica	X		1.PM-GC-FT-005 AUDITORIA INTERNA H. CLÍNICAS AGOSTO 2024 A ENE 2025 31.01.2025 1.PM-GC-FT-005 AUDITORIA INTERNA H. CLÍNICAS FEBRERO A JULIO 2025 28.08.2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	Debe medir los indicadores que le aplican	X		2.INDIC 2025 SEGURIDAD DEL PACIENTE 2.INDICADORES 256 3.PM-GC-PG-001 PROGRAMA PARA EL MANEJO DE HC V5 AGO 2025 3. SOCIALIZACION PROG MANEJO DE HICTORIAS CLINICAS AGO Y SEP2025 3. EVALUACION MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS AGO 2025 4.PM-GC-PG-002 PROGRAMA MANEJO CONSENTIMIENTO INFORMADO V5 AGO 2025 4. SOCIALIZACION PROGRAMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 4.EVALUACION CONSENTIMIENTO INFORMADO AGOST 2025 5.PM-GC-PG-004 PROGRAMA AUDITORIA DE HC Y GPC V5 AGO 2025 5. SOCIALIZACION AUDITORIA DE HC Y GUIAS DE P.C AGO 2025 5. EVALUACION AUDITORIA DE HC Y GUIAS DE P.C AGO 2025
3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infecciones 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	Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el **FORMATO 4** que hace parte de la presente lista de chequeo	X		No se han presentado eventos adversos relacionados con infecciones
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	Aplica	X		1.PM-GA-PG-006 PROGRAMA DE LAVADO DE MANOS V5 JUNIO 2025 1. SOCIALIZACION LAVADO DE MANOS MAY 2025
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		2.AUDITORIA LAVADO DE MANOS MAY- OCT 2025
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos como por ejemplo Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	Aplica	X		3.PM-GA-LC-006 LDC SOBRE PROG DE LAVADO DE MANOS MAY 3. PV-GM-FT-007 AUDITORIA INTERNA SEGURIDAD DEL USUARIO ABRIL 2025 OCT 2025 3. PA-GI-LC-002 LDC PGIRASA ABRIL - JUNIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

10

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	No aplica	X		4.PM-GC-PT-002 PROT DE VENOPUNCIÓN Y ACCESOS VENOSOS V5 JULIO 2025 4. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN Y ACCESOS VENOSOS AGOSTO 2025 4.EVALUACIÓN PROTOCOLO VENOPUNCIÓN AGOSTO 2025 5.PM-GC-PT-009 PROT PARA LA INSERCIÓN Y MAN. DE SONDA VESICAL V4 JULIO 2025 5.SOCIALIZACION INSERCION Y MANEJO DE SONDA VESICAL AGO 2025 5. EVALUACION INSERCION Y MANEJO SONDA VESICAL AGO 2025
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	No aplica	X		6. PM-GA-PG-007 PROGRAMA PARA EL AISLAMIENTO DE PACIENTES VR4 JUNIO 2025 6. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA DE AISLAMIENTO JUNIO 2025 6. EVALUACIÓN PROGRAMA DE AISLAMIENTO JUNIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

11

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		7. PM-GA-LC-005 LDC AISLAMIENTO DE USUARIOS ABR, OCT 2025
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	Aplica	X		8. PM-GA-MN-002 MANUAL DE BIOSEGURIDAD V5 JUNIO 2025 8. PM-GA-PG-012 PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD V5 JUNIO 2025 8. SOCIALIZACION MANUAL DE BIOSEGURIDAD JUNIO2025 8. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD 8. EVALUACION MANUAL DE BIOSEGURIDAD JUNIO 2025 8. EVALUACIÓN PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD JUNIO 2025
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		9. PM-GA-LC-011 LDC PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD ABRIL - OCTUBRE 2025
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	Aplica	X		No aplica
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		No aplica
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		No aplica
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		No aplica
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		10. ED INDIC 2025 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		No aplica
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica	X		No aplica
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, 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	Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el **FORMATO 4** que hace parte de la presente lista de chequeo	X		1.VIGIFLOW CO-INVIMA 300608484 GLPRM202501 07.07.2025 1.VIGIFLOW_CO-INVIMA-300608733 GLPRM202502 03.08.2025 1.VIGIFLOW_CO-INVIMA-300635960 GLPRM202503 16.10.2025
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad	No aplica	X		2. PM-GA-PG-014 PROGRAMA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS,

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

12

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias				DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS V5 JUNIO 2025 2. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA GESTION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS MAYO 2025 2. EVALUACIÓN PROGRAMA GESTION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS MAYO 2025 3. PM-GA-PR-004 PROCEDIMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS V4 JUNIO 2025 3. SOCIALIZACIÓN PROCEDIMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS JUNIO 2025 3. EVALUACIÓN PROCEDIMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS JUNIO 2025 6. PM-GA-PR-006 PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CARRO DE PARO V4 JULIO 2025 6. SOCIALIZACION PROCEDIMIENTO REVISION CARRO DE PARO JUNIO 2025 7. PM-GA-PT-004 PROTOCOLO PARA EL USO, MANEJO Y CONTROL DE CARRO DE PARO V4 JULIO 2025 7. SOCIALIZACION PROTOCOLO CARRO DE PARO JUNIO 2025 8. PM-GA-PT-005 PROTOCOLO SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 8. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS MAYO 9. PM-GA-PT-006 PROTOCOLO ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 9. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS MAYO 2025 10. PM-GA-PT-007 PROTOCOLO TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

13

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				10. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS MAYO 2025 11. PM-GA-PT-008 PROTOCOLO RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 11. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS MAYO 2025 12. PM-GA-PT-009 PROTOCOLO ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 12. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 13. PM-GA-PT-010 PROTOCOLO CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 13. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 14. PM-GA-PT-011 PROTOCOLO CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 14. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO CONTROL FECHA DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 15. PM-GA-PT-012 PROTOCOLO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 15. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 16. PM-GA-PT-013 PROTOCOLO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 16. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 17. PM-GA-PT-014 PROTOCOLO DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 17. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:______________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez

14

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				18. PM-GA-PT-015 PROTOCOLO DISPOSICIÓN FINAL DE MEDICAMENTOS VR1 JUNIO 2025 18. SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO DISPOSICION FINAL DE MEDICAMENTOS JUNIO 2025 19. PM-GA-MN-003 MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO V3 JUNIO 2025 19. SOCIALIZACIÓN MANUAL BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO JULIO 2025
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	No aplica	X		4. PM-GA-LC-020 LCD PROCEDIMIENTO SOBRE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ABRIL - OCTUBRE 2025 5. PM-GA-LC-019 LDC PROGRAMA GESTION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS ABRIL - OCTUBRE 2025 abr-25

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco 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	Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado	X		20. PM-GA-PG-003 PROGRAMA DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS VR5 JUNIO 2025 20. SOCIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS JULIO 2025 20. EVALUACION ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS JULIO 2025
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		21. PM-GA-LC-004 LDC ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS ABRIL - OCTUBRE 2025
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los deferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución 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	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado	X		22. PM-GA-PG-004 PROGRAMA DE USO SEGURO Y RACIONAL DE ANTIBIOTICOS V3 JUNIO 2025 22. SOCIALIZACIÓN USO SEGURO Y RACIONAL DE ANTIBIOTICOS JULIO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
15

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

				22. EVALUACIÓN PROGRAMA USO SEGURO Y RACIONAL DE ANTIBIOTICOS JULIO 2025
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		23. PM-GA-LC-009 LDC USO SEGURO Y RACIONAL DE ANTIBIOTICO ABRIL - OCTUBRE 2025
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica	X		24.PM-GA-PT-016 PROT MARCAC Y FÁCIL IDENT MED ALTO RIESGO VR1 JUNIO 2025 24.SOC PROT MARCACION FACIL IDENT MED ALTO RIESGO OCT 2025
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	No aplica	X		25.PM-GA-LC-023 LDC RECEP DE MTOS E INSUMOS PROV A INS OCT 2025
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias		X		NO aplica. No contamos con servicios de internación y urgencias
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, 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	Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el **FORMATO 4** que hace parte de la presente lista de chequeo	X		No se ha presentado

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos	Aplica para la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio. Se verificará revisando los datos de identificación de la Historia Clínica	X		1.PM-GA-PG-017 PROGRAMA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE USUARIOS VR4 JUNIO 2025 1. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO MAYO 2025

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
16

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación				1. EVALUACIÓN IDENTIFICACION CORRECTA DEL USUARIO MAYO 2025
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		2. PM-GA-LC-007 LDC IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE USUARIOS MAYO - OCTUBRE 2025
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	No aplica	X		No aplica, no contamos con esos servicios ni internación
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía 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	No aplica	X		No se han presentado eventos adversos relacionados con los procedimientos institucionales
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorios, 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. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	No aplica	X		1.PM-GA-PG-021 PROGRAMA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS VR1 JUNIO 2025 1. PM-GA-LC-021 LDC PROGRAMA DE SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS ABRIL - OCTUBRE 2025 1. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTO JUNIO 2025 1. EVALUACIÓN PROGRAMA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS JUNIO 2025 1. PM-GC-LC-001 FORM LISTA DE CHEQUEO PREPROCEDIMIENTO V5 FEB 2025 1. LDC PREPROCEDIMIENTO EVDA Y COLONOSCOPIA. JULIO 2025
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS				

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
17

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

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	No aplica	X		No se han presentado eventos adversos relacionados con caídas

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del paciente que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	No aplica	X		Se utiliza la escala Downton 1. FORMATO ESCALA DOWNTON CAIDAS
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación	No aplica	X		2. PM-GA-PG-005 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDAS V3 JUNIO 2025 2. SOCIALIZACIÓN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDAS JULIO 2025 2. EVALUACION PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDAS JULIO 2025
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica	X		3. PM-GA-LC-003 LDC PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS JULIO - OCTUBRE 2025
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión 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	No aplica			No aplica
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	No aplica			No aplica
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas	No aplica			No aplica

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
18

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene				
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			No aplica
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BIONOMIO MADRE HIJO				

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, 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	No aplica			No aplica
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	No aplica			No aplica
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			No aplica
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar la partograma	Aplica para lo relacionado con el control prenatal ambulatorio			No aplica
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			No aplica
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			No aplica
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica			No aplica
10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA				

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
19

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓ
ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2014

Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, 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 que involucre a l bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	No aplica			No aplica

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.	No aplica			No aplica
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	No aplica			No aplica
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			No aplica

• **Entidades con objeto social diferente**: Aplica lo relacionado con profesionales independientes si la entidad sólo oferta la atención a través de un consultorio. Si oferta varios servicios de salud y/o cuenta con un delegado responsable de la coordinación de los de servicios salud que habilita, aplicará lo relacionado con la lista de chequeo para IPS.
• **Servicio de Transporte Especial de Pacientes**: Si el servicio de transporte especial de pacientes pertenece a una IPS, la IPS aplica la lista de chequeo para IPS garantizando que los requisitos de seguridad del paciente se apliquen también en el servicio de transporte de pacientes que oferte. Si el servicio de transporte especial de pacientes se presenta como una clase de prestador, aplicará todo lo de la lista de chequeo para IPS, y las guías clínicas y/o procedimientos se adecuarán a los procedimientos que se oferten.

IPS: GASTROLIFE SAS TEL:3229437961
Municipio: Duitama, Boyacá COD: 152380273601
Fecha: 05.11.2025
Funcionario que recibe la visita: Pilar Adriana Torres Mesa – Rep Legal
Firma:____________________
Nombre referente S.S.B: Ruth Cristina Barón Flórez
20

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

5. CONTABLE Y TRIBUTARIA

En el 2025, GASTROLIFE mantiene el régimen de tributación simple.

Los ingresos operacionales fueron de $938.990.102, frente a $656.791.792 en 2024, lo que representa un incremento del 42,7%.

Los costos de venta fueron de $574.730.043 principalmente en costos laborales y honorarios de especialistas.

Se realizaron inversiones en nuevos dispositivos, fortaleciendo la oferta asistencial y calidad tecnológica de los procedimientos y procesos institucionales.

El pago de impuestos y obligaciones fiscales, se realizaron en los tiempos establecidos y la empresa se encuentra al día con estas responsabilidades.

La utilidad al final del ejercicio es de $131.918.366, como se refleja en los estados financieros.

INDICADORES	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Rentabilidad sobre el activo	0,26%	3,61%	0,91%	4,33%	7,48%	38,80%	10,01%	28.12%
Rentabilidad sobre el patrimonio	4,28%	30,36%	9,56%	26,72%	42,76%	71,02%	17,01%	37,42%
Indicador de liquidez	0,72	0,74	0,87	0.93	0,68	1,01	1,34	2,57

Los indicadores muestran a GASTROLIFE como una empresa que ha venido creciendo sostenidamente en el patrimonio, con liquidez suficiente para el cumplimiento de sus obligaciones, con aumento progresivo de la rentabilidad y un alto potencial en la generación de ingresos a futuro. La mayor parte del endeudamiento de la empresa corresponde a obligaciones con la única accionista, con un índice de endeudamiento de 0,25, lo que hace prever estabilidad frente a posibles riesgos en el cumplimiento de sus compromisos con terceros.

6. PROYECCIONES PARA EL 2026

Los cambios hacen parte de la vida y aprender a fluir con ellos, ha sido uno de los más grandes aprendizajes que he tenido como directora y capitana de esta empresa. Las grandes dinámicas sociales y estructuración actual del sistema de salud, sumado a las necesidades de los colombianos y boyacenses por una medicina de calidad, con asesorías personalizadas de sus procesos de salud, nos retan a seguir trabajando en optimizar nuestro procesos institucionales, fomentar la creación de nuevos servicios y procedimientos, generar comunicación cercana con los usuarios y aliados estratégicos para escuchar y establecer las necesidades del sector, para trabajar juntos en pro del bienestar y salud que todos nos merecemos.
Llegar es fácil, mantenerse es la clave y requiere de compromiso, disciplina y claridad en los objetivos, sin perder de vista lo esencial, la calidad, calidez y confianza de las interacciones y sostener el bienestar del pilar de cualquier empresa: el talento humano. Son ellos los encargados de transmitir lo que viven dentro de las empresas a los usuarios. Es una política de coherencia e integridad que habla más que cualquier palabra y se siente a nivel vibracional en cualquier relación humana.
Los procesos que venimos fortaleciendo en calidad y seguridad del paciente, la nueva autoevaluación de nuestro procesos y la humildad para reconocer que seguimos siendo aprendices y estudiantes de la vida, nos darán la resiliencia y valentía para sortear las mareas que vengan en este 2026, reaprender, rehacer y corregir los procesos institucionales, seguir entrenándonos en volvernos eficientes y conocedores de la norma, de los paquetes

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita

instruccionales del ministerio y demás información de base que le da el contexto real y sentido a todo lo que hacemos en el área asistencial y es el soporte por el cual cualquier colaborador sabe lo que tiene que hacer, como resolver los inconvenientes y actúa con la honestidad, humanidad y claridad que los usuarios requieren, para fortalecer los lazos de confianza mutuos, para seguir aprendiendo y sanando juntos.

Los retos que vienen son optimizar el diagnóstico y manejo del sobrecrecimiento bacteriano e intolerancias alimentarias, la fisioterapia del piso pélvico y terapia biofeedback, fortalecer la educación en las diversas opciones de diagnóstico disponibles y hacerlas accequibles para nuestra población, generar alianzas con otras unidades y grupos de trabajo para licitar en convocatorias mayores, aumentar nuestra área de impacto social con información clara y veraz, que sea útil para los usuarios y comunidad en general.

También es importante fortalecer y apoyar el programa nacional para la interoperabilidad de la HC, que pretende garantizar que los usuarios tengan acceso fiable a su información médica, desde cualquier institución, al igual que fiscalizar los procesos de atención medica en el país.

Estamos cumpliendo con la normatividad no solo por cumplir, es una dinámica de querer hacer bien las cosas porque es lo correcto y al final del dia, nos genera la tranquilidad para dormir muy bien, con la consciencia de hacer lo que debe hacerse, para el más alto bien y bienestar de todos. Las líneas éticas son fronteras invisibles y como seres humanos a veces no las vemos, por eso es importante trabajar con dirección, fomentar la autocrítica y permitir que las auditorias y asesores cumplan su trabajo de orientar, hacia donde se ha planeado ir o redirigir, si se está caminando hacia situaciones de oscuridad.
Somos el resultado de nuestras decisiones y por eso mi bandera de asesoría en salud en el centro médico es hacia generar consciencia y responsabilidad individual, haciendo énfasis en que la salud no debe darse por sentada, se construye con las decisiones y acciones diarias y siempre depende de cada uno. Lo que hay y resultados actuales, no los puedo cambiar, sin embargo, son mi punto de partida para programar hacia donde quiero ir.
Cuento en este momento con el respaldo, apoyo y compromiso de mi equipo de trabajo y los nuevos colaboradores, aliados y socios que están llegando, al igual que todos los que están por llegar. Todo es neutro y perfecto y por ello elijo disfrutarme este camino de creación, porque lo importante no es la meta que se busca alcanzar, es disfrutar el paisaje y compañía, mientras se llega a ella. Gracias infinitas a todos, por la confianza, apoyo y amor. Gracias, Gracias, Gracias.

Deseo que sigamos construyendo con acciones sostenibles y coherencia, la realidad que buscamos como sociedad, ¡para seguir Aprendiendo, Creciendo y Sanando Juntos!

Cordialmente,

PILAR ADRIANA TORRES MESA
Directora Médica y Ejecutiva - Representante Legal
Especialista en Alta Gerencia - Coach Corporativo y de Vida de Alto Impacto
Especialista en Oncología Peritoneal, Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva, Cirugía General
GASTROLIFE SAS

Este documento y su contenido es propiedad de GASTROLIFE SAS, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita