



GOBERNACIÓN
DEL HUILA
Secretaría de Salud

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Area de Habilitación

ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD No 016

"Por la cual se impone una Medida de Seguridad, de conformidad con los fundamentos jurídicos establecidos en la Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, la Ley 9 de 1979, Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006."

En Neiva (H), a los 23 días del mes de Mayo del año 2017, se presentó en: LA CLINICA ODONTOLÓGICA SORPISA BLANCA UBICADA EN LA DIRECCIÓN CTA N° 7-02 BARRIO PAEZ PISO 2 - LA PAZ la Comisión Técnica Verificadora de Condiciones de Habilitación de la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, quien procedió de conformidad con sus competencias y atribuciones a **realizar visita de inspección vigilancia y control al prestador de servicios de salud:** CLINICA ODONTOLÓGICA SORPISA BLANCA.

Objeto de la Visita: Realizar visita de inspección vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud, con el objeto de verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas en la Resolución 2003 de 2014 y en el Decreto 780 de 2018.

Esta visita se realiza de conformidad al numeral 4.1 de la Resolución 2003 de 2014 "...Ejecución de la visita...". En la reunión de apertura, se dio a conocer el objetivo de esta visita, la cual no fue notificada por tratarse de una visita de Inspección, Vigilancia y Control.

Seguidamente se identificaron las personas encargadas de realizar visita de inspección, vigilancia y control de la Secretaría de Salud Departamental del Huila y los responsables de atender la visita:

Miembros de la Comisión Verificadora de la Secretaría de Salud Departamental del Huila:

MARCELA CONSUELO ANGARITA RIVERO, YEIDY CAROLINA MAGAÑA TERESA y SANDRA MARCELA GARCIA GARZÓN

Responsables de atender la visita:

MARCELA SANABRIA (RECEPCIONISTA)





GOBERNACIÓN
DEL HUILA
Secretaría de Salud

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Area de Habilitación

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

CLINICA ODONTOLÓGICA SON RISA PLANCA, UBICADA EN LA CRA 4º No. 7-02, EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA, EN UN 2º PISO, QUE ACCEDA CON ACCESO SOLO A TRAVÉS DE ESCALERAS.

- DISPONE DE 2 UNIDADES ODONTOLÓGICAS Y PRESTA SERVICIOS (OFERTA) EN: CIRUGÍA ORAL, ORTODONCIA PERIODONCIA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, PROSTODONCIA, ESTÉTICA DENTAL, ENDODONCIA Y REHABILITACIÓN ORAL.

HECHOS QUE AFECTAN LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LAS PERSONAS

En desarrollo de la visita se evidenciaron los siguientes hechos, que afectan la salud individual y colectiva de las personas:

- LA CLINICA ODONTOLÓGICA NO SE ENCUENTRA HABILITADA EN EL REPS,
 - REFIERE LA SEÑORITA MARCELA SANABRIA QUE EN LAS INSTALACIONES DE LA CLINICA PRESTA SUS SERVICIOS EL PROFESIONAL DIEGO MOMPOTER QUIEN TIENE DISTINTIVO DE HABILITACIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA CRA 4 No. 7-52.
 - POR REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS SE EVIDENCIA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES:
 - GLORIA ISABEL GARRÓN RAMÍREZ Y MARIA DO GEMER MONTAÑO PRESTANDO EL SERVICIO DE ORTODONCIA QUIENES NO SE ENCUENTRAN HABILITADOS EN ESTA SEDE.
- LO ANTERIOR NO GARANTIZA LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.





GOBERNACIÓN
DEL HUILA
Secretaría de Salud

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Area de Habilitación

NORMAS APLICABLES AL CASO CONCRETO

- Ley 715 de 2001
- Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006.
- Resolución 2003 de 2014
- Ley 9 de 1979

CONSIDERACIONES

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

Que el personal competente, encargado de realizar la visita de inspección, vigilancia y control por parte de la Secretaría de Salud Departamental, conceptúa favorablemente sobre la viabilidad de aplicar la medida sanitaria que se procede a determinar a continuación:

CONCLUSIONES DE LA VISITA

De conformidad con todo lo expuesto anteriormente y dando cumplimiento al artículo 2.5.1.7.5 Decreto 780 de 2016, se determina:

PRIMERO. IMPONER MEDIDA DE SEGURIDAD consistente en:
CLAUSURA TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO.

SEGUNDO. La medida de Sanitaria de Seguridad que aquí se impone y notifica, se mantendrá durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de imposición de la medida o hasta que se subsanen los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios, e implica la iniciación de un proceso sancionatorio de carácter administrativo contra





**GOBERNACIÓN
DEL HUILA**
Secretaría de Salud

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Area de Habilitación

DIEGO ALEXANDER MONDOTES BECERRA, GLORIA ISABEL CHARRY
RAMIREZ y MARIA ANGELICA MONTAÑA S.

Se procede por parte de la Comisión Verificadora de Condiciones de Habilitación de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, a realizar la respectiva imposición de Sellos.

OBSERVACIONES

1. Contra esta medida de seguridad no procede recurso alguno.
2. Se hace entrega de este acto, al personal encargado de atender la visita.

Dada en La Plata (Huila), a los 23 días del mes de Mayo del año 2017.
HORA: 4:20 p.m.

Firman la presente acta:

Personas que firman la presente Acta de visita de parte del Prestador:

Firma <u>[Signature]</u>	Firma	Firma:
<u>Materia Sanabria</u>		
<u>1021410660</u>		
<u>Empleada</u>		

Miembros de la comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental:

Firma: <u>[Signature]</u>	Firma <u>[Signature]</u>	Firma <u>[Signature]</u>
Nombre: <u>[Name]</u>	Nombre: <u>[Name]</u>	Nombre: <u>[Name]</u>
CC: <u>[ID]</u>	C.C.: <u>[ID]</u>	C.C.: <u>[ID]</u>
Cargo: Profesional especializado Funcionaria SSDH	Cargo: Profesional verificador de Apoyo	Cargo: Profesional verificador de Apoyo

Representantes de Autoridades que acompañan la diligencia de Inspección, Vigilancia y Control:

Firma:	Firma	Firma
Nombre:	Nombre:	Nombre:
CC:	C.C.:	C.C.:
Cargo:	Cargo:	Cargo:

