

|                     |   |                              |
|---------------------|---|------------------------------|
| <b>nueva</b><br>eps | <b>ACTA VISITA DE EVALUACION TECNICA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA SANTA ROSA DE VITERBO</b><br><b>NIT 891855438-4</b> | VERSIÓN:<br>V 2.0            |
| CÓDIGO<br>GC-F-09   | Consecutivo No.   | FECHA ACTUALIZACIÓN: 05-2008 |

|            |            |            |                                   |                           |
|------------|------------|------------|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>AÑO</b> | <b>MES</b> | <b>DÍA</b> | <b>Líder del Comité o Reunión</b> | Giovanny Fuquene Suarez   |
| 2018       | 10         | 25         | Cargo                             | Enfermero de Calidad NEPS |

| ASISTENTES              |                                |                      |                  |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------|
| NOMBRE                  | CARGO                          | NOMBRE               | CARGO            |
| GIOVANNY FUQUENE SUAREZ | Enfermero de Calidad Nueva EPS | JULIA ROSARIO TORRES | COORDINADORA IPS |
| SELMIRA ESTUPIÑAN       | LIDER DE DESARROLLO IPS        |                      |                  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>OBJETIVO:</b> | Realizar visita de Evaluación Técnica de Calidad, aplicando el Instrumento establecido y establecer acciones de mejora, según hallazgos. |
|------------------|--|

| AGENDA  |
|---|
| 1. Reunión de Apertura y explicación de Metodología.    |
| 2. Aplicación del Instrumento y revisión de evidencias. |
| 3. Hallazgos y conclusiones.                            |
| 4. Compromisos y cierre.                                |

#### GENERALIDADES DE LA REUNIÓN / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

- Se Realiza reunión de apertura donde se explica al coordinador de la **IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA SEDE SANTA ROSA DE VITERBO. NIT 8911855438-4**, la metodología a utilizar durante la visita, la cual consiste en recorrido por las instalaciones, aplicación del instrumento mediante verificación documental y ante hallazgos encontrados la generación de compromisos por parte de la IPS.
- Se realiza aplicación del instrumento y revisión de evidencias en cada uno de los 32 ítems.
- Hallazgos
  - Accesibilidad:** No se presentaron hallazgos.
  - Continuidad:** No se presentaron hallazgos.
  - Oportunidad:** No se presentan hallazgos
  - Pertinencia:** No se presentan hallazgos
  - Satisfacción:** No se evidencian hallazgos
  - Seguridad:** No se evidencian hallazgos
  - Otros:** No se cuenta con registro de historias clínicas sistematizado.

El ponderado obtenido por la **IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA SEDE SANTA ROSA DE VITERBO**, es de 4,90. Se solicita realizar las acciones de mejora a los procesos evaluados, tendientes a mantener la calidad de la atención en salud, para atención a los usuarios afiliados de Nueva EPS.


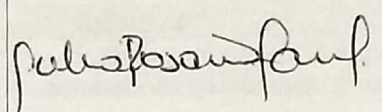
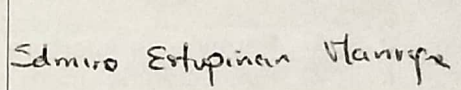


|                          |   |                                     |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <b>nueva</b><br>eps      | <b>ACTA VISITA DE EVALUACION TECNICA EMPRESA<br/>SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE<br/>DUITAMA SANTA ROSA DE VITERBO<br/>NIT 891855438-4</b> | <b>VERSIÓN:</b><br>V 2.0            |
| <b>CÓDIGO</b><br>GC-F-09 | <b>Consecutivo No.</b>  | <b>FECHA ACTUALIZACIÓN:</b> 09-2008 |

Compromisos y cierre: Con los compromisos generados a continuación por las partes, se da por cerrada visita a la IPS.

| No. | COMPROMISOS   | RESPONSABLE                       | FECHA<br>ENTREGA | CHECK<br>LIST |
|-----|---|-----------------------------------|------------------|---------------|
| 1   | Realizar las acciones de mejora planteadas en la lista de chequeo y en la presente acta para garantizar la calidad de la atención en salud a los usuarios de Nueva EPS. | Coordinador de calidad IPS        |                  |               |
| 2   | Realizar seguimientos periódicos.   | Enfermero de Calidad de Nueva EPS |                  |               |

**FIRMA DE ASISTENTES**


|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |  |
| Cargo: <u>ENF CALIDAD</u>  | Cargo: <u>Lider Prime Nivel</u>  | Cargo: <u>Lider Desarrollo Organizacional</u>                                       |

**Elaboró acta:**

Nombre: GIOVANNY FUQUENE SUAREZ

Cargo: ENFERMERO DE CALIDAD ZONAL BOYACA NUEVA EPS



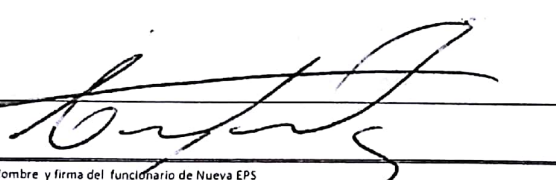
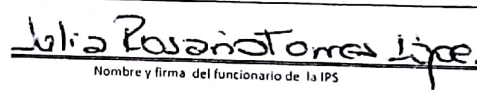
| nueva EPS  |  | EVALUACIÓN DE CALIDAD DE PRESTADORES<br>VICEPRESIDENCIA DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE CALIDAD |      |  |  VERSION: V 3.0<br>FECHA ACTUALIZACIÓN: 3 2017   |           |
|--|--|--|------|--|---|-----------|
| INSTRUMENTO DE AUDITORIA   |  |  |      |  |   |           |
| Fecha  | DD   | MM   | AAAA | Regional   | REGIONAL CENTRO - ORIENTE   |           |
| Código de habitación   | 25   | OCTUBRE  | 2018 | Zonal  | ZONAL BOYACA  |           |
| Razón social   | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA   |  |      | Departamento   | Boyacá  |           |
| Nombre de la sede IPS  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA SEDE SANTA ROSA DE VITERBO  |  |      | Municipio  | SANTA ROSA DE VITERBO   |           |
| Población que Atiende  | Subsidiado   |  |      | Cod Dane   | 15691   |           |
| NIT  | 891855438  | Dv del nit   | 4    | Nivel de Atención  | I   |           |
| Ambito   | Ambulatorio  |  |      |  |   |           |
| Nombre funcionario de Nueva EPS  | GIOVANNY FUQUENE SUAREZ  |  |      | Nombre del funcionario de la IPS   | JULIA ROSARIO TORRES  |           |
| Calificación: La matriz ya viene formulada   |  |  |      | Cumple   | Cumple Parcialmente   | No Cumple |
|  |  |  |      | 5  | 3   | 1         |
| CRITERIOS DE EVALUACION  |  |  |      | PUNTAJE PROMEDIO   |   |           |
| EVALUACIÓN CALIDAD INTRINSECA DE LA IPS ( EVALUAR JUNTO CON LA CALIFICACION DE CRITERIOS DE HABILITACION )   |  |  |      | OBSERVACION  |   |           |
| La IPS cuenta con la habilitación vigente para los servicios ofertados<br>( SI NO CUENTA CON REGISTRO VIGENTE, DILIGENCIA NO Y SI, SI CUENTA CON EL REGISTRO VIGENTE) En las observaciones registre la vigencia de la renovación de la habilitación de servicios, novedades de habilitación de acuerdo al Resolución 2003 del 2014 en los artículos 9 y 12 y/o servicios prestados sin habilitación vigente. |  |  |      | SI<br>[ ENFERMERIA-MEDICINA GENERAL-ODONTOLOGIA-PSICOLOGIA-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO -TAMIZACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO- CONSULTA PRIORITARIA - URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO - TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO -SERVICIO FARMACEUTICO- PROTECCION ESPECIFICA: ATENCION AL RECIEN NACIDO- PROTECCION ESPECIFICA: VACUNACION-PROTECCION ESPECIFICA: ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL- PROTECCION ESPECIFICA: ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES- DETECCION TEMPRANA: ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENOR A 10 AÑOS-DETECCION TEMPRANA ALTERACION DEL DESARROLLO DEL JOVEN 10-29 AÑOS- DETECCION TEMPRANA: ALTERACIONES DEL EMBARAZO- DETECCION TEMPRANA: ALTERACIONES EN EL ADULTO MAYOR A 45 AÑOS- DETECCION TEMPRANA: CANCER DE CUELLO UTERINO- DETECCION TEMPRANA: CANCER DE SENO- DETECCION TEMPRANA: ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL- TRANSPORTE ASISTENCIAL - PROCESO ESTERILIZACION. |   |           |
| Número de Camas en Hospitalización   | NA   | Número de Camas en UCI   | NA   | 5 MEDICOS TIEMPO COMPLETO , 2 ENFERMERAS, 2 ODONTOLOGO TIEMPO COMPLETO, 1 BACTERIOLOGA DE TIEMPO COMPLETO, 1 PSICOLOGA PARA PLAN DE INTERVENCIONES, - 1 CONDUCTORES DE AMBULANCIA , PERSONAL ADMINISTRATIVO  |   |           |
| Número de Salas de cirugía   | NA   | Número de salas de parto   | NA   |  |   |           |
| Número de consultorios de consulta externa   | 2  | Número de sedes  | 1    |  |   |           |
| A. ACCESIBILIDAD   |  |  |      | 5,00   |   |           |
| Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |  |  |      |  |   |           |
| 1  | Si cuenta con el servicio de urgencias: existe y se encuentra socializado un protocolo y/o procedimiento para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades de acuerdo a la clasificación del triage en lo establecido en la Resolución 5596 del 2015. <u>VERIFICAR:</u> El protocolo, las actas de socialización, el cumplimiento del procedimiento del triage en el servicio de urgencias y medición del indicador tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II en el servicio de urgencias.  |  |      | 5  | SE EVIDENCIA PROCEDIMIENTO Y PROCESO PARA ATENCION DE URGENCIAS ACTUALIZADO EN OCTUBRE DE 2017 SE EVIDENCIA SOCIALIZACION OCTUBRE 2017  |           |
| 2  | Cuenta la IPS con consulta no programada: existe y se encuentra socializado un protocolo y/o procedimiento para la atención de consulta no programada, orientado a atender las condiciones de salud de baja complejidad que no supere las 24 horas desde la solicitud de la atención encaminado a fijar prioridades de efectividad, calidad y rapidez, en especial a los menores de edad, gestantes, ancianos y discapacitados de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014. <u>VERIFICAR:</u> El documento físico del protocolo y/o procedimiento donde se señalen las condiciones para la atención de consultas no programadas, las actas de socialización y verificación de capacidad instalada en la atención de usuarios que requiera consulta no programada, si en la IPS no cuenta con el servicio de consulta prioritaria verificar el servicio de consulta externa revisar agendas de las especialidades que ofrezca la IPS.  |  |      | 5  | SE EVIDENCIA PROTOCOLO INSTITUCIONAL ACTUALIZADO A OCTUBRE DE 2017 CON PROCESOS DEFINIDOS PARA LA ATENCION DE POBLACION ESPECIAL Y GENERAL. SE EVIDENCIA SOCIALIZACION OCTUBRE 2017   |           |
| 3  | Cuentan con un programa de atención en salud: víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. <u>VERIFICAR:</u> El documento se encuentra soportado y socializado en la orientación y su evaluación de víctimas de abuso sexual y para los servicios de urgencias y hospitalización cuentan con el Kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual de acuerdo a la resolución 0459 del 2012 o normatividad que la modifique, adicione o sustituya, de igual manera en la revisión del proceso de reporte de notificación de casos violencia de genero al sistema de información SIVIGILA.  |  |      | 5  | SE EVIDENCIA DOCUMENTO: PROTOCOLO CON FECHA 6 DE OCTUBRE DE 2017 Y RUTA DE ATENCION INSTITUCIONAL EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJER SE EVIDENCIA SOCIALIZACION OCTUBRE 2017   |           |
| 4  | La IPS cuenta con adecuación y cumplimiento de infraestructura de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014, Decreto 1538 de 2005 y circular externa 0010 del 30 de marzo del 2015 para la atención de pacientes discapacitados:<br>1. Señalización clara y visible<br>2. Unidades sanitarias<br>3. Ascensores<br>4. Las rampas del piso estén uniformes<br>5. Antideslizantes<br>6. Pasamanos e<br>7. Implementación de estrategias de comunicación efectiva de doble vía entre el personal de salud y las personas con discapacidad<br><u>VERIFICAR:</u> si la IPS tiene más de tres niveles deben funcionar ascensores y/o rampas, los ascensores deben tener puertas anchas mínimo que quepa y pise una camilla y para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas debe contar con espacio libre delante de la puerta de la cabina de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014.<br>De acuerdo a lo anterior califique 5 si cumple con los siete criterios para la atención de pacientes discapacitados, califique 3 si cumple de dos a seis criterios y califique 1 si no cumple ninguna condición para la atención, se debe tener en cuenta las sedes que son de un nivel no es obligatorio la disonibilidad de los ascensores y/o rampas. |  |      | 5  | INSTALACION DE UN NIVEL SEÑALIZACION CLARA Y VISIBLE, INFRAESTRUCTURA ADECUADA, BAÑOS PARA DISCAPACITADOS Y BAÑO PARA PACIENTES, CONSTRUCCION ANTIGUA CON VISITA DE LA SECRETARIA EN PRIMER TRIMESTRES DE 2017 CON ALGUNOS HALLAZGOS SUBSANADOS EN LAS DIFERENTES AREAS. ACTUALMENTE NO HAY CONSTRUCCIONES AL INTERIOR DE LA ESE. |           |



|   |   |      |   |
|---|---|------|---|
| 5   | La IPS tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios desde la solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica hasta la entrega de resultados:<br>1. El documento se encuentre soportado, actualizado y socializado.<br>2. El horario de atención se encuentre publicado.<br>3. Proceso de Agendamiento e información de la preparación y recomendaciones de exámenes.<br>4. Entrega de resultados para usuarios y<br>5. Para aquellos casos que requiera una mayor confidencialidad de entrega de resultados de VIH, pruebas de embarazo entre otras y los consultorios cuenten con las condiciones de infraestructura y garantice la privacidad de la toma de muestra y entrega de resultados a los pacientes.<br><b>VERIFIQUE:</b> Califique 5 si cumple con los 5 criterios de evaluación, califique 3 si cumple con 3 y/o 4 criterios de evaluación y califique 1 si cumple menos de dos criterios de evaluación. | 5    | LA IPS CUENTA CON PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO Y ENTREGA DE RESULTADOS PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE CONSULTA EXTERNA EL CUAL GARANTIZA LOS PROTOCOLOS DE AGENDAMIENTO, ENTREGA DE RESULTADOS Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION. FECHA ACTUALIZACION 06/10/2017. FECHA DE SOCIALIZACION PROTOCOLOS OCTUBRE 2017                        |
| <b>B. CONTINUIDAD</b>   |   | 5.00 |   |
| Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.   |   |      |   |
| 6   | La IPS cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia <b>VERIFICAR:</b> el proceso se encuentre documentado, validado, socializado y cuente con el recurso humano responsable que participe en el diligenciamiento de bitácoras y en el seguimiento de cumplimiento de acuerdo al Decreto 4747 del 2007 para la remisión de pacientes.   | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, ACTUALIZADO DE 06/10/2017. SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROCEDIMIENTO TRASLADO DE PACIENTES CON FLUJOGRAMAS DE ATENCION. SE EVIDENCIA SOCIALIZACION DEL DOCUMENTO OCTUBRE 2017   |
| 7   | La IPS cuenta con un análisis de las patologías más frecuentes de consulta y atención que garantice la continuidad de la prestación de servicios de salud. <b>VERIFIQUE:</b> la IPS realiza el análisis de las patologías de mayor frecuencia en la IPS de acuerdo a los servicios habilitados y nivel de complejidad. Califique 5 si se encuentra actualizado y cuenta con un informe en el análisis de información, califique 3 si cuenta solamente con el listado de las patologías sin análisis y califique 1 si no cuenta con algún tipo de información.   | 5    | SE EVIDENCIA INFORME POR PERFIL EPIDEMIOLOGICO LISTADO DE 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA GENERAL Y POR GRUPOS ETAREOS. SE EVIDENCIA DOCUMENTO ANALISIS DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SEMESTRAL CON SU RESPECTIVO ANALISIS  |
| <b>C. OPORTUNIDAD</b>   |   | 5.00 |   |
| Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. |   |      |   |
| 8   | La IPS cuenta con un sistema de asignación de citas y disponibilidad de agendas abiertas. <b>VERIFICAR:</b> Este podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, Internet, etc.) Califique 5 si hay disponibilidad de agendas abiertas, califique 3 si se encuentran las agendas parcialmente abiertas y calificación de 1 si no tiene agendas abiertas y se evidencia listas de espera.   | 5    | SE EVIDENCIA PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS PARA ASIGNACION DE CITAS CON FECHA 06/10/2017 LA IPS CUENTA CON DISPONIBILIDAD DE CITAS DE ACUERDO A LO REPORTADO POR 1552. LA AGENDA ESTA ABIERTA DESDE LAS 7:00 AM HASTA LAS 5:00 PM DE LUNES A SABADO ACTUALMENTE NO HAY ASIGNACION DE CITAS TELEFONICA. PERSONALIZADA DE 7:00 AM A 5:00 PM |
| 9   | La IPS cuenta indicadores y estándares de experiencia en la atención "Oportunidad" (Resolución 256/16) para los servicios ambulatorios y/o hospitalarios establecidos en la normatividad vigente y/o en la promesa de servicios de Nueva EPS (Para: Medicina General, Odontología, y en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía General). <b>VERIFIQUE:</b> Solicite los indicadores de experiencia en la atención para verificar el cumplimiento de metas y el reporte de indicadores a SISPRO, califique 5 si los indicadores cumplen con la meta establecida en la IPS y el reporte oportuno a SISPRO, califique 3 si cumple parcialmente los resultados de los indicadores frente a la meta y reporte oportuno a SISPRO, y calificación de 1 si no cuenta con medición de indicadores y no hay reporte de indicadores a SISPRO.  | 5    | IPS REPORTA 1552 DE MANERA MENSUAL A EPS QUE LO SOLICITA. SE EVIDENCIA REPORTE 256 EL 30/09/2018  |
| <b>D. PERTINENCIA</b>   |   | 5.00 |   |
| Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.   |   |      |   |
| 10  | Las guías se encuentran adaptadas según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, la IPS deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. <b>VERIFICAR:</b> evidencia de la adopción o desarrollo institucional de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas que le apliquen y evidencia de su socialización.  | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO RESOLUCION 121 DE MAYO DE 2017 POR LA CUAL SE ADOPTAN GUIAS Y PROTOCOLOS DE LA ESE PARA CADA UNA DE PATOLOGIAS MAS COMUNES EN LA INSTITUCION, SE EVIDENCIA SOCIALIZACION EN OCTUBRE DE 2017  |
| 11  | La institución evalúa de manera semestral como mínimo la adherencia a las guías y protocolos de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de las patologías de mayor frecuencia de consulta. <b>VERIFIQUE:</b> cuenta con la implementación de metodología de medición de guías y protocolos e intervenciones pertinentes para mejorar la adherencia.   | 5    | LA IPS TIENE IMPLEMENTADO UN PROCESO DE AUDITORIA A HISTORIAS CLINICAS QUE CARACTERIZA LA PERTINENCIA Y ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA MISMA EL INFORME DE GLOSAS. SE CUENTA CON HERRAMIENTA INSTITUCIONAL DE MEDICION DE ADHERENCIA   |
| 12  | La institución cuenta con atención materno-perinatal realizan la medición de adherencia del protocolo para la atención de las gestantes y recién nacidos, durante el periodo prenatal, parto y postparto con un porcentaje mayor del 85% de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014. <b>VERIFICAR:</b> documento que soporten la medición de la adherencia a la guía y acciones de mejora si aplica.  | 5    | SE EVIDENCIA ANALISIS DE ADHERENCIA MATERNO PERINATAL CON HERRAMIENTA APLICADA DE MANERA TRIMESTRAL A CADA ESPECIALISTA DE LA INSTITUCION Y MEDICION DE ADHERENCIA.   |
| 13  | Realiza medición de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos en los diferentes servicios desarrollado o adoptado por la institución que incluya la utilización de mínimo 5 correctos al momento de administrar un medicamento a los pacientes. <b>VERIFICAR:</b> Manual de proceso de administración segura de medicamentos se encuentre actualizado con la periodicidad que define la IPS que no debe superar 5 años, soportes de capacitación y socialización, resultados de medición de adherencia al proceso y acciones de mejora si aplica, de acuerdo a la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación.   | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ADM DE MTOS CON LOS 5 CORRECTOS CON IMPLEMENTACION DE LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUACION DE ADHERENCIA  |
| 14  | Tiene implementado el PAMEC: Se identifica la evaluación de los procesos críticos para la atención de los usuarios de acuerdo al decreto 1011 del 2006 y circular 012 del 2016:<br>1. Autoevaluación<br>2. Priorización de procesos a mejorar.<br>3. Medición de calidad esperada.<br>4. Plan de acción para los procesos priorizados.<br>5. Ejecución, seguimiento y aprendizaje organizacional y<br>6. Reporte anual del PAMEC<br><b>VERIFICAR:</b> la calificación se realiza de acuerdo a la etapa que se encuentra de la ejecución del PAMEC.  | 5    | SE EVIDENCIA CONCEPTO DE PAMEC FAVORABLE DEL 16/06/2018 ULTIMO SEGUIMIENTO EN JUNIO 2018, SE EVALUAN ACTIVIDADES PENDIENTES POR CERRAR  |
| 15  | La IPS cuenta con comité de historias clínicas y revisan periódicamente una muestra, así mismo cuenta con un proceso de archivo y custodia de la historia clínica. <b>VERIFICAR:</b> Revisión del acta de constitución del comité de historia clínica y los soportes de actas de reunión del cual se revise la medición de adherencia a la muestra de historias clínicas e implementación de acciones que haya lugar de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999.   | 5    | SE EVIDENCIA RESOLUCION 130 DE 04 NOVIEMBRE DE 2015 POR LA CUAL SE CREA EL COMITÉ. SE EVIDENCIA PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS CADA MES Y REVISION DE HISTORIAS CLINICAS. SE EVIDENCIAN ACTAS DE REUNIONES MENSUALES   |
| 16  | La IPS realiza comité de infecciones de acuerdo al artículo 37 de la Resolución 3518 del 2006. <b>VERIFICAR:</b> El acta de constitución y las actas correspondientes al desarrollo del comité, con los respectivos compromisos, soportes firmados por los participantes y cumplimiento de los compromisos.   | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO DE CREACION RESOLUCION 131 DE 04/11/2015 CON REUNIONES CADA MES  |
| 17  | La IPS realiza comité de vigilancia epidemiológica de acuerdo al artículo 37 de la Resolución 3518 del 2006. <b>VERIFICAR:</b> El acta de constitución y las actas correspondientes al desarrollo del comité, con los respectivos compromisos, soportes firmados por los participantes y cumplimiento de los compromisos.   | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO RESOLUCION No 003 DE FEBRERO 21 DE 2011 POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL COVE. REUNIONES CADA MES   |



|  |  |      |   |
|--|--|------|---|
| 18   | La IPS realiza comité de farmacia y terapéutica. VERIFICAR: el acta de constitución y que las actas del desarrollo del comité se realicen en la periodicidad establecida por la IPS. Revisar lo se ventos adversos relacionados con medicamentos con las participación de los integrantes del comité de acuerdo a los artículos 22 y 23 del Decreto 2200 del 2005.   | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO RESOLUCION No 129 DE 04/11/2015 POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL COMITE REUNIONES CADA MES  |
| 19   | La IPS realiza comité de seguridad del paciente. VERIFICAR: el acta de constitución y que las actas del desarrollo del comité de seguridad del paciente se realicen en la periodicidad establecida por la IPS. Revisar el análisis de eventos adversos, indicadores, implementación de acciones de mejora y cumplimiento de compromisos de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014.  | 5    | SE EVIDENCIA POLITICA INSTITUCIONAL LA CUAL SE CREA EL COMITE DE GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. REUNIONES CADA MES.   |
| E. SATISFACCION  |  | 5,00 |   |
| 20   | Existe un procedimiento de quejas y reclamos que garantice la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios. VERIFICAR: Si existe el procedimiento documentado y socializado, registro de informe de análisis de quejas y evaluar el tiempo en que la IPS dió respuesta (Indicador de tiempo de respuesta de los 3 últimos meses). Califique 5 si cumple con la oportunidad de respuesta de PQRS, califique 3 si cumple parcialmente las metas de cumplimiento y califique 1 en el no cumplimiento de oportunidad de respuesta.  | 5    | SE EVIDENCIA PROTOCOLO CREACION TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES ULTIMA ACTUALIZACION 06/10/2017 PROTOCOLO SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO. PROCEDIMIENTO SUGERENCIAS Y RECLAMOS. SEGUIMIENTO A PQRS Y COORDINACION SIAUC SE EVIDENCIA FORMATO DE PQRS Y GESTION A INCONFORMIDADES SE EVIDENCIAN APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIAS CADA 8 DIAS SE EVIDENCIA BASE SE DE DATOS DE SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE ESPERA MANIFESTACIONES SIAUC. SE EVIDENCIA RTA A 15 DIAS |
| 21   | A los usuarios atendidos se les aplica encuestas para evaluar la calidad de la atención brindada en la IPS VERIFICAR: La aplicación de encuestas de satisfacción al usuario de acuerdo al Decreto 2309 del 2002 artículo 42 y la medición de indicadores de proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo de acuerdo a los indicadores de experiencia en la atención de la Resolución 256 del 2016.   | 5    | SE EVIDENCIA FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION ATENCION SERVICIOS EN SALUD DE LA ESE. SE EVIDENCIA INFORME MENSUAL DE RESULTADOS APLICACION DE ENCUESTAS ULTIMO ANALISIS A AGOSTO 2018. SE ENCUENTRA 100% URGENCIAS. 18.5% AMBULATORIO EXPERIENCIA DE ATENCION DEL USUARIO.   |
| 22   | La IPS cuenta con implementación de estrategias de socialización de los derechos y deberes a los pacientes y/o familiares. VERIFICAR: Las estrategias que tiene implementadas en la IPS en cuanto a la declaración de derechos y deberes de acuerdo al Decreto 2309 del 2002 artículo 51.  | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO CARTILLA DE DIVULGACION DE DERECHOS Y DEBERES DE 06/10/2018 REALIZAN SOCIALIZACION USUARIOS EPS OBRAS TEATRALES, CORTO METRAJES, TELEVISORES SALAS DE ESPERA, CUENTA CON CARTELERAS EN LA INSTALACION CON LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS.  |
| F. SEGURIDAD   |  | 5,00 |   |
| Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. |  |      |   |
| 23   | La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento. VERIFICAR: el proceso actualizado, socializado y el formato del consentimiento informado, verificar en 5 historias clínicas de pacientes a los cuales les hayan hecho algún procedimiento, que el formato se encuentre debidamente diligenciado en cuanto a los beneficios y riesgos que éste puede ocasionar. Califique 5 si se encuentran diligenciados los datos completos en el consentimiento informado califique 3 si se encuentran parcialmente diligenciados y califique 1 si no se cuenta con el diligenciamiento del consentimiento previo a la realización de procedimientos. | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO GUIA INSTITUCIONAL DEL 06/10/2017 SE EVIDENCIAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS POR SERVICIOS. SE VERIFICAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DILIGENCIADOS, SE EVIDENCIA SOCIALIZACION  |
| 24   | La IPS cuenta con un programa de seguridad del paciente donde estén definidas las políticas, alineadas con la plataforma estratégica de la institución, con el respaldo y apoyo de la alta dirección, desplegando su capacitación a los líderes de la organización. VERIFICAR: El documento donde se encuentre definida la política y la socialización, la programación del mismo y confirmar con las actas y/o listas de asistencia a la capacitación de líderes.   | 5    | SE EVIDENCIA PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON FECHA ACTUALIZACION DICIEMBRE DE 2017 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE COMPLETO CONTIENE SISTEMAS DE REPORTES Y RESPUESTA INMEDIATA A EVENTOS ADVERSOS. SE EVIDENCIAN SOCIALIZACIONES, EVALUACIONES AL PERSONAL Y CAPACITACIONES PERIODICAS   |
| 25   | La IPS cuenta con la definición y operación del sistema de reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso (accesibilidad, facilidad, confidencialidad) que método usa para analizar. VERIFICAR: Que sistema de reporte tiene, ver un informe de cuantos eventos adversos e incidentes fueron reportados en el último mes o periodo de reporte, ver actas de análisis de eventos adversos para evaluar metodología de análisis de casos.  | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE DICIEMBRE 2017 FORMATO DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE PACIENTES Y RELACIONADO A EVENTOS ADMINISTRATIVOS. SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROTOCOLO PARA CLASIFICACION ANALISIS Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS (INCLUYE ANALISIS PROTOCOLO   |
| 26   | La Institución cuenta con indicadores de seguridad de acuerdo a su nivel de complejidad y servicios habilitados. VERIFICAR: medición de indicadores definidos por normatividad Resolución 256 del 2016, revisión de reporte de indicadores y si se encuentran desviados la implementación de acciones correctivas.   | 5    | CUENTA CON UNA HERRAMIENTA MANUAL Y SISTEMATIZADA POR MEDIO DE LA PLATAFORMA PROYECTOS CON INFORME MENSUAL POR PROCESOS POLITICA DE SEGURIDAD DEL PTE. PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS Y RECURRENCIA   |
| 27   | Existe un programa de farmacovigilancia. VERIFICAR: documento actualizado donde se encuentre soportado el programa de farmacovigilancia teniendo en cuenta la implementación de estrategias para prevenir la aparición eventos adversos y problemas con el uso relacionado con medicamentos, mecanismos para promover la construcción de una cultura de uso adecuado y seguro de los medicamentos, alertas del INVIMA y proceso de reporte de casos de FORFAM.   | 5    | SE EVIDENCIA MANUAL INSTITUCIONAL CON FECHA 27/09/2018 CON SOCIALIZACION  |
| 28   | Existe un programa de tecnovigilancia enfocado en el control y reducción del riesgo asociado al uso de dispositivos médicos y el reporte de eventos adversos. VERIFICAR: Documento de seguimiento al riesgo que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones derivadas de la utilización de dispositivos y equipos médicos, reportes de eventos o incidentes, asociado al uso de Dispositivo Médico a los entes de control y las acciones de mejora que haya lugar de acuerdo a la resolución 4816 del 2008 que define las responsabilidades del programa de tecnovigilancia.  | 5    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO PROTOCOLO "MANUAL DE TECNIVIGILANCIA DE 06 DE OCTUBRE DE 2017 MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CON SOCIALIZACION PERIODICA AL PERSONAL  |

|   |  |      |   |
|---|--|------|---|
| 29  | <p>La IPS cuenta con el proceso de esterilización tiene implementado el protocolo de cada una de las etapas del proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo documentado, actualizado y socializado.</li> <li>2. Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización.</li> <li>3. Recibo de material, lavado, secado y lubricación, empaque, esterilizado, almacenaje y entrega.</li> <li>4. Listas de chequeo de seguimiento.</li> <li>5. Registros de control.</li> <li>6. Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa revisión del contrato vigente y adicional debe tener protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto de acuerdo a la Resolución 2003 del 2014</li> </ol> <p><u>VERIFIQUE: Califique 5 si cumple con los 5 criterios de evaluación, califique 3 si cumple de tres a cuatro criterios de evaluación y califique 1 si cumple con menos de dos criterios de evaluación y para las IPS que contratan el servicio de esterilización deben evaluar el criterio número 6.</u></p> | 5    | SE EVIDENCIA MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION ACTUALIZADO 30/11/2017, CON ACTUALIZACIONES POR PROCESOS Y SOCIALIZACIONES PERIODICAS AL PERSONAL   |
| G. OTROS  |  | 4,33 |   |
| <b>Enfasis en eficacia</b>  |  |      |   |
| 30  | <p>La IPS dispone de procesos o procedimientos que identifiquen, midan, registren y analicen Indicadores que permitan evaluar resultados en salud de acuerdo a los servicios y patologías que manejan. <u>VERIFICAR: medición de indicadores, revisar el reporte de indicadores que han realizado, socialización de los mismos y si se encuentran desviados la implementación de acciones correctivas.</u></p>   | 5    | CUENTAN CON UNA PLATAFORMA LLAMADA PROYECTOS QUE ALMACENA LA INFORMACION POR CADA UNA DE LAS AREAS PERMITIENDO ANALIZAR DIFERENTES INDICADORES DE NORMA E INSTITUCIONALES.  |
| 31  | <p>Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado que incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</li> <li>2. Seguridad y confidencialidad de la información.</li> <li>3. El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</li> <li>4. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.</li> <li>5. Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.</li> </ol> <p><u>VERIFIQUE: califique 5 si cumple con los 5 criterios de evaluación, califique 3 si cumple con 3 y 4 criterios de evaluación y califique 1 si cumple con menos de dos criterios.</u></p>  | 3    | SE EVIDENCIA DOCUMENTO PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA, LA IPS CUENTA CON HISTORIA CLINICA MANUAL, ESTAN EN PROCESO DE IMPLEMENTACION DE HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA EN CONJUNTO CON EL HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA  |
| 32  | <p>Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. <u>VERIFICAR: inventarios de dotación y su correspondiente programa de mantenimiento, califique 5 si cumple con la revisión de mantenimientos preventivos y correctivos de acuerdo al cronograma establecido de los dispositivos médicos, califique 3 si cuenta con los mantenimientos preventivos sin cumplimiento de la ejecución del cronograma y califique 1 si no hay cumplimiento del cronograma.</u></p>   | 5    | SE EVIDENCIA MANUAL PARA EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO CON FECHA JULIO DE 2018 CUENTAN CON PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO POR EQUIPO INDUSTRIAL, MUEBLES E INFRAESTRUCTURA INVENTARIO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. SE EVIDENCIAN HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS BIOMEDICOS ,CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN |
| <b>TOTAL</b>  |  | 4,90 |   |
| OBSERVACIONES GENERALES:  |  |      |   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;">  <p>Nombre y firma del funcionario de Nueva EPS</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">  <p>Nombre y firma del funcionario de la IPS</p> </div> </div> |  |      |   |