Fecha: 4/03/2025	**Acta No: 11**	**Hora Inicio:** 8:30 am	**Hora Fin:** 12:30 PM

Tema:
Auditoria 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 el cierre del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21345 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023
EAPB SOS RE

Responsable EAPB: María Cristina Casas	**Elaborado por:** Carolina Franco Arana

Proceso / Subproceso / Actividad: Auditoría de cierre al cumplimiento de los planes de mejora de la auditoria de la Circular 001 de 2020 de la SNS y sus modificatorias, conforme al informe final de la auditoria **# 21345** registrada en la plataforma web GAUDI vigencia año 2023.

Lugar: Sede administrativa EAPB

AGENDA		
	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
	6.	Cierre de reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

ASPECTOS GENERALES

Siendo las 8: 30 am se da inicio a la reunión con la Participación por parte:

De la EAPB:

María Cristina Casas (jefe de Sede Pereira)
Angela Andrea López Suarez (Coordinadora Atención Primaria)
Paula Jimena Lopera Russi (Auditor Garantía de la Calidad)

De la Secretaria Municipal de Salud

Carolina Franco Arana (Md auditor)
María Constanza Ramírez Arenas (Profesional de apoyo)

OBJETIVO:

Realizar el cierre al seguimiento y cumplimiento al cierre de 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.

Fecha: 04/03/2025	**Acta No: 10**	**Hora Inicio:** 8:30 am	**Hora Fin:** 12: 30pm

Tema:
Auditoria 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 el cierre del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21345 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023
EAPB SOS RC

Los resultados de la auditoría de seguimiento se plasmarán en el formato de planes de mejora dispuesto por la secretaria de Salud Departamental de Risaralda y la SNS, conforme al seguimiento soportado por la EAPB y conforme a la normatividad vigente también estipulada en la Circular 001 de 2020 y sus modificatorias.

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; 2.10.1.1.6
- 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 num. 5 (num. 5.3) del Anexo Técnico
- Res. 229 de 2020. num. 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 num. III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y la Res. 2292 de 2021.

DESARROLLO DE LA 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:

Fecha: 04/03/2025	**Acta No: 10**	**Hora Inicio:** 8:30 am	**Hora Fin:** 12:30 pm

Tema:
Auditoria 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 el cierre del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21345 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023
EAPB SOS RC

CRITERIO 8
Acción 1.1: Realización y socialización de flujograma para captura y entrega de data confiable de CUENTA DE ALTO COSTO para cumplimiento del criterio 8 de GAUDI
1 .1: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre: Adjuntan acta del 7 de febrero del 2025 de capacitación a nivel nacional de Auditoría Gaudí con listado de asistencia, la capacitación la realizan de forma anual, adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%
Acción 1.2: Realizar seguimiento a la accesibilidad de las atenciones de los usuarios de alto costo
1.2: Auditoria de seguimiento**:** Anexan cuadro en Excel donde se mide la accesibilidad de cada cohorte, Se verifican cohortes de los meses de septiembre y octubre de 2024. Auditoria de cierre: Adjuntan bases de Excel de noviembre y diciembre del 2024 con seguimiento a oportunidad y accesibilidad a cada cohorte, con oportunidad en el mes de diciembre menor a 30 días. Adjunta indicador de acción de mejora calculado de octubre a diciembre (5836/5896) cumplimiento 100%
CRITERIO 9
Acción 9.1: 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
9.1: Auditoria de seguimiento: 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. Auditoria de cierre: Anexan tablero de seguimiento con las tres IPS de la Red: Clínica Comfamiliar, Clínica Nevados y Hospital Universitario San Jorge. En el caso de la Clínica Comfamiliar, se realizó seguimiento durante los meses de noviembre (18) y diciembre (3 y 16), conforme a la resolución 1552 de 2013, en relación con la oportunidad, observándose que cumple con los parámetros satisfactorios establecidos por la norma en medicina especializada. En cuanto a la Clínica Nevados, el seguimiento realizado el 18 de noviembre indicó que no cuenta con agenda disponible para gastroenterología, dolor y cuidados paliativos, aunque cumple con las demás especialidades ofertadas. Finalmente, en el seguimiento del Hospital Universitario San Jorge, realizado el 12 de noviembre, se reportó que no dispone de agenda para cirugía de tórax, pero cumple con el portafolio de especialidades ofrecidas a través de la EPS Se Adjuntan indicador de mejora calculado (3/3) 100%
Acción 9.2: Realizar auditorías de ejecución de planes de mejora a las IPS con incumplimiento
9.2: Auditoria de seguimiento: 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. Auditoria de cierre: Anexa acta del cierre de auditoría realizado el 11 de diciembre de 2024 con la Clínica Comfamiliar, sede Centro, en la que se efectuó el seguimiento de los planes de mejora en relación con la oportunidad de la consulta especializada. También se adjunta el acta del 11 de diciembre, donde se levantan los hallazgos encontrados, los cuales alcanzaron un 100%. Además, se incluye la matriz de seguimiento, donde se evidencia la desviación de los indicadores. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.
CRITERIO 10
Acción: 1.1: Realizar seguimiento al reporte y resultados de Res. 1552 2013
1.1: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre: Anexa matriz con los indicadores de seguimiento de oportunidad de octubre a diciembre de medicina especializada con la IPS Clínica Comfamiliar, sede Pereira. También se adjuntan fotos de las agendas de las diferentes especialidades, las cuales se encuentran dentro de los parámetros satisfactorios según la resolución 1552, con un tiempo de espera para consulta en Pereira de 1 día. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (3/3) 100%
Acción 1.2: Realizar seguimiento y acciones de mejora a los canales de atención para solicitud de citas
1.2: Auditoria de seguimiento**:** No se evidencio realizado el seguimiento al tema de los canales de citas médicas. Auditoria de cierre**:** Se anexa la base de datos correspondiente al mes de diciembre, donde se realiza el seguimiento de la auditoría del cliente oculto a la red primaria y complementaria mediante diferentes mecanismos, tales como correo electrónico, chat, WhatsApp y llamada telefónica. También se adjuntan capturas de pantalla de los diferentes medios utilizados: Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%
Acción 1.3: Realiza análisis del comportamiento de PQRS
1.3: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre: Anexa la base de datos en Excel correspondiente a los meses de

noviembre y diciembre, que incluye el Pareto de las IPS a las cuales se les realizó seguimiento durante el último bimestre. La EPS presenta de manera virtual a la RED primaria y complementaria la Tasa PQR del departamento, el comportamiento de las barreras de acceso y el ranking de prestadores con mayor participación en las PQR. En este sentido, la ESE Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) participa con un 17%, Comfamiliar y Clínica Nevados con un 8%. Además, se han establecido acciones de mejora frente a las PQR encontradas. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.
Acción 1.4: Realizar seguimiento mediante auditorías a la ejecución de los planes de mejora respectivo con la IPS.
1.4: Auditoria de seguimiento: Anexan actas de reuniones de socialización de las PQRS, con el análisis de las mismas, haciendo compromisos de mejoramiento. Pendiente firmas de las actas. Auditoria de cierre: Adjunta el acta de socialización de PQR con los prestadores que presentan desviación, correspondiente a Dosquebradas, que involucra a la ESE Hospital Santa Mónica. (para Pereira aplica ya que la entidad refiere que tiene usuarios que son atendidos en el municipio de Dosquebradas ya que la ESE Hospital Santa Mónica es de mediana complejidad) Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%
CRITERIO 11
Acción 1: Realizar seguimiento y evaluación periódica de los casos de referencia y contrarreferencia del municipio.
1: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Adjunta informen de referencia y contrarreferencia de IV trimestre del 2024 con fecha enero 2025. adjuntan dos correos de diciembre de gestión interna de referencia, adjuntan 8 actas reuniones de seguimiento a gestión de referencia y contra referencia de noviembre y diciembre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (0/0) 100%

Acción 2: Analizar factores que influyen en la probabilidad de ocurrencia de las desviaciones identificadas
2: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre: Adjunta informen de referencia y contrarreferencia de IV trimestre del 2024 con fecha enero 2025. adjuntan dos correos de diciembre de gestión interna de referencia, adjuntan 8 actas reuniones de seguimiento a gestión de referencia y contra referencia de noviembre y diciembre del año 2024. Adjunta indicador de acción de mejora calculado (12/12) cumplimiento 100%
Acción 3: Socializar hallazgos a las diferentes áreas de la organización.
3: Auditoria de seguimiento: Auditoria de seguimiento: la actividad no cuenta soporte. Auditoria de cierre: Adjuntan informe de referencia y contrarreferencia de II y IV trimestre del 2024 y correos de socialización del 25 noviembre y 16 enero del 2025.
CRITERIO 12
Acción 1: Reunión diaria con el prestador CRUZ VERDE, para realizar seguimiento a pendientes de la departamental Risaralda
1: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Anexa archivo Excel de seguimiento diario de Cruz Verde, con fecha de participación del departamento (Pereira, Dosquebradas) desde el 12/11/2024 hasta el 18/12/2024. En la matriz se observa el seguimiento realizado a los medicamentos faltantes. Además, se adjuntan fotos de las reuniones diarias, actividad que es liderada a nivel nacional: Indicador Departamental Adjuntan indicador de mejora calculado (77735 /75581) 97.23%
Acción 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
2: Auditoria de seguimiento: Anexan acta de autorización de comité nacional de contratación para otro operador de medicamentos que inicia como respaldo a Cruz Verde. DISTRIMED. Anexa contrato. Auditoria de cierre: Anexan contrato con el operador Distrimed vigente a partir del 1 de septiembre del 2024. Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%
CRITERIO 14

Acción 1: Realizar reuniones de seguimiento mensual de equipo con los procesos internos involucrados, sedes y oficinas que gestionan PQR
1: Auditoria de seguimiento: Anexa acta de 26 de agosto, se hace seguimiento trimestral. Auditoria de cierre: Anexa la base de datos en Excel correspondiente a los meses de noviembre y diciembre, que incluye el Pareto de las IPS a las cuales se les realizó seguimiento durante el último bimestre. La EPS presenta de manera virtual a la RED primaria y complementaria la Tasa PQR del departamento, el comportamiento de las barreras de acceso y el ranking de prestadores con mayor participación en las PQR. En este sentido, la ESE Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) participa con un 17%, Comfamiliar y Clínica Nevados con un 8%. Además, se han establecido acciones de mejora frente a las PQR encontradas. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%

Acción 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
2: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Adjunta 5 acta de socialización de PQR con los prestadores

que presentan desviación. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (5/5) 100%

CRITERIO 15:

Acción 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.

1: Auditoria de seguimiento: 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. Auditoria de cierre: Adjunta actas de seguimiento semanal a fallos de octubre, noviembre y diciembre (12 actas) con establecimiento de compromisos y seguimiento y adjuntan PDF enero 2025 informa a seguimiento diario de último trimestre del 2024 y adjuntan Excel drive que se tienen con los prestadores con seguimiento diario con los usuarios y los prestadores del municipio. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (491/ 865) 57%

Acción 2: Realizar seguimiento semanal con el equipo de trabajo para evidenciar los avances en los estados de materialización de los casos para la sede.

2: Auditoria de seguimiento: Anexan actas de seguimiento semanal 19 actas, desde junio a octubre, desde el nivel nacional. Auditoria de cierre**:** Adjunta actas de seguimiento semanal a fallos de octubre, noviembre y diciembre (12 actas) con establecimiento de compromisos y seguimiento

CRITERIO 17

Acción 1: Realizar seguimiento al mejoramiento en respuesta oportuna a los usuarios que no tiene atención en salud

1. Auditoria de seguimiento: 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 de agosto con adherencia del 46.3%, se evidencia implementación de acciones mejora y seguimientos indican que el acta del mes de noviembre, refieren los siguientes indicadores 1. valoración integral primera infancia 83,47% 2. Valoración integral en la infancia 38.92% 3, Aplicación de flúor en infancia 39,44%, 4 pendiente calcula de indicador 5. mamografías 41,86%. Auditoria de cierre: Adjuntan correo del 31 diciembre 2024 de envió base de datos nominal por curso vida al prestador Clínica Comfamiliar, adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y 20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS , cumplimiento indicadores RESL 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento , Adjuntan indicadores de acción de mejora calculado del enero 2025 con análisis de diciembre 1. # Menores 6 años con medicina general (1946/ 686) 35.20% 2. # menores 6 a 12 años medicina general (3467/747) 21.5% 3. # menores 6 a 12 años con aplicación flúor (9368/1332) 14,2% 4. # mamografías 50 a 69 años (7355/2477) 33.6%. 5.# mujeres entre 29a 69 años con colposcopia y biopsia cervicouterina (9266/125) 1,34%, 6. # mujeres entre 25a 65 años con toma citología cualquier prueba de tamización realizadas (18300/9266) 50.60%. Se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.

Acción 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

2: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Adjunta correo del 31 diciembre 2024 de envió base de datos nominal por curso vida al prestador Clínica Comfamiliar, adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y 20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS, cumplimiento indicadores resolución 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento y solicitan plan de mejora y nuevamente el 20/12/2024, El prestador la notifica por correo el 26/12/2024 el plan de mejora el cual adjuntan, no se observa el seguimiento, a lo cual la entidad refiere que cambiaron de prestador primario. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/0) 0% (cambio de IPS)

CRITERIO 18

Acción 1: Realizar aplicación de instrumento para la evaluación de la RIAMP semestral

1: Auditoria de seguimiento**:** Adjunta y lista de chequeo de ruta RIAMP del 12 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. Auditoria de cierre**:** Adjunta acta e instrumento de evolución en la implantación de ruta RIAMP del 8/01/2025 con evaluación de segundo semestre del año con el prestador Clínica Comfamiliar con adherencia de 60.7% no solicitaron plan de mejora por cambio de prestador primario Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%

Acción 2: Aplicar instrumento de acompañamiento mensual que permita hacer seguimiento a las actividades de RIA Materno Perinatal

2: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y

20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS, seguimiento a cumplimiento indicadores Resolución 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento, adjuntan Instrumento modelo de acompañamiento materno perinatal de octubre y diciembre 2024. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.
Acción 3: Ejecución de cronograma de capacitación con temas que contribuyan al manejo de las gestantes en las IPS con el apoyo de la ginecóloga centinela
3: Auditoria de seguimiento**:** 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. Auditoria de cierre**:** Adjuntan acta de capacitaciones y listado de asistencia de diferente tema de RIAMP de julio a octubre a prestadores un total de 8 actas. (12/8) con cumplimiento del 66%.
Acción 4: Seguimiento diario de estrategia regarte vida para inscripción temprana de gestante a control prenatal y generación de piezas publicitarias para la gestante
4: Auditoria de seguimiento**:** 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 Auditoria de cierre**:** Adjuntan base de link de REGALTE VIDA de seguimiento a gestantes actualizada con registro de usuarias hasta el mes de octubre refieren que en noviembre y diciembre los usuarios no se registraron. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.
Acción 5: Realizar seguimiento periodo mediante indicadores de la oportunidad y accesibilidad en la ruta de atención RIAMP
5: Auditoria de seguimiento**:** 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 81%. Auditoria de cierre: Adjuntan Instrumento modelo de acompañamiento materno perinatal de octubre y diciembre 2024, e indicadores calculados 5.1 Numero de gestantes captación (130/110) 85% 5.2 Numero gestantes con exámenes laboratorio (130/126) 97%(VHI- Sífilis y Hepatitis B) se recomienda incluir los de la Circular 001 de 2020, 5.3 Numero de gestantes de translucencia nucal(130/108) 83% 5.4 Numero de recién nacido TSH y Hemoclasificación (0/0) 0% 5.5 Numero de recién nacidos de control ambulatorio(0/0) 0%. Se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.

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.

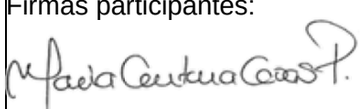
OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

Una vez finalizada la revisión documental y diligenciado el formato de plan de mejora se evidencia que la EAPB realizo el planteamiento de 24 acciones de mejoras las cuales todas presentaron cumplimiento del 100%

Se anexa formato de plan de mejora diligenciado firmado por ambas partes en formato PDF y listado de asistencia.

Siendo las 12:30pm, se da por terminada la reunión sin otras observaciones

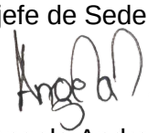
Firmas participantes:



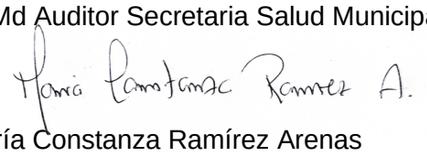
María Cristina Casas
(jefe de Sede Pereira)



Carolina Franco Arana
(Md Auditor Secretaria Salud Municipal)



Angela Andrea López Suarez
(Coordinadora Atención Primaria)



María Constanza Ramírez Arenas
(Profesional de apoyo Secretaria Salud Municipal)



Paula Jimena Lopera Russi
(Auditor Garantía de la Calidad)

Fecha: 04/03/2025	**Acta No: 10**	**Hora Inicio:** 8:30 am	**Hora Fin:** 12:30

Tema:
Auditoria 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 el cierre del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21345 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023
EAPB SOS RC

No.	**COMPROMISO**	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**	**SEGUIMIENTO Ejecutado Si/No**	
				SI	**NO**
1	NA				
2					
3					

AUDITORÍAS

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

CÓDIGO	ATFT04
VERSIÓN	01
FECHA	16/9/2022

Nombre de la entidad que suscribe el plan	ERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT de la entidad	805001157
Dígito de verificación - DV	2
Nombre del representante legal	Carlos Marino Escobar Vásquez
Identificación del representante legal	94.377.192
Dirección de la entidad	Carrera 56 11A - 88
Teléfonos	4898686
Correo electrónico	plimientoentesdecontrol@sos.com.co
Forma por la cual se detectó el o los hallazgos	Auditoria Gaudí 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	ria de Salud y Protección Social Pereira
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	Estado del Hallazgo	tado del Avance
0%	ABIERTO	ABIERTO	d no presenta ejecución
1%-33%	EN EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN	ənta con soporte documental
34%-69%	CERRADO OPORTUNA	CERRADO OPORTUNA	con evidencias de implementación
70%-99%	CERRADO INOPORTUNA	CERRADO INOPORTUNA	videncias de seguimiento y evaluación
100%	NA	NA	ncuentra totalmente cumplida

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO

COMPONENTE (estándar)		DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (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 Eficaci	% 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, incumpliendo 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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre:** Adjuntan acta del 7 de febrero del 2025 de capacitación a nivel nacional de Auditoría Gaudí con listado de asistencia, la capacitación la realizan de forma anual, adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	**Auditoria de seguimiento**: Anexan cuadro en Excel donde se mide la accesibilidad de cada cohorte, Se verifican cohortes de los meses de septiembre y octubre de 2024. **Auditoria de cierre**: Adjuntan bases de Excel de noviembre y diciembre del 2024 con seguimiento a oportunidad y accesibilidad a cada cohorte, con oportunidad en el mes de diciembre menor a 30 días. Adjunta indicador de acción de mejora calculado de octubre a diciembre (5836/5896) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
Auditoría	**CRITERIO 9/Garantía**	La EPS NO asigna citas de odontología general y medicina general dentro de los tres (3) días hábiles y/o 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 (días) 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 odontologías generales asignadas (días)	3 días	Garantía de la calidad en salud	16/09/2024	16/12/2024	Garantizar la Oportunidad	SI	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre**: Anexan tablero de seguimiento con las tres IPS de la Red: Clínica Comfamiliar, Clínica Nevados y Hospital Universitario San Jorge. En el caso de la Clínica Comfamiliar, se realizó seguimiento durante los meses de noviembre (18) y diciembre (3 y 16), conforme a la resolución 1552 de 2013, en relación con la oportunidad, observándose que cumple con los parámetros satisfactorios establecidos por la norma en medicina especializada. En cuanto a la Clínica Nevados, el seguimiento realizado el 18 de noviembre indicó que no cuenta con agenda disponible para gastroenterología, dolor y cuidados paliativos, aunque cumple con las demás especialidades ofertadas. Finalmente, en el seguimiento del Hospital Universitario San Jorge, realizado el 12 de noviembre, se reportó que no dispone de agenda para cirugía de tórax, pero cumple con el portafolio de especialidades ofrecidas a través de la EPS . Se Adjuntan indicador de mejora calculado (3/3) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				2.Realizar auditorias de ejecución de planes de mejora a las IPS con incumplimiento	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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre:** Anexa acta del cierre de auditoría realizado el 11 de diciembre de 2024 con la Clínica Comfamiliar, sede Centro, en la que se efectuó el seguimiento de los planes de mejora en relación con la oportunidad de la consulta especializada. También se adjunta el acta del 11 de diciembre, donde se levantan los hallazgos encontrados, los cuales alcanzaron un 100%. Además, se incluye la matriz de seguimiento, donde se evidencia la desviación de los indicadores. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
		La EPS NO tiene agendas abiertas todos los días hábiles y/o NO informa al usuario la fecha de asignación de cita, incumpliendo presuntamente	Realizar seguimiento periódico	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 especializadas primera vez y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consultas medicas especializadas signadas (días) (discriminar indicador conforme a cada especialidad)	Reporte mes vencido	Garantía de la calidad en salud - Coordinadora de atención primaria de Pereira.	16/09/2024	P	. Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	**Auditoria de seguimiento**: 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. **Auditoria de cierre**: Anexa matriz con los indicadores de seguimiento de oportunidad de octubre a diciembre de medicina especializada con la IPS Clínica Comfamiliar, sede Pereira. También se adjuntan fotos de las agendas de las diferentes especialidades, las cuales se encuentran dentro de los parámetros satisfactorios según la resolución 1552, con un tiempo de espera para consulta en Pereira de 1 día. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (3/3) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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 ejecutados/ 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	**Auditoria de seguimiento**: No se evidencio realizado el seguimiento al tema de los canales de citas médicas. **Auditoria de cierre**: Se anexa la base de datos correspondiente al mes de diciembre, donde se realiza el seguimiento de la auditoria del cliente oculto a la red primaria y complementaria mediante diferentes mecanismos, tales como correo electrónico, chat, WhatsApp y llamada telefónica. También se adjuntan capturas de pantalla de los diferentes medios utilizados: Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	

Auditoría	**CRITERIO 10/Garantía**	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.	a la (s) IPS (s) del territorio para asegurar la oportunidad de asignación de citas y la intervención de las desviaciones.	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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre**: Anexa la base de datos en Excel correspondiente a los meses de noviembre y diciembre, que incluye el Pareto de las IPS a las cuales se les realizó seguimiento durante el último bimestre. La EPS presenta de manera virtual a la RED primaria y complementaria la Tasa PQR del departamento, el comportamiento de las barreras de acceso y el ranking de prestadores con mayor participación en las PQR. En este sentido, la ESE Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) participa con un 17%, Comfamiliar y Clínica Nevados con un 8%. Además, se han establecido acciones de mejora frente a las PQR encontradas. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	**Auditoria de seguimiento:** Anexan actas de reuniones de socialización de las PQRS, con el análisis de las mismas, haciendo compromisos de mejoramiento. Pendiente firmas de las actas. **Auditoria de cierre**: Adjunta el acta de socialización de PQR con los prestadores que presentan desviación, correspondiente a Dosquebradas, que involucra a la ESE Hospital Santa Mónica. (para Pereira aplica ya que la entidad refiere que tiene usuarios que son atendidos en el municipio de Dosquebradas ya que la ESE Hospital Santa Mónica es de mediana complejidad) Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
										. Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas										
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	**Auditoria de seguimiento**: 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. **Auditoria de cierre**: Adjunta informen de referencia y contrarreferencia de IV trimestre del 2024 con fecha enero 2025. adjuntan dos correos de diciembre de gestión interna de referencia, adjuntan 8 actas reuniones de seguimiento a gestión de referencia y contra referencia de noviembre y diciembre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Analizar factores que influyen en la probabilidad de ocurrencia de las desviaciones identificadas		Numero de reuniones realizadas/ Numero de reuniones programadas*100	100%	cceso (central de referencia) Carmen C	01/07/2024	31/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	**Auditoria de seguimiento**: 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, **Auditoria de cierre:** Adjunta informen de referencia y contrarreferencia de IV trimestre del 2024 con fecha enero 2025. adjuntan dos correos de diciembre de gestión interna de referencia, adjuntan 8 actas reuniones de seguimiento a gestión de referencia y contra referencia de noviembre y diciembre del año 2024. Adjunta indicador de acción de mejora calculado (12/12) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Socializar hallazgos a las diferentes áreas de la organización.					01/07/2024	31/12/2024		SI	**Auditoria de seguimiento:** Auditoria de seguimiento: la actividad no cuenta soporte. **Auditoria de cierre:** Adjuntan informe de referencia y contrarreferencia de II y IV trimestre del 2024 y correos de socialización del 25 noviembre y 16 enero del 2025.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
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	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	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	**Auditoria de seguimiento**: 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. **Auditoria de cierre:** Anexa archivo Excel de seguimiento diario de Cruz Verde, con fecha de participación del departamento (Pereira, Dosquebradas) desde el 12/11/2024 hasta el 18/12/2024. En la matriz se observa el seguimiento realizado a los medicamentos faltantes. Además, se adjuntan fotos de las reuniones diarias, actividad que es liderada a nivel nacional: Indicador Departamental Adjuntan indicador de mejora calculado (77735 /75581) 97.23%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	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	**Auditoria de seguimiento:** Anexan acta de autorización de comité nacional de contratación para otro operador de medicamentos que inicia como respaldo a Cruz Verde. DISTRIMED. Anexa contrato. **Auditoria de cierre**: Anexan contrato con el operador Distrimed vigente a partir del 1 de septiembre del 2024. Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
Auditoría	**CRITERIO 14/PQRS**	La EPS NO resuelve oportunamente y de fondo las PQRS de sus afiliados, incumpliendo 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 20231510000000105 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	**Auditoria de seguimiento**: Anexa acta de 26 de agosto, se hace seguimiento trimestral. **Auditoria de cierre:** Anexa la base de datos en Excel correspondiente a los meses de noviembre y diciembre, que incluye el Pareto de las IPS a las cuales se les realizó seguimiento durante el último bimestre. La EPS presenta de manera virtual a la RED primaria y complementaria la Tasa PQR del departamento, el comportamiento de las barreras de acceso y el ranking de prestadores con mayor participación en las PQR. En este sentido, la ESE Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) participa con un 17%, Comfamiliar y Clínica Nevados con un 8%. Además, se han establecido acciones de mejora frente a las PQR encontradas. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre**: Adjunta 5 acta de socialización de PQR con los prestadores que presentan desviación. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (5/5) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre:** Adjunta actas de seguimiento semanal a fallos de octubre, noviembre y diciembre (12 actas) con establecimiento de compromisos y seguimiento y adjuntan PDF enero 2025 informa a seguimiento diario de último trimestre del 2024 y adjuntan Excel drive que se tienen con los prestadores con seguimiento diario con los usuarios y los prestadores del municipio. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (491/ 865) 57%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	**Auditoria de seguimiento:** Anexan actas de seguimiento semanal 19 actas, desde junio a octutre, desde el nivel nacional. **Auditoria de cierre:** Adjunta actas de seguimiento semanal a fallos de octubre, noviembre y diciembre (12 actas) con establecimiento de compromisos y seguimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	

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 ò 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	1.Numero de menores de 6 años que recibieron atención por medicina general o pediatría o medicina familiar (según Resol 3280 del 2018) / Total cohortes de primera infancia Resl 3280 del 2018) N Total cohortes	70%	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	**Auditoria de seguimiento**: 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 de agosto con adherencia del 46.3%, se evidencia implementación de acciones mejora y seguimientos indican que el acta del mes de noviembre, refieren los siguientes indicadores 1. valoración integral primera infancia 83,47% 2. Valoración integral en la infancia 38.92% 3. Aplicación de flúor en infancia 39,44%, 4 pendiente calcula de indicador 5. mamografías 41,86%. **Auditoria de cierre**: Adjuntan correo del 31 diciembre 2024 de envió base de datos nominal por curso vida al prestador Clínica Comfamiliar, adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y 20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS , cumplimiento indicadores RESL 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento , Adjuntan indicadores de acción de mejora calculado del enero 2025 con análisis de diciembre 1. # Menores 6 años con medicina general (1946/ 686) 35.20% 2. # menores 6 a 12 años medicina general (3467/747) 21.5% 3. # menores 6 a 12 años con aplicación flúor (9368/1332) 14,2% 4. # mamografías 50 a 69 años (7355/2477) 33.6% 5.# mujeres entre 29a 69 años con colposcopia y biopsia cervicouterina (9266/125) 1.34%, 6. # mujeres entre 25a 65 años con toma citología cualquier prueba de tamización realizadas (18300/9266) 50.60%. Se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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	35%	María Cristina Casas Piedrahita - Coordinadora de Sede Pereira / Angela López	01/06/2024	31/12/2024											
				3. Numero de menores entre 6 años hasta un día antes de los 12 años que recibieron bamiz 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											
				4.Numero de mujeres entre 50 a 69 años con mamografias 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 29a 69 años con colposcopia y biopsia cervicouterina realizadas/ N Total cohortes de años mujeres entre 29 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 tamizacion 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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre:** Adjunta correo del 31 diciembre 2024 de envió base de datos nominal por curso vida al prestador Clínica Comfamiliar, adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y 20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS, cumplimiento indicadores resolución 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento y solicitan plan de mejora y nuevamente el 20/12/2024, El prestador la notifica por correo el 26/12/2024 el plan de mejora el cual adjuntan, no se observa el seguimiento, a lo cual la entidad refiere que cambiaron de prestador primario. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/0) 0% (cambio de IPS)	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
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	**Auditoria de seguimiento:** Adjunta y lista de chequeo de ruta RIAMP del 12 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. **Auditoria de cierre:** Adjunta acta e instrumento de evolución en la implantación de ruta RIAMP del 8/01/2025 con evaluación de segundo semestre del año con el prestador Clínica Comfamiliar con adherencia de 60.7% no solicitaron plan de mejora por cambio de prestador primario Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			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 da IPS con atención de gestantes s*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	**Auditoria de seguimiento**: 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. **Auditoria de cierre:** Adjuntan de noviembre y diciembre con el prestador Clínica Comfamiliar 20/11/2024 y 20/12/2024 con la finalidad de establecer acciones de gestión para implementación RIAS, seguimiento a cumplimiento indicadores Resolución 3280/2018 con establecimiento de compromisos y seguimiento, adjuntan Instrumento modelo de acompañamiento materno perinatal de octubre y diciembre 2024 . Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			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	**Auditoria de seguimiento:** 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. **Auditoria de cierre:** Adjuntan acta de capacitaciones y listado de asistencia de diferente tema de RIAMP de julio a octubre a prestadores un total de 8 actas. (12/8) con cumplimiento del 66%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			4. Despliegue del plan de comunicaciones	4.Seguimieto diario de estrategia regarte 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	**Auditoria de seguimiento**: 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. **Auditoria de cierre:** Adjuntan base de link de REGALTE VIDA de seguimiento a gestantes actualizada con registro de usuarias hasta el mes de octubre refieren que en noviembre y diciembre los usuarios no se registraron. Se Adjuntan indicador de mejora calculado (1/1) 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
			5.Realizar seguimiento periódico a la oportunidad y 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	**Auditoria de seguimiento**: 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 81%. **Auditoria de cierre:** Adjuntan Instrumento modelo de acompañamiento materno perinatal de octubre y diciembre 2024, e indicadores calculados 5.1 Numero de gestantes captación (130/110) 85% 5.2 Numero gestantes con exámenes laboratorio (130/126) 97%(VHI- Sifilis y Hepatitis B) se recomienda incluir los de la Circular 001 de 2020, 5.3 Numero de gestantes de translucencia nucal(130/108) 83% 5.4 Numero de recién nacido TSH y Hemoclasificación (0/0) 0% 5.5 Numero de recién nacidos de control ambulatorio(0/0) 0%. Se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2024	OPORTUN	100%	CERRADO OPORTUNO	
				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 / Numero total de gestantes con ecografía de translucencia nucal tomadas y Entregadas / Total gestantes 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															

Firmado digitalmente por CAROLINA FRANCO ARANA
Fecha:2025-03-18 15:43:05:00

Firma del Representante L

Nombre: MARIA CRISTINA CASAS PIEDRAHITA

Firma del Evaluador

Nombre: Carolina Franco Arana

Cargo: Md Auditor Secretaria Salud Municipal