Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTION DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: SALUD PUBLICA		
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN:2	

Fecha: **D 02** / **M 12** /**A 2024**	**Hora**: 2pm	**Lugar**: EAPB S.O.S RC	**Acta No. 9**
TEMA DE REUNIÓN: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Dosquebradas, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # **21342** registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S RC**			

ORDEN DEL DIA

Inspección y Verificación de las siguientes actividades:

1. Presentación equipo de auditoría.
2. Presentación objetivo de la auditoria y metodología de procedimiento de auditoría
3. Revisión de soportes del cumplimiento a las acciones de mejora criterio 8 al 19
4. Diligenciamiento formato plan de mejora aprobado por la EAPB y secretaria de Salud.
5. Observaciones y conclusiones

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

ASPECTOS GENERALES

Siendo las 2 pm del día 2 de diciembre, se da inicio a la reunión con la Participación de:

Por parte de la EAPB:
María Cristina Casas (Jefe de Sede Pereira)
Alexandra Cruz Otero (Enfermera Tutelas)
Angela Muñoz (Enfermera Supervisora Central de Referencia)
Leidy Catherine Leitón Narváez (Analista Servicio al Usuario)
Jorge Eliecer Gómez Camacho (Químico Farmacéutico- gestión Farmacéutica)
Stephanny García (Analista Garantía de la Calidad)
Angela López (Coordinadora APS)
Miguel Rivera (Coordinador Médico)
Paula Lopera (Jefe de Calidad)

Por la Secretaria de Salud Municipal:
Dr. Adalberto Arias Corrales (Md Auditor)
Dra. Carolina Franco (Md Auditor)

Se hace la presentación del grupo auditor y de los objetivos de la auditoria de Inspección y Vigilancia. Los temas a revisar y la metodología de la misma.

OBJETIVO(S):

Realizar el seguimiento al cumplimiento a los planes de mejora aprobados por la EAPB y la secretaria de Salud Municipal conforme a los estipulado en la Circular 001 de 2020 y sus modificatorias del SNS de los criterios 8 al 19 vigencia año 2023

ALCANCE:

La Circular 001 de 2020 y sus modificatorias establecen la Guía de Auditoría de Inspección Y Vigilancia del Aseguramiento y Prestación que permite a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales verificar el cumplimiento por parte de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB de sus responsabilidades en la garantía del acceso al derecho fundamental del Sistema general de Seguridad Social en Salud cumpliendo con parámetros de calidad de conformidad con la normatividad vigente con enfoque diferencia, así mismo establece la necesidad de establecer acciones de mejorar a los procesos con la finalidad de la prestación de servicios de salud con oportunidad y accesibilidad.

Los planes de mejora presentados de la EAPB corresponden a los resultados arrojados en el informe final de la auditoria registrado en la plataforma web GAUDI correspondiente la vigencia de enero a diciembre del año 2023, se realizará el respectivo seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora planteadas conforme a los criterios calificados con incumplimiento durante la vigencia ya descrita, mediante la revisión de los soportes aportados por la EAPB.

Y en relación a la siguiente Normatividad:

- Ley 715 DE 2001 Art. 43.1.2; 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1
- Ley 715 DE 2001 Art. 44 Num. 44.1.3;
- Decreto 780 de 2016 Art. 2.6.1.2.1.1
- Ley 1122 de 2007 Art. 14; Art. 16
- Ley 1437 de 2011 Art.14 (sustituido por el art. 1 de la Ley 1755 de 2015) y Art. 20; Art.29
- Ley 1438 de 2011 Art. 114 y 130 (num.es 11, 12 y 17) modificado por el art. 3 de la
- Ley 1751 de 2015 art. 2, literales c), d) y e) del art. 6 y art. 8; rt.s 6 (de los elementos esenciales: literales a y c; y de los principios: literales d, e y k) y 8
- Ley 1949 de 2019.
- Decreto Ley 019 de 2012 art. 124
- Decreto 780 de 2016 num.es 1, 2 y 5 del Art. 2.5.1.2.1; 2.5.2.1.1.2; Art. 2.5.3.2.7, 2.5.3.2.16 y 2.5.2.3.8 (num. 4); 2.10.1.1.3, 22.10.1.1.6
- Decreto 019 de 2012art. 123.art. 131
- Decreto Ley 2106 de 2019 Art. 105.
- Res. 3047 de 2008. art. 4
- Res. 1552 de 2013 art. 1.
- Res. 1604 de 2013 art.s 1, 5 (num. 6), 7 y 8
- Res. 1536 de 2015 art. 14 (num.es 14.2, 14.3 y 14.4)
- Res. 3202 de 2016
- Res. 3280 de 2018
- Res. 2481 de 2020 art. 12, 14, 47
- Res. 521 de 2020 núm. 5 (núm. 5.3) del Anexo Técnico
- Res. 229 de 2020. núm. 4.4 del art. 4
- Acuerdo 117 de 1998 art.s , 3, 5, 6 y 9
- Res. 3280 de 2018, en concordancia con el art. modificado por el art. 1 de la Res. 276 de 2019 num. 9.4 del art. 9. Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y num.es 4.3.6.1 (4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4); 4.10 (4.10.4.2, 4.10.4.4) y 4.12 (4.12.6.1) del núm. III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y la Res. 2292 de 2021

DESARROLLO DE AUDITORIA

1. Presentación equipo de auditoría: Se procede a la presentación del equipo auditor, así como de los presentes por parte de la EAPB, se explica a los asistentes por la EAPB la normatividad aplicable, las responsabilidades de cada uno de los actores y la interrelación entre las normas y entre los actores en la prestación de los servicios de salud.

2. Presentación del objeto de la auditoría y metodología de procedimiento de auditoria: Se procede a explicar el objeto ya descrito en la presente acta, la metodología a implementar mediante la revisión de soporte aportados de la EAPB que respalden el avance en el cumplimiento de las acciones de mejora establecida en el plan de mejora aprobado por la EAPB y la Secretaria de Salud Municipal de los criterio que presentaron clasificación de incumplimiento en el informe final de la auditoria de la Circular 001 de 2020 y sus modificatorias, registrada en la plataforma web Gaudí de la SNS.

3. Revisión de los soportes aportados por la EAPB Criterios 8 al 19: La EAPB presento los siguientes criterios con incumplimiento, para lo cual aporto la siguiente información como soporte de avance en el cumplimiento:

-Criterio 8: Acción 1:Anexan acta de capacitación a nivel nacional, junto con el documento de la capacitación donde se observan los flujogramas de cada proceso, con fecha del 17 de julio de 2024.Acción 2: Anexan cuadro en Excel donde se mide la accesibilidad de cada cohorte, Se verifican cohortes de los meses de septiembre y octubre de 2024.

-Criterio 9: Acción 1: Anexan cuadro en Excel donde se evidencia el seguimiento a la oportunidad de consulta de Medicina General de todo el año y Odontología desde octubre de 2024. Se tiene un prestador que es Comfamiliar.
Acción 2: Anexan presentación de seguimiento a calidad donde se evidencia el análisis de la oportunidad de medicina general y de odontología. Pendiente actas de reunión con sus respectivas firmas de asistencia.

-Criterio 10: Acción 1:Se hace seguimiento a los prestadores, Hospital San Jorge, Radiólogos Asociados, Hospital Santa Mónica, Clínica Los Nevados, Clínica Comfamiliar. Seguimiento con fecha a18 de noviembre.
Acción 2: No se evidencio realizado el seguimiento al tema de los canales de citas médicas.
Acción 3: Se evidencian actas de seguimiento a la PQRS de oportunidad en citas médicas, con los PSS Quirófano Casalud, Clínica Los Nevados, Hospital San Jorge, Sport Médica y Radiólogos.
Acción 4: Anexan actas de reuniones de socialización de las PQRS, con el análisis de las mismas, haciendo compromisos de mejoramiento. Pendiente firmas de las actas.

-Criterio 11: Acción 1: Anexan actas de análisis de referencia a nivel nacional, el cual es compartido vía email, con periodicidad semanal. Anexan actas de seguimiento trimestral desde el nivel nacional.
Acción 2: Anexan informes de análisis de referencia donde se revisan las desviaciones, dado que muchos pacientes deben salir del departamento de Risaralda. Se anexa copia de correo donde socializan las actas de seguimiento.

-Criterio 12: Acción 1: Anexan copia de pantallazos de las reuniones desde el nivel nacional, de manera diaria a las 2:00 pm, con archivos en Excel del seguimiento mensual septiembre y octubre.
Acción 2: Anexan acta de autorización de comité nacional de contratación para otro operador de medicamentos que inicia como respaldo a Cruz Verde. DISTRIMED. Anexa contrato.

-Criterio 14: Acción 1: Anexa acta de 26 de agosto, se hace seguimiento trimestral
Acción 2: Anexan actas de seguimiento con los prestadores pareto cada mes. Quirófano Casalud Clínica Los Nevados, Hospital San Jorge, Sport Medica con 4 actas de julio. agosto, septiembre y octubre.

-Criterio 15: Acción 1: Anexa seguimiento diario a las tutelas, mediante actas y archivo Excel drive que se tiene con los prestadores, donde se realiza seguimiento diario. Hay dos funcionarios que tienen contacto directo con los usuarios y los prestadores.
Acción 2: Anexan actas de seguimiento semanal 19 actas, desde junio a octubre, desde el nivel nacional.

-Criterio 17: Acción 1: Adjuntan bases de datos de población nominal de la ruta RIAS solicitadas en la ruta RIAS con notificación mensual al prestador Clínica Comfamiliar , adjuntan ultimo correo de notificación . Adjuntan actas de acompañamiento al prestador Comfamiliar ruta RIAS, de forma mensual hasta el 27 agosto con adherencia del 44.3% .se evidencia implementación de acciones mejora y seguimientos indican que el acta del mes de noviembre . indicador 1: valoración integral en primera infancia: 89,72% 2. Valoración integral en la infancia 41,46% 3, Aplicación de flúor en infancia 38,86%, 4 pendiente calcula de indicador 5. mamografías 34,3%.
Acción 2: Anexan correo de solicitud de plan de mejora al prestador Clínica Comfamiliar del 9 de septiembre a la fecha pendiente de entrega se recomienda volver a solicitarlo al prestador.

-Criterio 18: Acción 1: Adjunta y lista de chequeo de ruta RIAMP 12 de marzo al prestador Clínica Comfamiliar con reporte de adherencia del 23%, pendiente acta de evaluación , plan de mejora instaurado y cronograma de seguimiento y seguimientos realizados al prestados. indica programación de forma semestral segunda programada para el mes de diciembre. Pendiente seguimiento.
Acción 2: Indican evaluación mensual mediante auditoria de historia clínica a la ruta RIAM al prestador Clínica Comfamiliar, adjunta instrumentos de seguimiento de la ruta de los meses de febrero a julio. en julio indican porcentaje de cumplimiento del 97%, Adjunta tres actas de acompañamiento al prestador de los meses de febrero, marzo y abril pendiente actas de mayo a julio , indican seguimiento bimensual desde noviembre, en las actas aportadas se verifican socialización de indicadores y acciones de mejora . pendiente actas de seguimiento hasta cierre del plan.
Acción 3: Adjunta cronograma de capacitaciones desde el mes de enero a diciembre, adjuntan actas de capacitación desde el mes de enero con listado de asistencia al prestador Clínica Comfamiliar.
Acción 4: Adjunta base de datos de seguimiento a la estrategia REGALTE VIDA la cual es una capacitación virtual a las mujeres en edad fértil para captación de gestantes en edad gestacional temprana, la base esta desde enero a junio y con esta realizan llamada a las usuarias y se observa seguimiento a estas, las usuarias ingresan por la página web de la entidad y piezas publicitarias por medio de link anexan captura de pantalla . pendiente seguimiento de julio a diciembre.

Acción 5: Indican evaluación mensual mediante auditoria de historia clínica a la ruta RIAM al prestador Clínica Comfamiliar, adjunta instrumentos de seguimiento de la ruta de los meses de febrero a julio. en julio indican porcentaje de cumplimiento del 97%, Adjunta tres actas de acompañamiento al prestador de los meses de febrero, marzo y abril pendiente actas de mayo a julio , indican seguimiento bimensual desde noviembre, en las actas aportadas se verifican socialización de indicadores y acciones de mejora. pendiente actas de seguimiento hasta cierre del plan, los indicadores de acción de mejora quedan pendientes de cálculo se recomienda ingresarlos en nuevo seguimiento de Ruta RIAMP. y relaciona indicador de captación de gestantes del 80%.

4. Diligenciamiento en el formato del plan de mejora: Se procede a registrar los hallazgos en el formato de plan de mejora en la sección de seguimiento, el cual se anexa como parte integral de la presente acta, firmado y aprobado por ambas partes.

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda presentar los indicadores de acción de mejora diligenciados/ calculados para auditoria de cierre.

Se realizo ajuste de mutuo acuerdo en el criterio 11 en fecha de cierre de acción dado a error involuntario siendo ajustado a fecha de cierre 31/12/2024.

Se evidencia que la EAPB presenta avances en el cumplimiento de las acciones de mejora hasta la fecha de la presente auditoria, encontrando una (1) acciones de mejora con estado abierto, 22 acciones en estado de ejecución de las cuales tres (3) presentan ejecuciones del 1 al 33%, 3 (tres) del 34 al 69% y 16 del 70 al 99%. En estado de cierre del 100% cero(o) acciones de mejora. Para un total de 23 acciones de mejora plateadas, las cuales no presentan vencimiento en el plazo de ejecución.

Se anexa formato de plan de mejora diligenciado con seguimiento en avances firmado por ambas partes en formato PDF y Excel
Siendo las 6 p.m., se da por terminada la reunión sin otras observaciones.

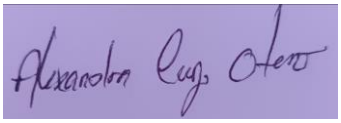
Firmas participantes:



Carolina Franco Arana
Md Auditor
Secretaria de Salud de Dosquebradas



María Cristina Casas
Jefe de Sede Pereira
EAPB S.O.S



Alexandra Cruz Otero
Enfermera Tutelas
EAPB S.O.S

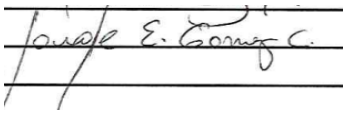


Angela Muñoz
Enfermera Supervisora Central de Referencia
EAPB S.O.S

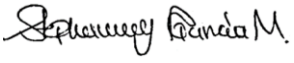
TEMA DE REUNIÓN: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Dosquebradas, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # **21342** registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB S.O.S RC**



Leidy Catherine Leitón Narváez
Analista Servicio al Usuario
EAPB S.O.S



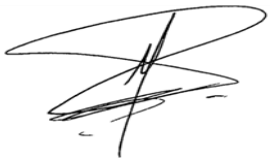
Jorge Eliecer Gómez Camacho
Químico Farmacéutico- Gestión Farmacéutica
EAPB S.O.S



Stephanny García
Analista Garantía de la Calidad
EAPB S.O.S



Angela López
Coordinadora APS
EAPB S.O.S



Miguel Rivera
Coordinador Médico
EAPB S.O.S



Paula Lopera
Jefe de Calidad
EAPB S.O.S



Adalberto Arias Pulgarín
Md Auditor
Secretaria de Salud de Dosquebradas

Se anexa formato de plan de mejora diligenciado con seguimiento en avances firmado por ambas partes en formato PDF y Excel

Siendo las 6 p.m., se da por terminada la reunión sin otras observaciones.

.

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN	01
FECHA	16/9/2022

Nombre de la entidad que suscribe el plan	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT de la entidad	805001157
Dígito de verificación - DV	2
Nombre del representante legal	Carlos Mario Escobar Vásquez
Identificación del representante legal	94.377.192
Dirección de la entidad	Carrera 96 11A - 88
Teléfonos	4898686
Correo electrónico	cumplimientoentesdecontrol@sos.com.co
Forma por la cual se detectó el o los hallazgos	Auditoría Gaudi 2023 -
Fecha de suscripción del plan de mejoramiento	16/09/2024
NURC de suscripción del plan de mejoramiento	No aplica
Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento	Secretaria de Salud y Protección Social Dosquebradas
Fecha de evaluación del plan de mejoramiento	2/12/2024
Auto de auditoría (si aplica)	No aplica
Fecha de vigencia del plan de mejoramiento	5 meses

% Avance	Estado de la Acción
0%	ABIERTO
1%-33%	EN EJECUCIÓN
34%-69%	CERRADO OPORTUNA
70%-99%	CERRADO INOPORTUNA
100%	NA

Estado del Hallazgo	Estado del Avance
ABIERTO	La actividad no presenta ejecución
EN EJECUCIÓN	La actividad cuenta con soporte documental
CERRADO OPORTUNA	La actividad cuenta con evidencias de implementación
CERRADO INOPORTUNA	actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación
NA	La actividad se encuentra totalmente cumplida

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO

COMPONENTE (estándar)		DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	ACCION DE MEJORA ASEGURADA (SI/ NO)								
			Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
							Nombre / Cargo												
Auditoría	**CRITERIO 8/Sede**	La EPS NO garantizó a los afiliados la atención con oportunidad, acceso y continuidad, incumplendo presuntamente los numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 artículo 2, literales c), d) y e) del artículo 6 y artículo 8 de la Ley 1751 de 2015; artículo 105 Decreto Ley 2106 de 2019, y Resolución 2481 de 2020 o la norma que modifique o sustituya.	Entrega oportuna y confiable de la información de alto costo de la EAPB	1.Realizacion y socialización de flujograma para captura y entrega de data confiable de CUENTA DE ALTO COSTO para cumplimiento del criterio 8 de GAUDI	Numero de socializaciones realizadas/ Numero de socializaciones programadas *100	100%	Jefe sede Pereira	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan acta de capacitación a nivel nacional, junto con el documento de la capacitación donde se observan los flujogramas de cada proceso, con fecha del 17 da julio de 2024.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
				2. Realizar seguimiento a la accesibilidad de las atenciones de los usuarios de alto costo	2.1 Numero de atenciones realizadas/Numero de ordenes medicas emitidas*100	85%	Jefe sede Pereira	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan cuadro en Excel donde se mide la accesibilidad de cada cohorte, Se verifican cohortes de los meses de septiembre y octubre de 2024.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
Auditoría	**CRITERIO 9/Garantía**	La EPS NO asigna citas de odontología general y medicina general dentro de los tres (3) días hábiles ya NO informa al usuario la fecha de asignación, incumpliendo presuntamente el artículo 123 del Decreto 019 de 2012, parágrafo 3 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 y parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.5. del Decreto 780 de 2016; parágrafo 1 del artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, y artículo 14 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.	Continuidad en el seguimiento a la IPS para asegurar los mecanismos de acceso y oportunidad en la asignación de citas.	1.Realizar seguimiento periódico a la (s) IPS (s) del territorio para asegurar el acceso a los servicios y la oportunidad de asignación de citas al igual que la intervención de las desviaciones con la IPS	1. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Medicina General de 1° vez/ Sumatoria total de los días calendario trascurridos entre la fecha en la cual el pacientes solicita cita para ser atendido en consulta de medicina general y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consulta medica generales asignadas (dias) 2. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Odontología General de 1° vez/ Sumatoria total de los días calendario trascurridos entre la fecha en la cual el pacientes solicita cita para ser atendido en consulta de odontología general y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consulta odontologias generales asignadas (dias)	3 dias	Garantía de la calidad en salud	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad	SI	Anexan cuadro en Excel donde se evidencia el seguimiento a la oportunidad de consulta de Medicina General de todo el año y Odontología desde octubre de 2024. Se tiene un prestador que es Comfamiliar.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
				2.Realizar auditorias de ejecución de planes de mejora a las IPS con incumplimiento/ Numero de IPS de la red de servicios*100	Numero de auditorias realizadas a IPS con incumplimientos/ Numero de auditorias programas a IPS con incumplimientos*100	100%	Jefe sede Pereira / Jefe de Calidad Paula Lopera	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad	SI	Anexan presentación de seguimiento a calidad donde se evidencia el análisis de la oportunidad de medicina general y de odontología. Pendiente actas de reunión con sus respectivas firmas de asistencia	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		
Auditoría	**CRITERIO 10/Garantía**	La EPS NO tiene agendas abiertas todos los días hábiles ya NO informa al usuario la fecha de asignación de cita, incumpliendo presuntamente el artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013; artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012; numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 y artículo 12 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.	Realizar seguimiento periódico a la (s) IPS (s) del territorio para asegurar la oportunidad de asignación de citas y la intervención de las desviaciones.	1.Realizar seguimiento al reporte y resultados de Res. 1552 2013.	IPS cuenta con agendas abiertas todos los días hábiles. 1.Oportunidad :Sumatoria total de los días calendario trascurridos entre la fecha en la cual el pacientes solicita cita para ser atendido en consultas medicas especialidades primera vez y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consultas medicas especializadas signadas (dias) (discriminar indicador conforme a cada especialidad)	Reporte mes vencido	Garantía de la calidad en salud - Coordinadora de atención primaria de Pereira.	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	Se hace seguimiento a los prestadores, Hospital San Jorge, Radiólogos Asociados, Hospital Santa Mónica, Clínica Los Nevados, Clínica Comfamiliar. Seguimiento con fecha a18 de Noviembre.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
				2. Realizar seguimiento y acciones de mejora a los canales de atención para solicitud de citas	2. Seguimiento al mejoramiento de canales de atención para solicitud de citas Numero de seguimientos y acciones de mejora ejecutadas/ Numero de seguimientos programados*100	100%	Jefe sede Pereira / Jefe de Calidad Paula Lopera	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	No se evidencio realizado el seguimiento al tema de los canales de citas médicas.	La actividad no presenta ejecución	ABIERTO			0%		La acción de mejora no presenta vencimiento en el plazo de ejecución.
				3. Realiza análisis del comportamiento de PQRS	Numero de análisis programados / Numero de análisis realizados		Jairo Grijalba - Coordinador PQRS	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	Se evidencian actas de seguimiento a la PQRS de oportunidad en citas médicas, con los PSS Quirófano Casalud, Clínica Los Nevados, Hospital San Jorge, Sport Medica y Radiologos,.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
				4. Realizar seguimiento mediante auditorias a la ejecución de los planes de mejora respectivo con la IPS.	Numero de ejecución de planes de mejora a IPS con incumplimiento/ Numero de IPS de la red prestadora de servicios con incumplimientos*100	100%	Jefe sede Pereira / Jefe de Calidad Paula Lopera	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	Anexan actas de reuniones de socialización de las PQRS, con el análisis de las mismas, haciendo compromisos de mejoramiento Pendiente firmas de las actas	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
Auditoría	**CRITERIO 11/Referencia**	La EPS NO realizó las remisiones de los pacientes, catalogados como urgentes dentro de las 12 horas siguientes a la primera solicitud, incumpliendo presuntamente los artículos 2.5.3.2.7, 2.5.3.2.16 y 2.5.2.3.8 (numeral 4) del Decreto 780 de 2016, y artículo 4 de la Resolución 3047 de 2008.	1. Realizar seguimiento y evaluación periódica de los casos de referencia y contrarreferencia del municipio.	1.Comité mensual de Referencia y Contrarreferencia, donde se realice análisis del proceso con corte o cierre al mes inmediatamente anterior. Evaluando los tiempos de referencia, su comportamiento, tendencia en el periodo de tiempo, desviaciones. Análisis por sedes, análisis de las referencias según patologías y manejo requerido. Teniendo en cuenta caracterización de la población y riesgo. Los resultados serán socializados con las áreas pertinentes.	Tiempo transcurrido entre fecha de la solicitud inicial de la referencia (fecha y hora) y fecha de la recepción del paciente en la IPS receptora (fecha y hora). Porcentaje de remisiones de casos urgentes gestionados. Numero de remisiones de casos urgentes gestionados dentro de las 12 horas/ Numero de remisiones urgentes solicitadas*100	100%	Luz Mary Suárez Acosta - Coordinadora de Acceso (central de referencia) Carmen Cecilia Urbano Ahumada - Jefatura de Acceso	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	Anexan actas de análisis de referencia a nivel nacional, el cual es compartido vía email, con periodicidad semanal. Anexan actas de seguimiento trimestral desde el nivel nacional	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
			2. Analizar factores que influyen en la probabilidad de ocurrencia de las desviaciones identificadas		Numero de reuniones realizadas/ Numero de reuniones programadas*100	100%	Luz Mary Suárez Acosta - Coordinadora de Acceso (central de referencia) Carmen Cecilia Urbano Ahumada - Jefatura de Acceso	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	Anexan informes de análisis de referencia donde se revisan las desviaciones, dado que muchos pacientes deben salir del departamento de Risaralda. Se anexa copia de correo donde socializan las actas de seguimiento	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
Auditoría	**CRITERIO 12/Sede/Medicamentos**	La EPS NO entregó los medicamentos prescritos a los usuarios de forma completa e inmediata y excepcionalmente, los pendientes dentro de un lapso no mayor a 48 horas, incumpliendo presuntamente lo establecido en el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016; artículos 1, 5 (numeral 6), 7 y 8 de la Resolución 1604 de 2013; artículo 47 de la Resolución 2481 de 2020, o la norma que la modifique o sustituya y numeral 5 (numeral 5.3) del Anexo Técnico de la Resolución 521 de 2020.	Entrega de los medicamentos prescritos a los usuarios de forma completa e inmediata y excepcionalmente, los pendientes dentro de un lapso no mayor a 48 horas	1.Reunion diaria con el prestador CRUZ VERDE, para realizar seguimiento a pendientes de la departamental Risaralda 2.Ejecutar para el mes de noviembre un modelo de contratación de medicamentos a través de otros operadores, que garanticen la entrega de medicamentos, como respaldo al operador actual	1. Oportunidad e entrega de medicamentos: Numero de casos pendientes/No casos gestionados*100 2. Numero de formulas entregadas completas dentro de las 48 horas / Numero total de formulas *100	100%	María Cristina Casas Piedrahita - Jefe de Sede Pereira Profesional de calidad	01/09/2024	31/12/2024	Garantizar la entrega oportuna de medicamentos en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan copia de pantallazos de las reuniones desde el nivel nacional, de manera diaria a las 2:00 pm, con archivos en Excel del seguimiento mensual septiembre y octubre.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
					Ingreso de nuevo operador Numero de operador logístico nuevos contratados	100%	Jhon Trejos	1/11/24	30/12/2024	Garantizar la entrega oportuna de medicamentos en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan acta de autorización de comité nacional de contratación para otro operador de medicamentos que inicia como respaldo a Cruz Verde. DISTRIMED. Anexa contrato.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
Auditoría	**CRITERIO 14/PQRS**	La EPS NO resuelve oportunamente y de fondo las PQRS de sus afiliados, incumplimiento presuntamente lo establecido en el artículo 2.10.1.1.6 del Decreto 780 de 2016; numeral 4.4 del artículo 4 de la Resolución 229 de 2020, en concordancia con los artículos 14 (sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015) y 20 de la Ley 1437 de 2011, y artículos 114 y 130 (numerales 11, 12 y 17) de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a los tiempos de cierre dispuestos en la normatividad, circular 00008 de 2018: Supersalud regular 5 días, Supersalud riesgo de vida 2 días, peticiones generales: 15 días, solicitudes de información 10 días para los casos recibidos desde el 01 de enero 2023 al 30 de Junio 2023, dar cumplimiento a los tiempos de cierre dispuestos en la normatividad CIRCULAR EXTERNA 20231510000000110-5 DE 2023 para los casos con fecha de ingreso a partir del 1 de Julio del año 2023.	1. Realizar reuniones de seguimiento mensual de equipo con los procesos internos involucrados, sedes y oficinas que gestionan PQR	Numero de auditorias realizadas en el periodo / Numero de reuniones programadas*100	100%	Jairo Alonso Grijalba Giraldo Coordinador Nacional PQRD	01/06/2024	31/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	Anexa acta de 26 de agosto, se hace seguimiento trimestral	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
				2. Realizar reunión con los prestadores en donde se le informará las PQR que están generando y los motivos por el cual se genera la queja	Numero de Reuniones realizadas en el periodo / Numero de reuniones programadas*100	100%	María Cristina Casas Piedrahita Sede Pereira	01/06/2024	31/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	Anexan actas de seguimiento con los prestadores pareto cada mes. Quirófano Casalud Clínica Los Nevados, Hospital San Jorge, Sport Medica con 4 actas de julio, agosto, septiembre y octubre.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
Auditoría	**CRITERIO 15/Gloria Ramos**	La EPS tiene fallos de tutela por tecnologías en salud del Plan de Beneficios incumpliendo presuntamente lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007; artículos 2.5.1.2.1 y 2.5.2.1.1.2 (literal d) del Decreto 780 de 2016; artículos 6 (de los elementos esenciales literales a y c, y de los principios: literales d, e y k) y 8 de la Ley 1751 de 2015, y Resolución 2481 de 2020, o la norma que modifique o sustituya.	Realizar el seguimiento a la materialización de los requerimientos judiciales y garantizar la evidencia de la prestación del servicio de manera oportuna.	1.Realizar gestión diaria con el recurso humano definido para ello, mediante el contacto directo con los usuarios y prestadores de servicios adscritos que permita monitorear la ruta de la prestación del servicio.	No. de Fallos de tutela PBS y PBS NO UPC con prestación efectiva / No. de fallos de tutela PBS y PBS NO UPC notificados en el periodo de notificación *100%	100%	Jefatura de Tutelas - Gloria Ramos	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	Anexa seguimiento diario a las tutelas, mediante actas y archivo Excel drive que se tiene con los prestadores, donde se realiza seguimiento diario. Hay dos funcionarios que tienen contacto directo con los usuarios y los prestadores.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
				2.Realizar seguimiento semanal con el equipo de trabajo para evidenciar los avances en los estados de materialización de los casos para la sede.		100%	Jefatura de Tutelas - Gloria Ramos	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	Anexan actas de seguimiento semanal 19 actas, desde junio a octubre, desde el nivel nacional.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
					1.Numero de menores de 6 años que recibieron atención por medicina general o pediatría o medicina familiar segin control de primera infancia Resol. Conforme a la Resl. 3280 del 2018/ Numero Total de menores de 6 años en la cohorte *100	70%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024										
					2.. Numero de menores entre 6 años hasta un día antes de los 12 años que recibieron atención por medicina general o pediatría o medicina familiar según control de primera infancia Resl. 3280 del 2018/ N Total cohortes de menores entre 6 años y un día antes de los 12 años. *100	35%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024			Adjuntan bases de datos de población nominal de la ruta RIAS solicitadas en la ruta RIAS con notificación mensual al prestador (Clínica Comfamiliar - adjuntan oficio envian de notificación		EN EJECUCIÓN			70%-99%		

Auditoría	**CRITERIO 17/Sede/Cohortes**	La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su población afiliada, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015; artículos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998; numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3 y; numeral 3.3 (3.3.1, 3.3.2, 3.3.5 y 3.3.6) del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018, en concordancia con el artículo 4 modificado por el artículo 1 de la Resolución 276 de 2019; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 2481 de 2020 ó la norma que la modifique o sustituya.	Garantizar a la población sin actividades, procedimientos e intervenciones las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud a través de la IPS primaria asignada	1. Realizar seguimiento al mejoramiento en respuesta oportuna a los usuarios que no tiene atención en salud	3. Numero de menores entre 6 años hasta un día antes de los 12 años que recibieron barrid de flúor / N Total cohortes de menores entre 6 años y un día antes de los 12 años *100	30%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan actas de acompañamiento al prestador Comfamiliar ruta/ RIAS, de forma mensual hasta el 27 agosto con adherencia del 44.3% ,se evidencia implementación de acciones mejora y seguimientos indican que el acta del mes de noviembre indicador 1: valoración integral en primera infancia: 89,72% 2. Valoración integral en la infancia 41,46% 3. Aplicación de flúor en infancia 38,66%, 4 pendiente calcula de indicador 5. mamografías 34,3%%,	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
					4.Numero de mujeres entre 50 a 69 años con mamografías realizadas/ N Total cohortes de años mujeres entre 50 a 69 años *100	40%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024										
					5. numero de mujeres entre 25a 69 años con colpocopia y biopsia cervicouterina realizadas/ N Total cohortes de años mujeres entre 25 a 69 años *100	70%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024										
					6. numero de mujeres entre 25a 65 años con toma citología cualquier prueba de tamizaicion realizadas/ N Total cohortes de años mujeres entre 25 a 65 años *100	70%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024										
				2.Realizar solicitud y seguimiento de plan de mejora sobre los hallazgos presentados relacionados con la población sin intervenciones en las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud a las IPS primaria	Numero de IPS con planes de mejora ejecutados/ Numero de IPS prestadores de servicios *100	100%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Anexan correo de solicitud de plan de mejora al prestador Clínica Comfamiliar del 9 de septiembre a la fecha pendiente de entrega, se recomienda volver a solicitarlo al prestador	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		
Auditoría	**CRITERIO 18/Cohorte Cáncer**	La EPS NO garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP, incumpliendo los numerales 14.2 y 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015; artículos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998; numerales 2.2.3 (3. 4, 5 y 6) del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018; numerales 4.3.6.1 (4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4); 4.10 (4.10.4.2 , 4.10.4.4) y 4.12 (4.12.6.1) del numeral III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.	**1.** Evaluación de la RIA Materno Perinatal	1.Realizar aplicación de instrumento para la evaluación de la RIAMP semestral	Numero IPS con evaluación RIAMP/ Número Total de IPS con atención de gestantes programadas*100	100%	Coordinador de atención primaria sede Pereira	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	S	Adjunta y lista de chequeo de ruta RIAMP 12 de marzo al prestador Clínica Comfamiliar con reporte de adherencia del 23%, pendiente acta de evaluación plan de mejora instaurado y cronograma de seguimiento y seguimientos realizados al prestados, indica programación de forma semestral segunda programada para el mes de diciembre. Pendiente seguimiento	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
			2.Aplicación de instrumento de modelo de acompañamiento a las IPS que permita el seguimiento a la actividades	2.Aplicar instrumento de acompañamiento mensual que permita hacer seguimiento a las actividades de RIA Materno Perinatal	Numero IPS con aplicación de instrumento para evaluación de la RIAMP / Numero Total de IPS con atención de gestantes a**100	100%	Coordinador de atención primaria sede Pereira	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Indican evaluación mensual mediante auditoria de historia clínica a la ruta RIAM al prestador Clínica Comfamiliar, adjunta instrumentos de seguimiento de la ruta de los meses de febrero a julio. en julio indican porcentaje de cumplimiento del 97%, Adjunta tres actas de acompañamiento al prestador de los meses de febrero, marzo y abril pendiente actas de mayo a julio , indican seguimiento bimensual desde noviembre, en las actas aportadas se verifican socialización de indicadores y acciones de mejora pendiente actas de seguimiento hasta cierre del plan	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			3.Plan de capacitación mensual a la red de prestadores de atención de gestantes	3.Ejecucion de cronograma de capacitación con temas que contribuyan al manejo de las gestantes en las IPS con el apoyo de la ginecóloga centinela	Numero de IPS con capacitaciones / Numero total de IPS convocadas*100	100%	Leidy Hurtado - Yohana Patiño -Programa materno perinatal - Sede nacional	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta cronograma de capacitaciones desde el mes de enero a diciembre, adjuntan actas de capacitación desde el mes de enero con listado de asistencia al prestador Clínica Comfamiliar.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			4. Despliegue del plan de comunicaciones	4.Seguimieto diario de estrategia negarte vida para inscripción temprana de gestante a control prenatal y generación de piezas publicitarias para las gestantes	Numero de gestantes gestionadas/ Numero total de gestantes registradas en el Link *100	100%	Yohana Patiño -Programa materno perinatal - Sede nacional	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta base de datos de seguimiento a la estrategia REGALTE VIDA la cual es una capacitación virtual a las mujeres en edad fértil para captación de gestantes en edad gestacional temprana, la base esta desde enero a junio y con esta realizan llamada a las usuarias y se observa seguimiento a estas, las usuarias ingresan por la pagina web de la entidad y piezas publicitarias por medio de link anexan captura de pantalla . pendiente seguimiento de julio a diciembre	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
			5.Realizar seguimiento periódico a la oportunidad accesibilidad en la atención en la ruta RIAMP	5.Realizar seguimiento periodo mediante indicadores de la oportunidad y accesibilidad en la ruta de atención RIAMP	5.1. Numero de gestantes captadas para control prenatal antes de la semana 12/ total gestante cohorte *100	100%	Leidy Hurtado - Yohana Patiño -Programa materno perinatal - Sede nacional	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Indican evaluación mensual mediante auditoria de historia clínica a la ruta RIAM al prestador Clínica Comfamiliar, adjunta instrumentos de seguimiento de la ruta de los meses de febrero a julio. en julio indican porcentaje de cumplimiento del 97%, Adjunta tres actas de acompañamiento al prestador de los meses de febrero, marzo y abril pendiente actas de mayo a julio , indican seguimiento bimensual desde noviembre, en las actas aportadas se verifican socialización de indicadores y acciones de mejora pendiente actas de seguimiento hasta cierre del plan, los indicadores de acción de mejora quedan pendientes de calculo se recomienda ingresarlos en nuevo seguimiento de Ruta RIAMP, y relaciona indicador de captación de gestantes del 80%	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Pendiente indicadores de acción de mejora diligenciados para auditoría de cierre
					5.2.Numero de gestantes que completan exámenes de laboratorio según Resl 3280 de 2018/ total gestante cohorte *100															
					5.3.Numero de gestantes con realización de ecografía de translucencia nucal entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas +6 días/total gestante cohorte *100															
					5.4.Numero de gestantes con formulación y entrega de micronutrientes completos /total gestante cohorte *100															
					5.4.Numero de recién nacidos con toma de muestra de sangre de cordón umbilical para hemoclasificación y hipotiroidismo neonatal / total de nacidos vivos *100															
					5.5.Numero de recién nacidos con consulta control ambulatorio entre los 3 y 5 días posterior al egreso hospitalario/ total de nacidos vivos *100															

Firma del Representante Legal
Nombre: MARIA CRISTINA CASAS PIEDRAHTA

Firma del Evaluador
Nombre: CAROLINA FRANCO ARANA
Cargo: MD AUDITOR SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

ADALBERTO ARIAS CC
MD AUDITOR SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Gmail

CER Eat <cerauditorias@gmail.com>

DOSQ CIERRE AUDITORIA DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA CIRCULAR 001 DE 2020 Y MODIFICATORIA

1 mensaje

CER Auditorias <cerauditorias@gmail.com> 17 de diciembre de 2024, 17:02
Para: Cumplimiento Entes de Control <cumplimientoentesdecontrol@sos.com.co>, mcasas@sos.com

Buenos tardes

Se anexa acta y formatos de plan de mejora firmados entre las partes, dando cierre a la auditoría de Seguimiento a los planes de mejora de la auditoría de la Circular 001 de 2020 y sus modificatorias, realizada el pasado 2 de diciembre del año en curso.

Bn dia

3 adjuntos

DOSQ SOS ACTA SEGUIMIENTO PM GAUDI VIG 23 AÑO 24 4.pdf
169K

DOSQ SOS PLAN MEJORA GAUDI VIG 23 AÑO 2024 2.pdf
445K

DOSQ SOS PLAN MEJOR GAUDI VIG 23 AÑO 2024 2.xlsx
398K