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 29 / M 11 /A 2024	**Hora:** 4:15 pm	**Lugar:** EAPB Nueva Eps RC-Virtual	**Acta No. 8**

TEMA DE REUNIÓN: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, 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 **# 21092** registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB NUEVA EPS 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 4:15 pm del día 22 de noviembre, se da inicio a la reunión con la Participación de:

Por parte de la EAPB:
Luz Adriana Posada (Profesional Gestión Cohortes de Alto Costo)
Yeimy Viviana Gómez Reyes (Profesional Gestión del Riesgo en Salud)
Valentina Posada Jiménez (Profesional Gestión del Riesgo en Salud)
María Constanza Jiménez Gallo (Analista Modelo de Atención
Leidy Johana Rojas Hoyos (Profesional de Respuesta al Usuario)
Claudia Marcela Uribe Zapata (Profesional Organismos de Control)
Claudia Patricia Palacio Arredondo (Enfermera 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:

Se anexa lista de asistencia.

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.

Se anexa lista de asistencia.

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 11: Acción 1: Anexan acta de socialización a las IPS de Risaralda y del Norte del Valle del Cauca, sobre el uso de Telemedicina y Telesalud. No se anexa socialización sobre el proceso de remisión de urgencias vitales, sin embargo, argumenta el funcionario encargado que tiene la evidencia. Pendiente anexar para la auditoria de cierre.

-Criterio 15: Acción 1: Anexan cuadro de base de datos de PQR de Dosquebradas , donde se discrimina por causales, IPS que más impactan, tipos de procesos, especialidades. Archivo con información a noviembre 2024. No se maneja información en este espacio de tutelas.
Acción 2: Anexan dos presentaciones sobre la caracterización de las tutelas, donde se muestra las causalidades, tutelas contestadas pendientes oportunas .de los meses de agosto y octubre Anexan copia de correo que nos muestra la socialización.
Acción 3: Anexan actas de seguimiento a las IPS que más impacto tienen en PQRS. AUDIFARMA, con gestión en los diferentes puntos de atención, en las fechas de 16/07 Portal del Parque de Dosquebradas, Mega centro el 09/08/2024, MAC Especializada el 23/08/2024.Clínica Los Rosales de fecha 18/11/2024. IDIME, anexan 6 actas de seguimiento de las fechas 11/07 de salud oral, del 20/06, 28/06, 18/07, y 12/09 de 2024 estas de verificación de la calidad del servicio, la Clínica San Rafael 6 actas de 21/02,21/03,02/05,14/05, 22/05, 20/08, con estrategias de impacto en diminución de PQRS HOSPITAL SANTA MONICA, anexan 4 actas de seguimiento de las fechas 26/06, 29/07 09/07 y 18/09 de 2024.plan de mejora con área de cirugía suscrito en abril con seguimiento en agosto 2024, Plan de mejora con la entidad diagnostico oftalmológico suscrito en mayo, con 3 acta de seguimiento julio y agosto, , plan de mejora en calidad de servicios Clínica OAT de abril 2024 y 7 actas de seguimiento de junio a septiembre , plan de mejora con Oncólogos de Occidente de julio 2024 y 4 actas seguimiento de julio a septiembre. Estas son las IPS que mayor número de PQRS y tutelas aportaron.

Se anexa lista de asistencia.

-Criterio 17.4: Acción 1: Adjuntan correo del 4 de junio en donde socializan el plan de trabajo de la jornada de flúor del 13 al 15 de junio en cual se encuentra el cronograma de las jornadas, adjuntan correo del 22 de octubre de evidencia de jornada SOY generación más sonriente , PDF de capacitación realizada. y anexan como soporte de asistencia a jornadas fotos de participación , Refieren indicador de cobertura de barniz de flúor en infancia del 39% corte octubre e indican finalización de jornadas del año 2024 conforme a cronograma de correo del 4 de junio.
Acción 2: Adjuntan Archivo Excel con matriz estandarizada de seguimiento en aplicación. de flúor
Acción 3: Adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia . Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS-ESE de junio , julio , agosto y octubre, de acuerdo cronograma de jornadas en octubre finalizaron jornadas por lo que no se requiere de más envió de bases de datos y se evidencia la meta definida
Acción 4: Adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia. Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS-ESE de junio , julio , agosto y octubre, de acuerdo cronograma de jornadas en octubre finalizaron jornadas por lo que no requieren más envío de bases de datos
Acción 5: adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia con seguimiento al mes de octubre , Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS-ESE de junio , julio , agosto y octubre, y adjuntan dos archivos de seguimiento al indicador de cobertura y esquema de flúor de enero a octubre . Pendiente continuar seguimiento
Acción 6: Indican que no hay nuevos hallazgos en el cierre de la auditoria que está programada en el mes diciembre que genere un nuevo plan de mejora.

-Criterio 18.1: Acción 1: Adjuntan últimos tres correos electrónicos de las IPS IDIME del 27 de noviembre con reporte de gestante con prueba positivas para ingreso a control prenatal y base de datos de la toma de prueba de embarazo el cual indican reportan de manera semanal, los laboratorio clínico envía la información a las enfermeras lideres de programa, para captar las usuarias gestantes nuevas para el programa, la oportunidad en las citas de ingreso temprano a control a prenatal por medico general en el 2 días registrado en acta del 11 de octubre 2024.
Acción 2: Adjunta últimos dos correos al prestador Idime de correos electrónicos de pacientes inasistente o no adherentes al proceso de atención del programa materno perinatal del 7 y 14 de noviembre.
Acción 3: Adjunta acta del 11 de octubre con el prestador IDIME Dosquebradas de seguimiento al programa de gestantes con lista de chequeo con adherencia a la ruta del

Se anexa lista de asistencia.

97%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora, próximo seguimiento enero. 2025.
Acción 4: La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió de plan de mejora, pendiente seguimiento a adherencia ruta RIAMP en enero del 2025,pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre.

-Criterio 18.2: Acción 1: Adjuntan acta del 11 de octubre de socialización de los hallazgos GAUDI y con ítem de establecimiento de compromisos en donde establecen acciones de mejoras para el registro de toma de micronutrientes en historia clínica, pendiente seguimiento en enero del 2025.
Acción 2: Adjunta tres archivos en Excel de bases de datos dos de entrega de micronutrientes de octubre a las usuarias , y una base de datos especifica de entrega de micronutrientes a las gestantes con corte octubre, pendiente soportes de correos de notificación a las IPS de las bases de datos.
Acción 3: Adjunta acta del 11 de octubre con el prestador IDIME Dosquebradas de seguimiento al programa de gestantes con lista de chequeo con adherencia a la ruta del 97%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora, próximo seguimiento enero 2025
Acción 4: La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió de plan de mejora, pendiente seguimiento a adherencia ruta RIAMP en enero del 2025,pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre.

-Criterio 18.3: Acción 1: Indican que se encuentra pendiente documentar estrategia
Acción 2: Adjuntan base de datos de recién nacidos con fecha de octubre y adjuntan dos correos del 11 de octubre y 28 de octubre con envío de bases de datos a los prestadores
Acción 3: Adjuntan una base de datos con el seguimiento discriminado por prestadores clínica Comfamiliar , clínica San Rafael y HUSJ solo hemoclasificación y ESE Salud Pereira solo TSH. Se recomienda incluir en seguimiento de HUSJ TSH y ESE Pereira Hemoclasificación fecha de corte octubre.
Acción 4: Pendiente nuevo seguimiento con compromisos , la actividad se encuentra pendiente de ejecución

-Criterio 18.4: Acción 1: Indican que se encuentra pendiente documentar estrategia, adjuntan base de datos de egresos de partos para definir estrategia del prestador Clínica San Rafael, no se evidencia estrategia documentada.
Acción 2: Adjuntan correo del último envío de bases de datos a ESE a IPS del 27 y 28 de noviembre, indican la base de datos se realiza de envía de forma diaria y adjunta base de datos de recién nacidos
Acción 3: Adjunta acta del 11 de octubre con el prestador IDIME Dosquebradas de seguimiento al programa de gestantes con lista de chequeo con adherencia a la ruta del 97%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora, próximo seguimiento enero 2025

Se anexa lista de asistencia.

Acción 4: La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió de plan de mejora, pendiente seguimiento a adherencia ruta RIAMP en enero del 2025,pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre.

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 tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.

Se evidencia que la EAPB presenta avances en el cumplimiento de las acciones de mejora hasta la fecha de la presente auditoria, encontrando tres (3) acciones de mejora con estado abierto, 19 acciones en estado de ejecución de las cuales tres (3) presentan ejecuciones del 1 al 33%, 9 del 34 al 69% y 9 del 70 al 99%. En estado de cierre del 100% 4 acciones de mejora, para un total de 26 acciones de mejora que 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.

Carolina Franco Arana
Md Auditor
Secretaria de Salud de Pereira

Claudia Marcela Uribe Zapata
Profesional Organismos De Control
EAPB Nueva EPS

Adalberto Arias Pulgarín
Md Auditor
Secretaria de Salud de Pereira

Claudia Patricia Palacio Arredondo
Enfermera de Calidad
EAPB Nueva Eps

Luz Adriana Posada
Profesional Gestión Cohortes De Alto Costo
EAPB Nueva Eps

Yeimy Viviana Gómez Reyes
Profesional Gestión Del Riesgo En Salud
EAPB Nueva Eps

Se anexa lista de asistencia.

Fecha de vigencia: 25 de Junio de 2019

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	

TEMA DE REUNIÓN: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, 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 **# 21092** registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB NUEVA EPS RC**

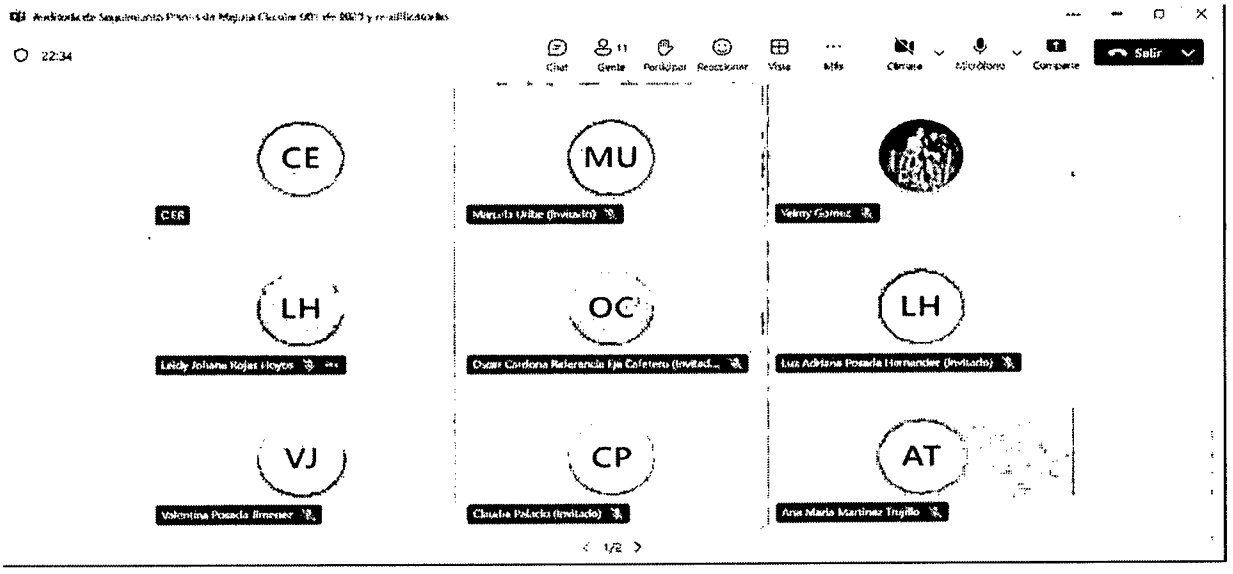
Valentina Posada Jiménez
Profesional Gestión Del Riesgo En Salud
EAPB Nueva Eps

María Constanza Jiménez Gallo
Analista Modelo De Atención
EAPB Nueva Eps

Leidy Johana Rojas Hoyos
Profesional De Respuesta Al Usuario
EAPB Nueva Eps

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.



Se anexa lista de asistencia.

Fecha de vigencia: 25 de Junio de 2019

	AUDITORIAS	CÓDIGO	A.TFT.04
	FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Nombre de la entidad que suscribe el plan	**NUEVA EPS.S.A**
NIT de la entidad	**900156264**
Digito de verificación - DV	**2**
Nombre del representante legal	**MARIA LORENA SERNA MONTOYA**
Identificación del representante legal	**25165826**
Dirección de la entidad	**AV. 30 DE AGOSTO #35-08**
Teléfonos	**3175173059**
Correo electrónico	maria.serna@nuevaeps.com.co
Forma por la cual se detectó el o los hallazgos	**AUDITORIA CIRCULAR 001**
Fecha de suscripción del plan de mejoramiento	**26/09/2024**
NURC de suscripción del plan de mejoramiento	**REGIMEN CONTRIBUTIVO**
Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento	**SECRETARIA DE SALUD DE PEREIRA**
Fecha de evaluación del plan de mejoramiento	**29/11/2024**
Auto de auditoria (si aplica)	**N/A**
Fecha de vigencia del plan de mejoramiento	**5 meses**

% Avance	Estado de la Acción	Estado del Hallazgo	Estado del Avance
0% ABIERTO		ABIERTO	La entidad no presenta ejecución
1% 99% EN EJECUCIÓN		EN EJECUCIÓN	La entidad cuenta con soporte documental
50% 99% CERRADO OPORTUNA		CERRADO OPORTUNA	La entidad cuenta con evidencias de implementación
70% 99% CERRADO NOOPORTUNA		CERRADO NOOPORTUNA	La entidad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación
100% N.A		NA	La entidad no encuentra hallazgo materializado

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO										SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION 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
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)								
Calidad	**Criterio 8:** La EPS no garantiza a los afiliados la atención de los servicios de salud con accesibilidad, oportunidad y continuidad.	Verificar la prestación efectiva de los servicios para nuestros afiliados.	P. 1. Socializar resultados de la auditoria realizada a las IPS especializadas. (unidades renales e ips ARTMEDICA)	1.Oportunidad cita especialista paciente alto costo: Sumatoria total de los días calendario trascurridos entre la fecha que el pacientes solicita cita para se atendido en la consulta medica especializada y la fecha en la cual fue asignada la cita / Numero total de consultas medicas especializadas asignadas (días)	30 días calendario	Profesional Gestión del riesgo Alto costo Profesionales de gestión del riesgo componente II Auxiliares de Gestión del Riesgo componente II	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan copias de correo de citación a seguimiento y socialización de las auditorias a los prestadores, Oncólogos de Occidente con fecha 18/07/2024. De anotar que realizan seguimiento al contrato PGP. Con el prestador Art medica se hace la socialización el 09/08/2024, con socialización de auditoria, medición de capacidad instalada Anexan acta de reunión con Clínica San Rafael en el manejo de pacientes oncológicos con fecha del 26/08/2024. Pendiente actividad con prestadores que manejan patología renal.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
			H. 2. Realizar ejercicio de verificación de capacidad instalada con los prestadores priorizados (Artmédica) para validar disponibilidad de servicios para nuestros afiliados, validar con las unidades renales a través de muestreo aleatorio de pacientes que están en diálisis peritoneal, la adecuada entrega de los equipos e insumos para la realización de su tratamiento en domicilio.				01/10/2024	14/02/2025	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan Actas se reunión con ARTMEDICA, con fechas de 6 y 20/1/2024, referente a la medición de capacidad instalada y se hace seguimiento algunos casos con su debido análisis. Anexan copia de acta de reunión con Oncólogos de Occidente con fecha de 16/10/2024, donde se muestra la capacidad instalada general y la definida para pacientes de Nueva EPS. Se hace seguimiento a pacientes trazadores. Pendiente pacientes renales Anexan copias de correos solicitando planes de mejora a los hallazgos encontrados.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
			V - A 3. Generar y hacer seguimiento a plan de acción de acuerdo a resultados de capacidad instalada o de la revisión del muestreo realizado a las unidades renales.				01/10/2024	14/02/2025	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	Anexan copia del plan de mejora de Oncólogos de Occidente, con las asignaciones de citas pendientes referidas en la auditoria. Anexan correo de envio de plan de mejora de ARTMEDICA. Pendiente los seguimientos y los planes de mejora y seguimiento de los prestadores de patología renal de alto costo.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
Calidad	**CRITERIO 11:** La EPS en la operación del Sistema de Referencia y Contrareferencia no cuenta con una red de prestadores disponible y suficiente en todos los niveles de complejidad, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.	Garantizar la remisión oportuna de los afiliados que lo requieran	Capacitar a la red contratada (hospitalaria) sobre el manejo de la ruta de remisiones vitales y reporte de las mismas	3. Numero de capacitaciones realizadas/ Numero de capacitaciones programadas*100	100%	Coordinador de Riesgo Complementario	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	Anexan acta de socialización a las IPS de Risaralda y del Norte del Valle del Cauca, sobre el uso de Telemedicina y Telesalud. No se anexa socialización sobre el proceso de remisión de urgencias vitales, sin embargo argumenta el funcionario encargado que tiene la evidencia. Pendiente anexar para la auditoria de cierre.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
Calidad	**CRITERIO 14:** La EPS no resuelve las peticiones, quejas y reclamos formuladas por los usuarios de fondo y oportunamente. 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.	Realizar análisis para gestión y cierre de los requerimientos y/o quejas monitorizando el indicador de calidad en la respuesta garantizando así una solución de fondo a la situación manifestada por el usuario.	P. 1. Identificar los motivadores de pqr y tutelas por zonal.	Porcentaje de pqr con respuesta oportuna 1. Numero de PQRS con respuesta oportuna y de fondo en los tiempos establecidos(norma) / Numero total de PQRS * 100	80%	Directora de requerimientos y gestión de la información	01/10/2024	14/02/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	Anexan cuadro de base de datos de PQR de Perera, donde se discrimina por causales, IPS que más impactan, tipos de procesos, especialidades. Archivo con información a noviembre 2024.. No se maneja información en este espacio de tutelas.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			H. 2. Socializar información de gestión de tutelas y motivadores a gerencias responsables en el nivel nacional y a las regionales respectivas para su gestión.			Directora de requerimientos y gestión de la información	01/10/2024	14/02/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	Anexan dos presentaciones sobre la caracterización de las tutelas, donde se muestra las causalidades, tutelas contestadas pendientes oportunas .de los meses de agosto y octubre Anexan copia de correo que nos muestra la socialización.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			V. 3. Realizar intervención en mesa de servicio regional por prestador que impacte en las PQR y tutelas (plan padrino IPS que más impactan en pqr y tutelas).	3. Numero de mesas realizadas/ Numero de mesas programadas*100	1	Directora de requerimientos y gestión de la información	01/10/2024	14/02/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	Anexan actas de seguimiento a las IPS que más impacto tienen en PQRS. AUDIFARMA, con gestión en los diferentes puntos de atención, Mega centro el 09/08/2024, MAC Especializada el 23/08/2024.Clínica Los Rosales de fecha 18/11/2024, IDIME, anexan 6 actas de seguimiento de las fechas 11/07 de salud oral, del 20/06, 28/06, 18/07, y 12/09 de 2024 estas de verificación de la calidad del servicio, la Clínica San Rafael 6 actas del 21/02,21/03,02/05,14/05, 22/05, 20/08, con estrategias de impacto en diminución de PQRS, plan de mejora con área de cirugía suscrito en abril con seguimiento en agosto 2024, Plan de mejora con la entidad diagnostico oftalmológico suscrito en mayo, con 3 acta de seguimiento julio y agosto, plan de mejora con la entidad ESE Salud Pereira suscrito en julio 2024,seguimiento agosto, plan de mejora en calidad de servicios Clínica OAT de abril 2024 y 7 actas de seguimiento de junio a septiembre , plan de mejora con Oncólogos de Occidente de julio 2024 y 4 actas seguimiento de julio a septiembre. Estas son las IPS que mayor numero de PQRS y tutelas aportaron.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
Calidad	**CRITERIO 15:** La EPS tiene fallos de tutela en contra por tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios. 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 (del 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.	Establecer estrategias para el entendimiento de la gestión de tutelas en la compañía	P. 1. Identificar los motivadores de pqr y tutelas por zonal.	Número de tutelas por servicios PBS/Total de tutelas radicadas Numero de fallos de tutela por solictudes por Tecnologías en Salud incluidos en el PBS/ Numero total de tutelas radicadas*100	0%	Director de Servicios vía judicial	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	Anexan cuadro de base de datos de PQR de Perera, donde se discrimina por causales, IPS que más impactan, tipos de procesos, especialidades. Archivo con información a noviembre 2024.. No se maneja información en este espacio de tutelas.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			H. 2. Socializar información de gestión de tutelas y motivadores a gerencias responsables en el nivel nacional y a las regionales respectivas para su gestión.			Director de Servicios vía judicial	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	Anexan dos presentaciones sobre la caracterización de las tutelas, donde se muestra las causalidades, tutelas contestadas pendientes oportunas .de los meses de agosto y octubre Anexan copia de correo que nos muestra la socialización.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			V. 3. Realizar intervención en mesa de servicio regional por prestador que impacte en las PQR y tutelas (plan padrino IPS que más impactan en pqr y tutelas).	3. Numero de mesas realizadas/ Numero de mesas programadas*100	100%	Director de Servicios vía judicial	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	Anexan actas de seguimiento a las IPS que más impacto tienen en PQRS. AUDIFARMA, con gestión en los diferentes puntos de atención, Mega centro el 09/08/2024, MAC Especializada el 23/08/2024.Clínica Los Rosales de fecha 18/11/2024, IDIME, anexan 6 actas de seguimiento de las fechas 11/07 de salud oral, del 20/06, 28/06, 18/07, y 12/09 de 2024 estas de verificación de la calidad del servicio, la Clínica San Rafael 6 actas del 21/02,21/03,02/05,14/05, 22/05, 20/08, con estrategias de impacto en diminución de PQRS, plan de mejora con área de cirugía suscrito en abril con seguimiento en agosto 2024, Plan de mejora con la entidad diagnostico oftalmológico suscrito en mayo, con 3 acta de seguimiento julio y agosto, plan de mejora con la entidad ESE Salud Pereira suscrito en julio 2024,seguimiento agosto, plan de mejora en calidad de servicios Clínica OAT de abril 2024 y 7 actas de seguimiento de junio a septiembre , plan de mejora con Oncólogos de Occidente de julio 2024 y 4 actas seguimiento de julio a septiembre. Estas son las IPS que mayor numero de PQRS y tutelas aportaron.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
Salud Pública	**CRITERIO 17.4:** Infancia (6 años hasta un día antes de cumplir los 12 años), Protección Específica: Aplicación de barniz de flúor. La EPS NO garantizó las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral en Salud - RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los cursos de vida, en cuanto a la valoración integral, detección temprana y protección específica, en la periodicidad y atenciones plasmadas en el Lineamiento Técnico y Operativo de la RIAS, 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; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016; numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3 y, numerales 3.3.1, 3.3.2, 3.3.5 y 3.3.6 del Numeral 3.3 e inciso tercero ídem, del numeral I Lineamiento Técnico y	Gestionarla el riesgo en salud oral de la población de infancia por medio de la Topicación de barniz de flúor semestral	1. P: Socializar y participar en las actividades programadas por el equipo de PYMS para aumentar cobertura en el municipio.	Cobertura de esquema de aplicación de flúor (barniz) 1.Numero de menores entre 6 y un día antes de cumplir los 12 años con aplicación de barniz de flúor/ Numero total de menores entre 6 años y un día antes de los 12 años de la cohorte *100	20%	Auditor de salud oral	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan correo del 4 de junio en donde socializan el plan de trabajo de la jornada de flúor del 13 al 15 de junio en cual se encuentra el cronograma de las jornadas, adjunta correo del 30 sep con envio de bases de datos de población nominal de PYP al prestador IDIME, adjuntan correo del 22 de octubre de evidencia de jornada SOY generación mas sonriente y anexan como soporte de asistencia a jornadas fotos de asistencia . Refieren indicador de cobertura de barniz de flúor en infancia del 43% corte octubre indican finalización de jornadas del año 2024 conforme a correo de socialización del 4 de junio.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			1.P: Diseñar herramienta de proyección para cuantificar las metas			Auditor de salud oral	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan Archivo Excel con matriz estandarizada de seguimiento en aplicación de flúor	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. H: Definir metas según el contexto de la IPS-ESE para aumentar las coberturas en topicaciones de barniz de flúor durante las actividades de PYMS.			Auditor de salud oral	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia . Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS-ESE de junio , julio , agosto y octubre, de acuerdo cronograma de jornadas en octubre con finalización de jornadas por lo que no requieren mas envio de bases de datos y se evidencia la meta definida	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. H: Entregar base de datos a IPS-ESES para realizar demanda inducida a los afiliados.			Auditor de salud oral	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia . Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS-ESE de junio , julio , agosto y octubre, de acuerdo cronograma de jornadas en octubre finalizaron jornadas por lo que no requieren mas envio de bases de datos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

	Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018 y, Artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018; en concordancia con los artículos 4 y 7 de la Resolución 3280 de 2018.		3. V: Realizar seguimiento a la herramienta de proyección.	3. Numero de seguimientos a la herramienta de proyección realizadas/ Numero de seguimientos programadas*100	100%	Profesional de gestión del riesgo	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan con archivo Excel con definición de meta para el prestador IDIME del 30 % para los ciclos de vida hasta infancia con seguimiento al mes de octubre. Adjuntan correos de bases de datos de población nominal a las IPS a ESE de junio , julio , agosto y octubre, y adjuntan dos archivos de seguimiento al indicador de cobertura y esquema de flúor de enero a octubre, pendiente continuar seguimiento.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
			4. A: Realizar los ajustes al proceso de acuerdo a los hallazgos identificados en el acompañamiento realizado.	4. Numero de IPS con auditorias realizadas / Numero de auditorias programadas a las IPS priorizadas*100	100%	Profesional de gestión del riesgo	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Indican que no hay nuevos hallazgos que genere un nuevo plan de mejora, pendiente el cierre de la auditoria que esta programada para el mes diciembre para definir si se requiere un nuevo plan de mejora.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
Salud Pública	**CRITERIO 18.1** La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección especifica, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del Articulo 14 de la Resolución 1536 de 2015; Articulos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998 y, Artículos 2, 3, 8 y 9 de la Resolución 412 de 2000.	Fortalecer la Detección Temprana - Atención del cuidado prenatal garantizando En la primera consulta la realización de los exámenes de laboratorio.	1. P. Establecer estrategia de reporte de pruebas de embarazo semanal con la IPS, así mismo garantizar una captación oportuna de las pacientes que consulten a los servicios de urgencias en apoyo con el equipo de auditoría, y las pacientes visitadas por parte de los promotores integrales de salud, logrando que las pacientes ingresen al control de su gestación y tomar la totalidad de paraclínicos requeridos de acuerdo al trimestre de embarazo por el que cursa la usuaria.	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de control prenatal 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	3 días	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan dos correos electrónicos de las IPS IDIME del 27 de noviembre con reporte de gestante con prueba de embarazo positivas para ingreso a control prenatal y adjuntan base de datos de la toma de prueba de embarazo con reporte de manera semanal, los laboratorio clínico envía la información a las enfermeras líderes del programa, para captar las usuarias gestantes nuevas para el programa, la oportunidad en las citas de ingreso temprano a control a prenatal de es del dia registrado en acta del 7 octubre 2024.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
			2. H. Notificar a la EAPB gestantes que presente no adherencia o inasistencia para la realización de los paraclínicos de ingreso y durante la ruta materno perinatal incluyendo imagenología, procedimientos e interconsultas con las diferentes especialidades.	Numero de pacientes reportadas con inasistencia o no adherencia por las IPSs/ seguimiento realizado a las mismas	100%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan ultimos dos correos electrónicos de las IPS IDIME del 7 de noviembre usuarias inasistente o no adherentes al proceso de atención del programa materno perinatal y correo del 2 de noviembre de envio de orden ecografía como seguimiento a la realización de laboratorios. Pendiente seguimientos hasta cierres del plan de mejora	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		
			3. V. Realizar de manera aleatoria verificación de adherencias a guía para la ruta materno perinatal de manera trimestral.	Numero de auditorias a la adherencia a la guia de la ruta materno perinatal realizadas a la IPS/ Numero total de IPS prestadoras de servicio *100	95% de adherencia	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta acta del 7 de octubre con el prestador IDIME Pereira de seguimiento adherencia a guías de practica clínica con lista de chequeo e indican adherencia a la ruta del 99%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora, próximo seguimiento enero de 2025	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
			4. A: Realizar los ajustes al proceso de acuerdo a los hallazgos identificados en el acompañamiento realizado.						Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió plan de mejora, próximo seguimiento enero del 2025, pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
Salud Pública	**CRITERIO 18.2** La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección especifica, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del Articulo 14 de la Resolución 1536 de 2015; Articulos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998 y, Artículos 2, 3, 8 y 9 de la Resolución 412 de 2000.	Fortalecer que en la primera consulta se formulen y se suministren los micronutrientes (Acido Fólico, Hierro y Calcio)	1. P. Establecer estrategia de intervención con los medicos y enfermeras líderes del programa materno perinatal, con el fin de que se realice el ordenamiento adecuado de los micronutrientes, así como también, para el suministro y entrega de los micronutrientes dentro de los tiempos normativos.	Numero de gestantes con formulación y entrega de micronutrientes / Total gestantes cohorte * 100	85%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta acta del 28 de octubre con el prestador IDIME Pereira, de socialización de los hallazgos GAUDI y establecimiento de compromisos en donde establecen acciones de mejoras para el registro de toma de micronutrientes en historia clínica, pendiente seguimiento en enero del 2025.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
			2. H. Solicitar el reporte de micronutrientes entregados a farmacia Notificar a las IPS la base de datos.						Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta tres archivos en Excel de bases de datos dos de entrega de micronutrientes de octubre a las usuarias y una base de datos entrega de micronutrientes a las gestantes con corte octubre, pendiente soportes de correos de notificación a las IPS de las bases de datos.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
			3. V. Realizar seguimiento y auditoria de historia clínica para la ruta materno perinatal. Verificar suministro vs reporte de entrega de farmacia.	Numero de seguimientos a historias clínicas para Ruta RIAMP realizados a las IPS/ Numero total de historias clínicas evaluadas dentro de la muestra seleccionada	90%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta acta del 7 de octubre con el prestador IDIME Pereira de seguimiento adherencia a guías de practica clínica con lista de chequeo e indican adherencia a la ruta del 99%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora, próximo seguimiento enero de 2025.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
			4. A. Solicitar y hacer seguimiento a los planes de acción de las IPS con incumplimiento a la ruta materno perinatal y a la no entrega de soportes en el momento de la auditoria.	Número de planes de acción con seguimiento/ el número total de planes presentados de las IPS	90%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió plan de mejora, próximo seguimiento enero del 2025, pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
Salud Pública	**CRITERIO 18.4** La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección especifica, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del Articulo 14 de la Resolución 1536 de 2015; Articulos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998 y, Artículos 2, 3, 8 y 9 de la Resolución 412 de 2000.	Fortalecer la Atención para el Seguimiento al Recién Nacido, Consulta de control ambulatorio del recién nacido (Entre los 3 y 5 días posterior al egreso hospitalario).	1. P. Establecer estrategia de reporte y captación en conjunto entre Nueva EPS (equipo de auditoria, Prestadores y profesionales de gestión de riesgo), e IPS para el agendamiento de las citas de control dentro de los tiempos normativos y gestión de resultado.	Numero de recién nacidos con consulta control entre los 3 y 5 días de egreso hospitalario/ Numero Total recién nacidos cohorte *100	5	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Indican que se encuentra pendiente documentar estrategia, adjuntan base de datos de egresos de partos para definir estrategia del prestador Clínica San Rafael, no se evidencia estrategia documentada , la actividad se encuentra pendiente de ejecución.	La actividad no presenta ejecución	ABIERTO			0%		La acción de mejora no presenta vencimiento en el plazo de ejecución
			2. H. Notificar a las ESE e IPS la base de datos del censo y nacidos vivos en las IPS de segundo y tercer nivel de atención al igual que los resultados de TSH neonatal y Hemoclasificación.	4.Soporte de notificación de bases de datos de partos atendidos en la mediana y alta complejidad a las ESE e IPS encargadas de la ruta materno perinatal.	100%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjuntan correo del ultimo envío de bases de datos a ESE a IPS del 27 y 28 de noviembre , la base de datos se envía de forma diaria y adjunta base de datos de recién nacidos	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se recomienda tener los indicadores de la acción de mejora calculados para ser presentados en la auditoria de cierre.
			3. V. Verificar seguimiento en la disponibilidad de las agendas y realizar seguimiento a la asignación de las citas efectivas en las IPS, por medio de una base de datos.	Número de planes de acción con seguimiento/ el número total de planes presentados de las IPS	90%	PROFESIONAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD	01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	Adjunta acta del 7 de octubre con el prestador IDIME Pereira de seguimiento adherencia a guías de practica clínica con lista de chequeo y adherencia a la ruta del 99%, se evidencia planteamiento de acciones de mejora próximo seguimiento enero de 2025.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		
			4. A. Solicitar y hacer seguimiento a los planes de acción de las IPS con incumplimiento.				01/10/2024	14/02/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	La adherencia a ruta RIAMP fue mayor a 95%, por lo que no requirió plan de mejora, próximo seguimiento enero del 2025, pendiente indicadores de acción de la mejora del plan para auditoria de cierre	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		

Firma Gerente Regional
Nombre: María Lorena Serna Montoya

Firma del Evaluador
Nombre: Carolina Franco A.
Cargo: Md Auditor Secretaria de Salud de Pereira.

Adalberto Arias Corrales
Md Auditor Secretaria de Salud de Pereira.

Gmail

CER Eat <cerauditorias@gmail.com>

PEI 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, 14:06
Para: auditorias_risaralda <auditorias_risaralda@nuevaeps.com.co>, Claudia Marcela Uribe Zapata <claudia.uribe@nuevaeps.com.co>, Claudia Patricia Palacio Arredondo <claudiap.palacio@nuevaeps.com.co>

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 29 de noviembre del año en curso.

Bn dia

6 adjuntos

- **PEI NUEVA EPS RC ACTA PLAN DE MEJORA FIRMADA.pdf** 2099K
- **PEI NUEVA EPS RC PLAN MEJORA VIG 23 AÑO 24 1.xlsx** 172K
- **PEI NUEVA EPS RC PLAN MEJORA VIG 23 AÑO 24 1.pdf** 2235K
- **PEI NUEVA EPS RS ACTA SEGUIMIENTO GAUDI FIRMADA.pdf** 1784K
- **PEI NUEVA EPS RS PLAN MEJORA VIG 23 AÑO 24 1.pdf** 2230K
- **PEI NUEVA EPS RS PLAN MEJORA VIG 23 AÑO 24 1.xlsx** 147K