Fecha:25/02/2025	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**
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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**			
Responsable: Diego Armando Zuluaga		**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 **# 21240** registrada en la plataforma web GAUDI vigencia año 2023.			
Lugar: Reunión virtual Teems con la 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 4pm se da inicio a la reunión con la Participación por parte:

De la EAPB:
Diego Armando Zuluaga (Coordinador de UPA)

Por la secretaria de Salud Municipal:
Dra. Carolina Franco (Médica auditora)
María Constanza Ramírez Arenas (Profesional 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.

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.

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

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:

-**CRITERIO 8: Acción 1.1** Auditoría seguimiento: Anexan acta de reunión donde se socializa los hallazgos de la Auditoria Gaudí. Anexan copias de correos enviados a la ESE Salud Pereira y al Hospital San Jorge. Pendientes los prestadores que manejan alto costo. Auditoría de cierre: anexan acta de reunión socializando hallazgos en Auditoria GAUDI con la liga Contra el Cáncer y Síes Salud de fecha 09 de enero de 2025 con seguimiento a planes de mejora auditoria Gaudí. No se muestra indicador de acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (4/6) 66.7

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

Acción 1.2. Auditoría seguimiento: No se evidencia. Programada para el 10/12/2024
Auditoria de cierre: Anexa acta de reunión de Capacitación gestión documental y archivo de historia clínica con fecha del 15 enero con los temas a tratar sin el desarrollo de los mismos, ni firmas de asistencia. Anexan pantallazo de otra reunión, pero al inicio del acta se observa los asistentes. No se considera valido el soporte para el cumplimiento de esta actividad. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) 100%.

Acción 2. Auditoría seguimiento: En el aplicativa HCM hacen seguimiento. Pendiente subir anexos
Auditoría de cierre: Anexan cuadro en Excel con los agendamientos de citas de todas las IPS para el municipio de Pereira de junio a diciembre del 2024 y enero del 2025 y 4 pantallazos de seguimiento administrativo (2) y de pacientes (2) en el software HSM de la entidad de seguimiento autorizaciones con sistema de semaforización por vencimiento de plazo. Adjunta indicador de mejora calculado (45208/46532) cumplimiento del 97%.

Acción 3.1. Auditoría seguimiento: Tiene contrato con EXPERT MEDICA, como outsourcing que hace seguimiento a la oportunidad. Se anexan actas de auditoría. Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES Salud, Liga Contra el Cáncer.
Auditoria de cierre: Anexan actas de visita a las IPS donde se mide la oportunidad de las citas médicas, todas realizadas el primer trimestre del año 2024 ya registradas en auditoria de seguimiento, sin seguimiento posterior, la entidad refiere que estas auditorias las realizaba el proveedor Expert Medica y dado las medidas de intervención de la SNS la entidad termino la contratación con este proveedor y no cuentan con nuevas auditorias, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando 70-99%. Adjunta indicador de mejora calculado (678120/45208) cumplimiento del 15%.

Acción 3.2 Auditoría seguimiento: Realizan con EXPERT MEDICA, Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES.
Cierre de auditoria: No hay seguimiento en el segundo semestre del año ni se evalúan las otras IPS que manejan alto costo. la entidad refiere que estas auditorias las realizaba el proveedor Expert Medica y dado las medidas de intervención de la SNS la entidad termino la contratación con este proveedor y no cuentan con los soportes de las nuevas auditorias, adjuntan indicador de acción de mejora calculado con oportunidad de cita medicina especialidad (678120/45208) cumplimiento 15 días. En la presente auditoria se aumenta porcentaje de ejecución a 70-99% no es posible el cierre de la actividad dado lo mencionado anteriormente de no evidenciarse soportes del segundo semestre del año 2024.

Acción 3.3 Auditoría seguimiento: No anexa protocolo, indica que el proceso está definido.
Auditoría de cierre: Anexan protocolo, sin firmas de feche 17 de enero 2025. No se presentan evidencias de implementación ni socialización. No se evidencia otros soportes por lo que no se presenta auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance, adjunta indicador de acción de mejora calculado en 0%

Acción 3.4 Auditoría seguimiento: LA EPS designa a EXPERT MEDICA como responsable del seguimiento, pendiente soporte de asignación para auditoria de cierre
Auditoria de cierre. Anexan copia de correo donde se designa a ESPERT MEDICA como responsable del seguimiento con fecha 3 de febrero de 2025.

-**CRITERIO 10. Acción 1.1:** Evidencia de correos y asistencia, y el acta de la reunión, con varios temas. Auditoria de cierre. Anexan captura de pantalla citación y acta de reunión con HUSJ de fecha 28/11/2024 de seguimiento a hallazgos a auditoria Gaudí en donde establecen acciones de mejora a la oportunidad de citas especializadas, la entidad refiere que es el único prestador, y se encuentra pendiente el seguimiento. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (678120/45208) con cumplimiento de 15 días.

Acción 2 Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo. Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo.
Auditoria de cierre: Las actas aportadas en la auditoria de seguimiento hacen referencia a la oportunidad de las asignaciones de citas a pero no hace referencia al manejo del call center y son del

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

primer semestre del año 2024. No se evidencia nuevos soportes de la acción de mejora, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando 34-69%, adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1850/2726) con cumplimiento 67,9%, por lo que recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto.

Acción 3. Adjuntan correos con la Clínica San Rafael de fecha de octubre, septiembre, y noviembre para acercamiento con IPS.
Auditoría de cierre No se aportan nuevas evidencias, los correos sin respuesta de la EAPB. No se evidencian nuevas contrataciones, por lo tanto, se modifica la calificación es estado abierto. A lo que la entidad refiere que se encuentra pendiente de ejecución dado las medidas de intervención de la SNS. Aportan Indicador calculado 0%

-**CRITERIO 11. Acción 1:** Anexan Política de referencia y contrareferencia.
Auditoria de cierre: Actividad previamente cerrada en auditoria de seguimiento, adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (198/266) cumplimiento de 74,43% se recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto ya que encuentra debajo de la meta propuesta.

Acción 2. El monitoreo lo establecen a través de auditores concurrentes. Cuenta con una plataforma que, valida la oportunidad de las referencias y el porcentaje de cumplimiento, anexan pantallazos de tableros de seguimiento.
Auditoria de cierre: Anexan 4 pantallazos de la plataforma de HCM relacionado con el seguimiento a las referencias: Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (23616/2504) 9.4 horas

Acción 3. Indican comunicación interna establecida mediante vía telefónica y en la plataforma de seguimiento de las remisiones, anexan pantallazo de reunión, pero no acta, soporte pendiente auditoria de cierre.
Auditoria de cierre. Indican comunicación interna establecida mediante vía telefónica y en la plataforma de seguimiento de las remisiones, anexan pantallazo de reunión, pero no acta, soporte pendiente auditoria de cierre.
Auditoria de cierre: Anexan acta de reunión de referencia de fecha 5/11/2024, sin firmas, con indicación de capacitación de referencia y contra referencia sin temas desarrollados, anexan tablero de indicadores seguimiento a indicadores, no se evidencia implementación de la capacitación ni otros soportes, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución 34-69%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (23616/2504) cumplimiento de 9,4 horas.

Acción 4: Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024. Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024.
Auditoria de cierre: Anexan acta de reunión de referencia de fecha 5/11/2024, con indicación de capacitación de referencia y contra referencia sin temas desarrollados, no se evidencia auditorías internas que hagan seguimiento a los casos urgentes y evalúe si las remisiones fueron gestionadas. No se evidencia seguimiento ni el indicador de acciones de mejora, adjunta captura de pantalla de tablero de seguimiento indicadores que informa la inoportunidad de las remisiones, sin actividades de mejora y seguimientos, no se evidencia otros soportes, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución 34-69%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (23616/2504) cumplimiento de 9,4 horas.

-CRITERIO 14. Acción 1: Hacen gestión a través de un aplicativo, y desde la regional de Cali socializan el estado de las PQRS, para el trámite correspondiente. Anexan copias de correos. y pantallazos del aplicativo de seguimiento.
Auditoria de cierre: Adjunta 4 correos de gestión de reportes de PQRS interna del noviembre y diciembre 2024, adjunta captura de pantalla de tableros de seguimiento a PQRS mediante un software de la entidad con fecha cohorte noviembre 2024. Adjunta indicador de acción de mejora calculado año 2024 (1512/2124) cumplimiento 71,18%, se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

Acción 2. Hacen gestión a través de un aplicativo, y desde la regional de Cali socializan el estado de las PQRS, para el trámite correspondiente. Anexan copias de correos. y pantallazos del aplicativo de seguimiento.
Auditoria de cierre: Anexan captura de pantalla de asistencia a revisión departamento de PQRS, con caldas y Antioquia, de capacitación con fecha del 3 julio de 2024, con Medisfarma. No se evidencian otros soportes como actas, presentaciones de capacitaciones, acciones de mejora y seguimientos. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 1-33%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado 67,92 % calificación muy buena y 32,08% calificación bueno.

Acción 3. Anexan cuadro de Excel con el seguimiento por tiempos de respuestas
Auditoria de cierre: Adjunta captura de pantalla de tableros de seguimiento a PQRS mediante un software de la entidad con fecha cohorte noviembre 2024, con sistema de alertas. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6%.

Acción 4. Dado que la mayor causalidad es la falta de medicamentos, se anexa acta con el prestador Medisfarma el 12/11/2024, al igual que con el prestador ESE Hospital Universitario San Jorge del 28/11/2024.
Auditoria de cierre: La entidad no aporta nuevos soportes, el soporte con el prestador Medisfarma no se observa actas, se observa captura de pantalla de reunión virtual, sin desarrollo de tema, planteamiento de acciones de mejora y seguimientos, para el cierre anexan nuevas capturas pantalla de reuniones con Medisfarma de diciembre 2024 y enero 2025, sin actas, desarrollo de temas ni acciones de mejora y seguimientos no hay nuevos seguimientos con el HUSJ. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6%.

Acción 5. Indican realización diaria. Anexan copias de correos con el seguimiento a las PQRS. En el aplicativo de PQRS hacen el monitoreo permanente de las PQRS.
Auditoria de cierre: Anexan dos soportes de seguimiento a PQRS. No se evidencia actas de auditoría de seguimiento mensuales a PQRS para lograr la meta propuesta. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de cumplimiento de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6%.

-CRITERIO 15. Acción 1. Adjuntan archivo Excel con personas asignadas por cada tutela en estado abierto para resolución del periodo de mayo a noviembre, anexan sopores de conformación de equipo mediante manual tramites y respuesta a tutelas del 28 enero con asignación de responsables.
Auditoria de cierre: Actividad cerrada en auditoria de cierre. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (245/282) con resultado 86,9%

Acción 2. Relacionan plataforma de tableros corporativos de referencia ambulatoria en donde realizan seguimientos al proceso de autorizaciones de consultas, procedimientos, exámenes por Tecnologías del PBS, instaurado desde el febrero, tiene sin autorización con primer nivel medicamentos, anexan captura de pantalla de seguimiento a autorizaciones de consulta actualizado al momento de auditoría, pendiente seguimiento hasta cierre del plan.
Auditoria de cierre: Anexan pantallazos de la plataforma de Referencia. Se está evaluando Criterio de tutelas. No aplica. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (245/282) con resultado 86,9%

Acción 3. Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de sep con el prestador Medifarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora Anexan informe de entrega de medicamentos de septiembre a noviembre con medición de oportunidad de entrega, Adjuntan acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo. ambas actas con seguimiento a gestión de medicamentos e indican tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre
Auditoria de cierre: Adjunta cuadro Excel con seguimiento a las entregas de medicamentos, No hay soportes de nuevos seguimiento a la ESE Salud Pereira y Medisfarma , anexa captura de pantalla de reunión virtual con Medisfarma del 10/01/2025 sin acta, sin desarrollo de temas, establecimiento de acciones de mejora seguimientos, Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

porcentaje de seguimiento de 70-99% . Adjuntan indicador de acción de mejora calculado. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (367/13256) con resultado 2.8% por lo que se recomienda reforzarlas acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 4. Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de sep con el prestador Medifarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento en cumplimiento acciones de mejora. , y adjuntan actas con el prestador HUSJ 23 de abril en donde hacen seguimiento a todos los servicios , acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo , SIES Salud del 9 enero y ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda del 22 febrero indica tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre
Auditoria de cierre: Anexan listado y captura de pantalla de reunión con la IPS Medisfarma, sin el contenido de la reunión. No se evidencian otros soportes de seguimiento para el segundo semestre. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (8/10) con resultado 80%

Acción 5.Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de sep con el prestador Medifarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento en cumplimiento acciones de mejora. , y adjuntan actas con el prestador HUSJ 23 de abril en donde hacen seguimiento a fallos de tutela , acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo , SIES Salud del 9 enero y ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda del 22 febrero indica tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre
Auditoria de cierre: No hay evidencias de auditorías periódicas de cumplimiento a los fallos de tutelas. Anexan actas de visitas de Monitoreo de Red a las IPS ESE Salud Pereira, SIEA, Hospital Mental y Hospital San Jorge del primer semestre del año 2024, sin relación a tutelas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99%.

Acción 6. Indican pendiente ejecución de acción de mejora
Auditoria de cierre: Anexan PROTOCOLO PARA IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE MEJORA CONTINÚA BASADOS EN RESULTADOS DE AUDITORÍAS A NIVEL JURIDICO. No se evidencia seguimiento ni la implementación. Se modifica calificación

-**CRITERIO 17. Acción 1.1:** Adjunta oficio y correo de notificación de asistencias técnicas a las IPS primarias del 26 de noviembre programadas para el 10 de diciembre y adjuntan acta del 27 de noviembre de socialización de hallazgos de auditoria Gaudí con el prestador ESE Salud Pereira, y el 28 de noviembre con el HUSJ.
Auditoria de cierre: En los soportes no se evidencio plan de implementación de seguimiento para cumplir con las actividades de DT y PE en menore de 6 años ni en población entre 50 y 69 años. Ninguno de los anexos avala implementación de la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar porcentaje de avance de 1-33%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1260/2270) cumplimiento 55,5%.

Acción 1.2: Adjunta oficio y correo de notificación de asistencias técnicas a las IPS primarias del 26 de noviembre programadas para el 10 de diciembre y adjuntan acta del 27 de noviembre de socialización de hallazgos de auditoria Gaudí con el prestador ESE Salud Pereira, y el 28 de noviembre con el HUSJ.
Auditoria de cierre: Anexan correo donde se invita a los coordinadores de Coosalud de los municipios invitando a Comité PAI. No se evidencia su realización. No se muestra la implementación de un plan de seguimiento específico para asegurar que los menores de 6 años presenten el esquema de vacunación PAI. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% ya que ninguno de los anexos avala seguimiento y/o implementación de la actividad Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1845/2270) cumplimiento 81%

Acción 1.3. Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoria de cierre: En los soportes aportados no se evidencia de implementación de la acción. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 0%.

Acción 2.1: Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoria de cierre: Anexan cuadro Excel con el agendamiento del día 10 de octubre para mamografías, tipificación de VPH y citologías en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

invitando a realizar mamografías los días 13 de diciembre y enero, foto de mensaje de invitación a realizarse mamografías sin destinatario ni fecha y foto de correo con oferta de mamografías y citologías. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento 69%

Acción 2.2: Pendiente soporte para auditoria de cierre
Auditoria de cierre: Anexan cuadro Excel con el agendamiento del día 10 de octubre para mamografías, tipificación de VPH y citologías en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches invitando a realizar mamógrafos los días 13 de diciembre y enero. No se evidencia seguimiento ni evaluación Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento 69%

Acción 3.1 Pendiente soporte para auditoria de cierre
Auditoria de cierre: Anexan foto de reunión de integración EAPB - IPS. Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones de salud oral y cuadro de demanda inducida para salud oral, correo solicitando a la ESE Salud Pereira, jornada de salud oral con fecha del 3 de febrero de 2025, por fecha del tiempo de cierre de la actividad y correo a los coordinadores de Coosalud para realizar chomite de PAI, sin evidencia de su realización. No presentan indicador de la acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%

Acción 3.2. Pendiente soporte para auditoria de cierre
Auditoria de cierre: Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones de salud oral y cuadro de demanda inducida para salud oral. No presentan indicador de la acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%

Acción 4.1 Adjunta protocolo de demanda inducida institucional del 20 mayo 2022, anexan certificado de la entidad Salud Familiar de realización de visitas domiciliarias de febrero del 2024, pendiente soportes de estrategias en el segundo semestre.
Auditoria de cierre: Anexan archivos en Excel con los reportes de demanda inducida de los meses de noviembre y diciembre de 2024 y enero de 2025- Foto de pantallazo de invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha. No se evidencia indicador de acción Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2546/1876) cumplimiento 67%

Acción 4.2 Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoria de cierre: Anexan archivos en Excel con los reportes de demanda inducida de los meses de noviembre y diciembre de 2024 y enero de 2025- Foto de pantallazo de invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha. No se evidencia indicador de acción Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2546/1876) cumplimiento 67%

-**CRITERIO 18: Acción 1.1:** Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoria de cierre: No se evidencia realización de la reunión programada. La EPS adjunta protocolo de Automatización para identificación y asignación de cita a la gestante del primer trimestre con fecha 27/01/2025 con el objetivo de identificar a las gestantes desde el primer trimestre de gestación, el cual es socializado a las cuidadoras de la EPS con el fin de garantizar la implantación del mismo, No tiene firmas que avalen el documento ni la socialización. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (104/131) 79.3%.

Acción 1.2 Pendiente soporte para auditoria de cierre
Auditoria de cierre. Anexan documento de Propuesta para el desarrollo de sistemas de alertas para recordatorio de controles y exámenes prenatales fecha del 27 de enero 2025. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (104/131) 79.3%.

Acción 2.1 adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de exámenes. No se adjunta indicador de acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (128/131) 97.7%.

Acción 2.2 adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento.
Auditoria de cierre: No adjunta indicador de acción. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de exámenes, sin evidenciar las notificaciones a las gestantes ni a los profesionales. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (128/131) 97.7%.

Acción 3.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento.
Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a entrega de ácido fólico, hierro ni de ecografías. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (164/180) 91.6 %.

Acción 3.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes. En los soportes no se evidencian campañas educativas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (164/180) 91.6 %.

Acción 4.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a realización de ecografías. No se evidencia coordinación con centros de imágenes diagnosticas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance y se modifica a 1-33% ya que no cuenta con implementación. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (145/180) 80,5 %.

Acción 4.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a ecografías ni registros en historias clínicas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance y se modifica ya que no cuenta con implementación a 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (145/180) 80,5 %.

Acción 5.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan base de datos de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recién nacido. No evidencian un control de seguimiento a toma de muestras del cordón. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.

Acción 5.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 11 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recién nacido, No evidencian seguimiento a toma TSH ni estrategia documenta e implementada de sistema de notificación temprana a los padres de control y TSH. Por lo que en la presente auditoria con los

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.

Acción 6.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 11 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido No evidencian seguimiento a consulta ambulatoria del recién nacido ni estrategias documentadas e implementadas. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.

Acción 6.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 12 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido, ni estrategias documentadas e implementadas ni seguimiento a la asignación de citas de control antes del egreso. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.

Acción 7. Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para el 13 de diciembre, pendiente actas de seguimiento
Auditoria de cierre: Adjuntan acta del HUSJ de la ESE Salud Pereira de hallazgos auditoria Gaudí y seguimiento a planes de mejora, pero no se evidencia auditorías a historias clínicas, anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido, no se observó en los soportes estrategias documentadas e implementadas ni seguimiento a auditorias periódicas de revisión de Historias Clínicas a los prestadores. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.

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

En la auditoría de cierre se realizó la respectiva revisión de los soportes aportados por la EAPB de las 47 acciones de mejora planteadas por la entidad, con el siguiente cumplimiento:

En estado cerrado 100%:	21 acciones de mejora
En estado abierto 0%:	2 acciones de mejora
En estado en ejecución 1% -33%:	12 acciones de mejora
En estado en ejecución 34% -69%:	5 acciones de mejora
En estado en ejecución 70% - 99%:	7 acciones de mejora

Observando un cumplimiento de 44.5% (estado cerrado) del total de las acciones.
Las acciones que quedaron en estado abierto y en ejecución en la presente auditoria no posible aumentar el porcentaje de avance o su cierre con cumplimiento del 100%, dado al no aporte de soportes o que los soportes aportados no avalaron el cumplimiento de las acciones, a lo cual la entidad refiere dificultades; dado los cambios internos por el proceso de vigilancia interpuestos por la SNS e indican continuar con los procesos de las acciones de mejora planteadas

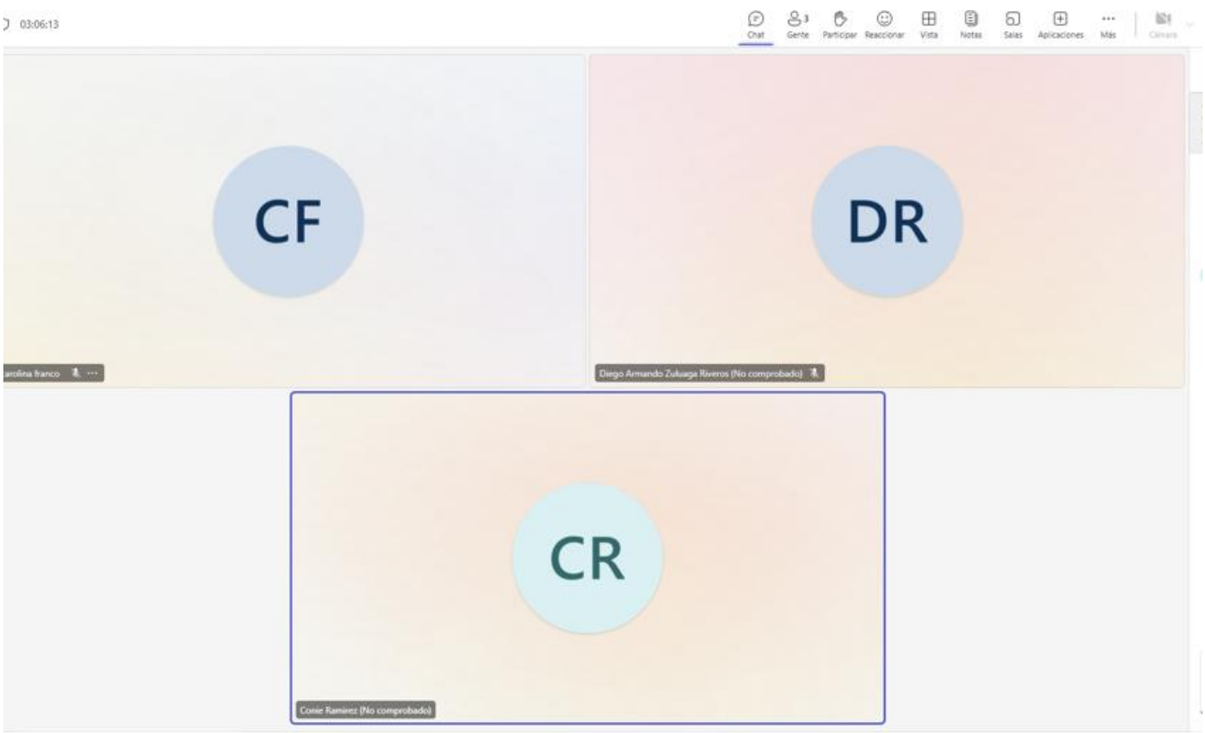
Se anexa formato de plan de mejora diligenciado con seguimiento en avances firmado por ambas partes en formato PDF y listado de asistencia

Fecha:25/02/2024	**Acta No: 6**	**Hora Inicio: 1pm**	**Hora Fin: 4pm**

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 a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21240 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023. **EAPB COOSALUD RC**

Siendo las 4 p.m., se da por terminada la reunión sin otras observaciones.

Asistencia:



Firmas participantes:

Carolina Franco Arana
Md Auditor
Secretaria de Salud de Pereira

Diego Armando Zuluaga
Coordinador de UPA
EAPB Coosalud

María Constanza Ramírez Arenas
Profesional Apoyo
Secretaria Salud de Pereira

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	
	FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN	
		FECHA	

Nombre de la entidad que suscribe el plan	COOSALUD EPS-S RC	**Forma por la cual se detectó el o los hallazgos**	Auditoría GAUDI
NIT de la entidad	900226715	**Fecha de suscripción del plan de mejoramiento**	1/10/2024
Digito de verificación - DV	3	**NURC de suscripción del plan de mejoramiento**	No aplica
Nombre del representante legal	JOSE EUGENIO SAAVEDRA	**Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento**	Secretaria de Salud y Protección Social de Pereira
Identificación del representante legal		**Fecha de evaluación del plan de mejoramiento**	2/12/2024
Dirección de la entidad	AVENIDA 30 AGOSTO 36-07	**Auto de auditoria (si aplica)**	No aplica
Teléfonos	3127543659	**Fecha de vigencia del plan de mejoramiento**	4 Meses
Correo electrónico	DZULUAGA@COOSALUD.COM		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO										**EVALUACION ENTE TERRITORIAL**		**SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**						
COMPONENTE (estándar)	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**¿QUÉ?**	**¿CÓMO?**	**¿CUMPLIMIENTO?**		**¿QUIÉN?**	**¿CUÁNDO?**											
		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 ENTE TERRITORIAL**	**ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)**	**Soportes o Evidencias de Avance**	**Estado del Avance**	**Estado de la Acción**	**Fecha de Evaluación / Cierre**	**Oportunidad de Ejecución**	**% Avance**	**Estado del Hallazgo**	**Observaciones**
Auditoría	**CRITERIO 8:**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 155 Decreto Ley 2106 de 2019, y Resolución 2481 de 2020 o la norma que modifique o sustituya	**1.** Garantizar que las IPS de atención realicen el completo y oportuno registro de las atenciones prestadas en las historias clínicas y tenerlas disponibles cuando se requieran para la auditoría.	**1.1** Por medio de oficio solicitar que se garantice lo establecido en el estándar de historia clínica y registros clínicos del sistema único de habilitación, que es de obligatorio cumplimiento a todos los prestadores. Implementando un procedimiento estandarizado para el registro de todos los soportes de atención en salud, incluyendo la fecha de solicitud, la fecha de prestación del servicio y datos clave como autorizaciones, cuando correspondan.	1.1 Numero de IPS con implementación de procedimientos estandarizados/ Numero Total de IPS en la red de servicios * 100	Meta: 70% de los casos auditados deben incluir información completa en un plazo de 4 meses. Revisiones mensuales de los casos para asegurar la correcta implementación.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	1.1 Auditoría seguimiento:Anexan acta de reunión donde se socializa los hallazgos de la Auditoría Gaudí. Anexan copias de correos emiados a la ESE Salud Pereira y al Hospital San Jorge. Pendientes los prestadores que manejan alto costo. **AUDITORIA DE CIERRE:**Anexan acta de reunión socializando hallazgos en Auditoría GAUDI con la liga Contra el Cáncer y Eias Salud de fecha 09 de enero de 2025 con seguimiento a planes de mejora auditoría Gaudí. No se muestra indicador de acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (4/6) 66.7	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			1.2 Capacitar al personal encargado de la gestión documental sobre la importancia de la correcta gestión documental y archivo de historia clínica y registros clínicos.	**1.2**- Numero de capacitaciones realizadas / Numero total de capacitaciones programadas* 100	100%		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	1.2 Auditoría seguimiento: No se evidencia. Programada para el 10/12/2024 **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexa acta de reunión de Capacitación gestión documental y archivo de historia clínica con fecha del 15 enero con los temas a tratar sin el desarrollo de los mismos, ni firmas de asistencia. Anexan pantallazo de otra reunión, pero al inicio del acta se observa los asistentes. No se considera valido el soporte para el cumplimiento de esta actividad. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
		2.Establecer mecanismos claros de seguimiento para los casos donde se han emitido órdenes médicas, para asegurar que el servicio sea prestado o que exista una justificación formal en caso de no hacerlo.	**2.1**Implementar un sistema de seguimiento y alerta automática para casos con órdenes médicas, asegurando que se verifique la prestación del servicio o se obtenga una justificación en caso de que no pueda prestarse.	**2.1** Numero de atenciones realizadas / Numero total de ordenes medicas emitidas*100	Meta: 70% de los casos auditados deben incluir información completa en un plazo de 4 meses. Revisiones mensuales de los casos para asegurar la correcta implementación.		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	2.Auditoría seguimiento: En el aplicativo HCM hacen seguimiento. Pendiente subir anexos. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan cuadro en Excel con los agendamientos de citas de todas las IPS para el municipio de Pereira de junio a diciembre del 2024 y enero del 2025 y 4 pantallazos de seguimiento administrativo (2) y de pacientes (2) en el software HSM de la entidad de seguimiento autorizaciones con sistema de semaforización por vencimiento de plazo. Adjunta indicador de mejora calculado (45208/46532) cumplimiento del 97%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
		3. Garantizar que las IPS cumplan con la oportunidad y accesibilidad de la atención conforme a la normatividad vigente aplicable	**3.1** Establecer un sistema de control para medir los tiempos de respuesta desde la solicitud hasta la prestación del servicio de salud, asegurando que no superen los límites establecidos por la ley.	**3.**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)	70% de los casos deben tener seguimiento documentado y justificado en los próximos 4 meses.		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	3.1Auditoría seguimiento: Tiene contrato con EXPERT MEDICA, como outsourcing que hace seguimiento a la oportunidad. Se anexan actas de auditoría. Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES Salud, Liga Contra el Cáncer. **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan actas de visita a las IPS donde se mide la oportunidad de las citas médicas, todas realizadas el primer trimestre del año 2024 ya registradas en auditoría de seguimiento, sin seguimiento posterior, la entidad refiere que estas auditorías las realizaba el proveedor Expert Medica y dado las medidas de intervención de la SNS la entidad termino la contratación con este proveedor y no cuentan con nuevas auditorías, por lo que en la presente auditoría no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando 70-99%. Adjunta indicador de mejora calculado (678120/45208) cumplimiento del 15%	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoría se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.2 Realizar auditorías internas para verificar el cumplimiento de la oportunidad y acceso a los servicios		Auditoría de tiempos de respuesta y ajuste de procesos segùn sea necesario.		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	3.2 Auditoría seguimiento: Realizan con EXPERT MEDICA. Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES . **CIERRE DE AUDITORIA**: No hay seguimiento en el segundo semestre del año ni se evalúan las otras IPS que manejan alto costo. la entidad refiere que estas auditorías las realizaba el proveedor Expert Medica y dado las medidas de intervención de la SNS la entidad termino la contratación con esta proveedor y no cuentan con los soportes de las nuevas auditorías, adjuntan indicador de acción de mejora calculado con oportunidad de cita medicina especialidad (678120/45208) cumplimiento 15 días. En la presente auditoría se aumenta porcentaje de ejecución a 70-99% no es posible el cierre de la actividad dado lo mencionado anteriormente de no evidenciares soportes del segundo semestre del año 2024.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoría se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.3 Establecer un protocolo para registrar los motivos por los que no se presta el servicio, incluyendo documentación como certificados de defunción, en caso de fallecimiento.	**3.3** Numero de entidades con protocolos implementados/Numero total de IPS contratadas*100	Meta reducción de Tiempo de espera a menos de 30 días para el 90% de los casos en los próximos 6 meses		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	3.3 Auditoría seguimiento: No anexa protocolo, indica que el proceso esta definido. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan protocolo, sin firmas de fecha 17 de enero 2025. No se presentan evidencias de implementación ni sosialización. No se evidencia otros soportes por lo que no se presenta auditoría no es posible aumentar el porcentaje de avance, adjunta indicador de accion de mejora calculado en 0%	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2024	OPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoría se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.4 Designar a un responsable que valide semanalmente el estatus de los casos críticos.	Responsable asignado	Responsable asignado		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	3.4 Auditoría seguimiento: LA EPS designa a EXPERT MEDICA como responsable del seguimiento, pendiente soporte de asignación para auditoría de cierre **AUDITORIA DE CIERRE.** Anexan copia de correo donde se designa a ESPERT MEDICA como responsable del seguimiento con fecha 3 de febrero de 2025.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
Auditoría	**CRITERIO 10.**La EPS NO tiene agendas abiertas todos los días hábiles y/o NO informa al usuario la fecha de asignación de cita, incumpliendo presuntamente el artículo 4 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 Decreto780 de 2016 y artículo 12 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya	Garantizar que las IPS de atención especializada Mejoren la eficiencia y capacidad de atención con el numero de agendas disponibles, además de respuesta del call center para asegurar la asignación oportuna de citas y la comunicación efectiva con los usuarios. Implementar una de red altera con otro prestador para atención de estos servicios.	**1.1**Solicitar Ampliación de capacidad de atención y de agenda: Evaluar el volumen actual de llamadas y ampliar el número de agendas según lo contratado, implementar sistemas de respuesta automática que puedan asistir en la asignación de citas cuando las líneas están saturadas.	1-. Oportunidad cita especialista: 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)	Reducir el tiempo de agendamiento de consultas especializadas dentro de los 15 días hábiles. Mejorar la disponibilidad de Agendamiento	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025		Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	1.1 Evidencia de correos y asistencia, y el acta de la reunión, con varios temas. **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan captura de pantalla citación y acta de reunión con HUSJ de fecha 28/11/2024 de seguimiento a hallazgos a auditoría Gaudí en donde establecen acciones de mejora a la oportunidad de citas especializadas, la entidad refiere que es el único prestador, y se encuentra pendiente el seguimiento. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (678120/45208) con cumplimiento de 15 días.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2.Solicitar Monitoreo del servicio: Implementar un sistema de monitoreo en tiempo real para verificar la cantidad de citas agendas y la eficiencia del servicio contratado.	2-. Tiempo promedio de respuesta en el Call Center: Numero de llamadas con respuesta oportuna / Numero total de llamadas* 100	Reducir el tiempo de espera en la línea a menos de 2 minutos y asignar la mayoría de las citas dentro del plazo de 3 días hábiles en los próximos 4 meses. Disminuir el porcentaje de llamadas caídas a menos del 5% en los próximos 4meses.		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	2 Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo . Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo. **AUDITORIA DE CIERRE**: Las actas aportadas en la auditoría de seguimiento hacen referencia a la oportunidad de las asignaciones de citas a pero no hace referencia al manejo del call center y son del primer semestre del año 2024. No se evidencia nuevos soportes de la acción de mejora, por lo que en la presente auditoría no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando 34-69%, adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1850/2728) con cumplimiento 67.9%, por lo que recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/01/2025	OPORTUNO	34%-69%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoría se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.Realizar acercamiento con otras clínicas e Ips, con el fin de realizar una posible contratación para complementar la red y la disponibilidad de atención.	3- Porcentaje de capacidad instalada: Numero de IPS nuevas contratadas para ampliación de agenda / Numero total de IPS contratadas *100	Mejorar la oportunidad de ingreso de llamadas en un 5		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	3.Adjuntan correos con la Clínica San Rafael de fecha de octubre, septiembre, y noviembre para acercamiento con IPS. **AUDITORIA DE CIERRE** No se aportan nuevas evidencias, los correos sin respuesta de la EAPB. No se evidencian nuevas contrataciones, por lo tanto, se modifica la calificación es estado abierto. A lo que la entidad refiere que se encuentra pendiente de ejecución dado las medidas de intervención de la SNS. Aportan indicador calculado 0%	La actividad no presenta ejecución	ABIERTO	25/02/2025	INOPORTUNO	0%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoría se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			1.Establecer un protocolo estandarizado de urgencias que incluya la remisión de pacientes dentro de las primeras 12 horas de solicitud, y priorizar su gestión de manera automática dentro del sistema de la EPS.	1-. Porcentaje de remisiones de casos urgentes gestionadas dentro de las 12 horas posteriores a la solicitud: Numero de remisiones de casos urgentes gestionadas dentro de las 12 horas/ Numero total de remisiones de casos urgentes*100	Alcanzar un 100% de cumplimiento en la remisión de pacientes urgentes dentro del tiempo reglamentario (12 horas) en los próximos 4 meses.		01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	1.Anexan Política de referencia y contrareferencia. **AUDITORIA DE CIERRE:** Actividad previamente cerrada en auditoria de seguimiento, adjuntan indicador de accion de mejora calculado año 2024 (1967/268) cumplimiento de 74.43% se recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto ya que encuentra debajo de la meta propuesta	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2.Monitoreo y alertas automáticas: Implementar un sistema de alertas para los casos urgentes, que notifique al personal responsable si la remisión no ha sido gestionada dentro de las 6 primeras horas, garantizando que se tomen medidas antes del vencimiento de las 12 horas.				01/10/2024	31/01/2025		Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	2.El monitore lo establecen a través de auditores concurrentes. Cuenta con una plataforma que valida la oportunidad de las referencias y el porcentaje de cumplimiento, anexan pantallazos de tablerca de seguimiento. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan 4 pantallazos de la plataforma de HCM relacionado con el seguimiento a las referencias Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2361/6/2504) 0.4 horas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

Auditoria	**CRITERIO 11**.La EPS NO realizó las remisiones de los pacientes, catalogados como urgentes dentro de las 12 horas siguientes a la primera solicitud, incumpliendo lo presentamente 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.	Asegurar que todas las remisiones de pacientes clasificados como urgentes sean gestionadas y ejecutadas dentro de las 12 horas posteriores a la solicitud inicial, cumpliendo con las normativas legales, solicitando a los servicios de urgencias de las IPS y al equipo de referencia de COOSALUD	3.Mejora del sistema de comunicación interna: Mejorar la comunicación entre los distintos niveles de atención de la EPS (hospitales, clínicas, centros de atención primaria) para asegurar una rápida coordinación en casos urgentes.	2- Tiempo promedio de remisión en casos de urgencia. Sumatoria de horas trascurridos entre la solicitud de remisión urgentes y tiempo de recepción de la remisión urgente/ numero total de remisiones urgentes (horas)	Reducir el tiempo promedio de gestión a menos de 10 horas para los casos urgentes en los próximos 6 meses.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	3.Indican comunicación interna establecida mediante vía telefónica y en la plataforma de seguimiento de las remisiones, anexan pantallazo de reunión pero no acta, soporta pendiente auditoria de cierre. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan acta de reunión de referencia de fecha 5/11/2024, sin firmas , con indicación de capacitación de referencia y contra referencia sin temas desarrollados, anexan tablero de indicadores seguimiento a indicadores, no se evidencia implementación de la capacitación ni otros soportes, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución 34-69%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (23616/2504) cumplimiento de 9,4 horas.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	34%-69%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
								01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	4.Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024. Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan acta de reunión de referencia de fecha 5/11/2024,con indicación de capacitación de referencia y contra referencia sin temas desarrollados, no se evidencia auditorias internas que hagan seguimiento a los casos urgentes y analice si las remisiones fueron gestionadas . No se evidencia seguimiento ni el indicador de acciones de mejora, adjuntia captura de pantalla de tablero de seguimiento indicadores que informa la inoportunidad de las remisiones, sin actividades de mejora y seguimientos, no se evidencia otros soportes, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución 34-69%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (23616/2504) cumplimiento de 9,4 horas.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	34%-69%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
Auditoria	**CRITERIO 14**.La EPS NO resuelve oportunamente y de fondo las PQRS de sus afiliados, incumpliendo presuntamente lo establecido en el artículo 2.10.1.6 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.	Mejorar la eficiencia y efectividad en la resolución de PQRS para cumplir con los plazos legales y ofrecer soluciones de fondo que satisfagan las necesidades de los afiliados.	1- Automatización y priorización de las PQRS: Implementar un sistema de gestión automatizada que permita la priorización de las PQRS según su tipo y urgencia, garantizando que se respeten los plazos legales para su respuesta.	1- Porcentaje de PQRS respondidas dentro de los tiempos legales establecidos. Numero de PQRS oportunamente y de fondo (tiempos normativos)/ Numero total de PQRS* 100	1- Alcanzar el 100% de cumplimiento en los tiempos de respuesta a PQRS dentro de los próximos 4 meses.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	1.Hacen gestión a través de un aplicativo, y desde la regional de Cali socializan el estado de las PQRS, para el tramite correspondiente. Anexan copias de correos, y pantallazos del aplicativo de seguimiento. **AUDITORIA DE CIERRE**: Adjunta 4 correos de gestión de reportes de PQRS interna del noviembre y diciembre 2024, adjunta captura de pantalla de tablerca de seguimiento a PQRS mediante un software de la entidad con fecha cohorta noviembre 2024. Adjunta indicador de acción de mejora calculado año 2024 (151/22124) cumplimiento 71,18%, se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			2- Capacitación al personal: Capacitar a los equipos responsables de la resolución de PQRS sobre las normativas vigentes, asegurando que comprendan los plazos y la importancia de proporcionar respuestas de fondo y no solo respuestas parciales o formales.	2- Nivel de satisfacción del usuario con las respuestas recibidas. Encuesta de satisfacción al usuario de respuesta de PQRS	2- Aumentar la satisfacción de los usuarios en un 80% con las respuestas recibidas, en los próximos 6 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	2.Hacen gestión a través de un aplicativo, y desde la regional de Cali socializan el estado de las PQRS, para el tramite correspondiente. Anexan copias de correos, y pantallazos del aplicativo de seguimiento. Anexa 1 acta de fecha 26/10 de 2024, y listado de asistencia, pendiente otras capacitaciones y seguimiento hasta cierre del plan. **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan captura de pantalla de asistencia a revisión departamento de PQRS, con callias y Antioquia, de capacitación con fecha del 3 julio de 2024, con Mediafarma. No se evidencian otros soportes como actas, presentaciones de capacitaciones, acciones de mejora y seguimientos. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 1-33%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado 67,92 % calificación muy buena y 32,08% calificación bueno.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3-Monitoreo de tiempos de respuesta: Implementar un sistema de seguimiento de cada PQRS, que genere alertas cuando el plazo de respuesta esté próximo a vencerse.	3- Reducción del número de PQRS repetitivas por causas similares. Numero de usuarios con dos o mas PQRS por el mismo motivo/ Numero tota de PQRS *100	3 - Reducir el número de PQRS recurrentes en un 25% en los próximos 6 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	3.Anexan cuadro de Excel con el seguimiento por tiempos de respuestas **AUDITORIA DE CIERRE.** Adjunta captura de pantalla de tableros de seguimiento a PQRS mediante un software de la entidad con fecha cohorte noviembre 2024, con sistema de alertas. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO		
			4-Análisis de PQRS recurrentes: Realizar un análisis mensual de las PQRS más recurrentes para identificar patrones y establecer acciones correctivas que ataquen las causas raíz, reduciendo así el número de reclamaciones similares en el futuro.				01/10/2024	31/01/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	4.Dado que la mayor causalidad es la falta de medicamentos, se anexa acta con el prestador Medifarma el 12/11/2024, al igual que con el prestador ESE Hospital Universitario San Jorge del 28/11/2024. **AUDITORIA DE CIERRE.:** La entidad no aporta nuevos soportes, el soporte con el prestador Medifarma no se observa actas, se observa captura de pantalla de reunión virtual, sin desarrollo de tema, planteamiento de acciones de mejora y seguimientos, para el cierre anexan nuevas capturas pantalla de reuniones con Medifarma de diciembre 2024 y enero 2025 , sin actas, desarrollo de temas ni acciones de mejora y seguimientos no hay nuevos seguimientos con el HUSJ. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6**%**	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			5-Auditoría interna: Realizar auditorías mensuales sobre la gestión de PQRS para evaluar los tiempos de resolución y la calidad de las respuestas ofrecidas.				01/10/2024	31/01/2025	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	5.Indican realización diaria. Anexan copias de correos con el seguimiento a las PQRS. En el aplicativo de PQRS hacen el monitoreo permanente de las PQRS **AUDITORIA DE CIERRE** Anexan dos soportes de seguimiento a PQRS. No se evidencia actas de auditoria de seguimiento mensuales a PQRS para lograr la meta propuesta. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de cumplimiento de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (124/1624) con resultado 7,6%	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
Auditoria	**CRITERIO 15**.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, c, 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.	Implementar mecanismos eficaces para garantizar el cumplimiento de los fallos de tutela, así como mejorar la respuesta a las necesidades en tecnologías de salud del Plan de Beneficios sin necesidad de intervención judicial.	1. Asignar al equipo interdisciplinario de respuesta rápida que se encargue de analizar los fallos de tutela y gestionar los trámites para cumplir con las disposiciones del juez.	1.Porcentaje de cumplimiento de fallos de tutela en los plazos Numero de fallos de tutela con cumplimiento en el tiempo establecido/ Numero de fallos de tutela *100	Alcanzar un 100% de cumplimiento en los plazos establecidos por los fallos de tutela.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	1.Adjuntan archivo Excel con personas asignadas por cada tutelas en estado abierto para resolución del periodo de mayo a noviembre, anexan sopores de conformación de equipo mediante manual tramites y respuesta a tutelas del 28 enero con asignación de responsables.**AUDITORIA DE CIERRE:** Actividad cerrada en auditoria de cierre . Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (245/282) con resultado 86,9%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO		
			2. Auditar los procedimientos internos de autorización para tecnologías en salud que están dentro del Plan de Beneficios, y optimizar el proceso para evitar que los usuarios deban recurrir a tutelas para obtener acceso a ellas.	2.1Reducción del número de tutelas relacionadas con tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios. Numero de fallos de tutelas admitidos por Tecnologías en el PBS/ Numero total de tutelas admitidas*100			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	2.Relacionan plataforma de tableros corporativos de referencia ambulatoria en donde realizan seguimientos al proceso de autorizaciones de consultas , procedimientos, ediemeras por Tecnologías del PBS , estaurado desde el febrero, tiene sin autorización con primer nivel medicamentos, anexan captura de pantalla de seguimiento a autorizaciones de consulta actualizado al momento de auditoria, pendiente seguimiento hasta cierre del plan. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan pantallazos de la plataforma de Referencia. Se está evaluando Criterio de tutelas. No aplica. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (245/282) con resultado 86,9%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO		
				2.2 Porcentaje de solicitudes de tecnologías en salud que se resuelven en primera instancia sin necesidad de tutela. Numero de tutelas que se resuelven sin tutela/ Numero total de tutelas admitidas*100	Reducir en un 50% el número de tutelas interpuestas por tecnologías en salud dentro del Plan de Beneficios en un plazo de 6 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI								
			3. Garantizar que en el servicio farmacéutico cumpla con las entregas de medicamentos PBS en los tiempos establecidos.	3. Oportunidad entrega medicamentos Numero de formula de medicamentos entregados despuda de las 48 horas/ Numero total de formulas entregadas* 100	Asegurar que el 95% de las solicitudes de tecnologías en salud se resuelvan sin recurrir a tutela en los próximos 4 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	3.Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoria Externa del 9 de sep con el prestador Mediftarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora Anexan informe de entrega de medicamentos de septiembre a noviembre con medición de oportunidad de entrega. Adjuntan acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo, ambas actas con seguimiento a gestión de medicamentos e indican tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre **AUDITORIA DE CIERRE:** .Adjunta cuadro Excel con seguimiento a las entregas de medicamentos. No hay soportes de nuevos seguimiento a la ESE Salud Pereira y Mediafarma , anexa captura de pantalla de reunión virtual con Mediafarma del 10/01/2025 sin acta, sin desarrollo de temas, establecimiento de acciones de mejora y seguimientos. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99% . Adjuntan indicador de acción de mejora calculado. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (367/13256) con resultado 2,8% por lo que se recomienda reforzarlas acciones de mejora para lograr un mayor impacto	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			4. Garantizar a las IPS Contratadas el agendamiento oportuno de los servicios requeridos PBS	4.1 Oportunidad agendamiento IPS: Numero de IPS con agendamiento oportuno/ Numero total de IPS de la red de prestación de servicios	Asegurar que el 95% de las solicitudes de tecnologías en salud se resuelvan sin recurrir a tutela en los próximos 4 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	4.Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoria Externa del 9 de sep con el prestador Mediftarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento en cumplimiento acciones de mejora , y adjuntan actas con el prestador HUSJ 23 de abril en donde hacen seguimiento a todos los servicios , acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo , SIES Salud del 9 enero y ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda del 22 febrero indica tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre **AUDITORIA DE CIERRE:** . Anexan listado y captura de pantalla de reunión con la IPS Mediafarma, sin el contenido de la reunión. No se evidencian otros soportes de seguimiento para el segundo semestre. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado año 2024 (8/10) con resultado 80%	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%			La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso

			5. Realizar auditorías periódicas del cumplimiento de los fallos de tutela, identificando patrones de incumplimiento o áreas críticas donde se presentan más fallos de esta tipo.	4.2Nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto al acceso a tecnologías en salud del Plan de Beneficios. Encuesta de satisfacción al usuario	Aumentar la satisfacción del usuario en un 90% en relación al acceso a tecnologías en salud en los próximos 6 meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	5.Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoria Externa del 9 de sep con el prestador Medifarma SAS, y archivo con hallazgos para seguimiento en cumplimiento acciones de mejora, y adjuntan actas con el prestador HUSJ 23 de abril en donde hacen seguimiento a fallos de tutela , acta con el prestador ESE Salud Pereira del 20 mayo. SES Salud del 9 enero y ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda del 22 febrero indica tener programación de nuevos seguimientos para segundo semestre **AUDITORIA DE CIERRE**.No hay evidencias de auditorias periódicas de cumplimiento a los fallos de tutelas. Anexan actas de visitas de Monitoreo de Red a las IPS ESE Salud Pereira, SIEA, Hospital Mental y Hospital San Jorge del primer semestre del año 2024, sin relación a tutelas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99%.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	70%-99%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance
			6. Implementar mecanismos de mejora continua basados en los resultados de las auditorías, incluyendo la corrección de procedimientos ineficientes.		Garantizar la entrega oportuna del 95% de las formulas solicitadas Garantizar la oportunidad en las consultas en el 95%			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	6.Indican pendiente ejecución de acción de mejora **AUDITORIA DE CIERRE** . Anexan PROTOCOLO PARA IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA BASADOS EN RESULTADOS DE AUDITORÍAS A NIVEL JURÍDICO ..No se evidencia seguimiento ni la implementación. Se modifica calificación	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
Auditoria	**CRITERIO 17.**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 4 Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018, en concordancia con el artículo 4 modificado por el artículo 1 de la Resolución 276 de 2019, numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 2481 de 2020 ó la norma que la modifique o sustituya	Asegurar la implementación y ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud en la población afiliada, cumpliendo con las normativas establecidas. Asegurar el cumplimiento de las atenciones en medicina general, enfermería o pediatría, actividades de tamizaje de mamografías, aplicación de flúor y demanda inducida para las poblaciones mencionadas.	**1.Cumplimiento de atenciones a menores de 6 años:** **1.1** Implementar un plan de seguimiento específico para asegurar que los menores de 6 años reciban atenciones periódicas de medicina general, enfermería o pediatría.	1=Porcentaje de menores de 6 años que recibieron atención en medicina general, enfermería o pediatría/ Numero de menores de 6 años de la cohorte *100 . 3= Porcentaje de menores de 6 años con esquema de vacunación PAI completo Numero de menores de 6 años que recibieron el esquema de vacunación PAI completo / Numero total de menores de 6 años de la cohorte *100	Aumentar el tamizaje de mamografías al 90% en mujeres de 50 a 69 años dentro de los próximos 6 meses.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	1.Adjunta oficio y correo de notificación de asistencias técnicas a las IPS primarias del 26 de noviembre programadas para el 10 de diciembre y adjuntan acta del 27 de noviembre de socialización de hallazgos de auditoria Gaudi con el prestador ESE Salud Pereira, y el 28 de noviembre con el HUSJ. **AUDITORIA DE CIERRE**: En los soportes no se evidencio plan de implementación de seguimiento para cumplir con las actividades de DT y PE en menores de 6 años ni en población entre 50 y 69 años. Ninguno de los anexos avala implementación de la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar porcentaje de avance de 1-33%. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1260/2270) cumplimiento 55,5%.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	34%-69%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			1.2 Implementar un plan de seguimiento específico para asegurar que los menores de 6 años presenten el esquema de vacunación PAI completo					01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	1.2Adjunta oficio y correo de notificación de asistencias técnicas a las IPS primarias del 26 de noviembre programadas para el 10 de diciembre y adjuntan acta del 27 de noviembre de socialización de hallazgos de auditoria Gaudi con el prestador ESE Salud Pereira, y el 28 de noviembre con el HUSJ. **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan correo donde se invita a los coordinadores de Coosalud de los municipios invitando a Comité PAI. No se evidencia su realización. No se muestra la implementación de un plan de seguimiento específico para asegurar que los menores de 6 años presenten el esquema de vacunación PAI. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% ya que ninguno de los anexos avala seguimiento y/o implementación de la actividad Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1845/2270) cumplimiento 81. %	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	34%-69%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			1.3 Realizar un control sistemático mediante llamadas o visitas domiciliarias para verificar que la población infantil acceda a estos servicios.		Lograr que el 95% de los menores de 6 años reciban atenciones de salud básica en un plazo de 4 meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	1.3 Pendiente soporte para auditoria de cierre. **AUDITORIA DE CIERRE**: En los soportes aportados no se evidencia de implementación de la acción. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de 0%	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	25/02/2025	INOPORTUNO	0%-		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			2. Tamizaje de mamografías para mujeres de 50 a 69 años: **2.1**Establecer campañas de sensibilización y recordatorios a través de llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos para que las mujeres entre 50 y 69 años se realicen mamografías.	4=Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se realizaron mamografías. Numero de mujeres entre 50 a 69 años con realización de mamografías/ Numero total de Mujeres entre 50 a 69 de la cohorte *100				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	2.1 Pendiente soporte para auditoria de cierre. **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan cuadro Excel con el agendamiento del día 10 de octubre para mamografías, tipificación de VPH y citologías en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches invitando a realizar mamografías los días 13 de diciembre y enero, foto de mensaje de invitación a realizarse mamografías sin destinatario ni fecha y foto de correo con oferta de mamografías y citologías. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento 69%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			2.2 Implementar jornadas de tamizaje masivas en coordinación con clínicas y centros de diagnóstico					01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	2.2 Pendiente soporte para auditoria de cierre **AUDITORIA DE CIERRE**: Anexan cuadro Excel con el agendamiento del día 10 de octubre para mamografías, tipificación de VPH y citologías en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches invitando a realizar mamografías los días 13 de diciembre y enero. No se evidencia seguimiento ni evaluación Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento 69%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			3. Aplicación de flúor en menores de 11 años: **3.1**Organizar brigadas escolares o jornadas de salud dental en las instituciones educativas y centros de salud para la aplicación de flúor a los menores de 11 años.	5=Porcentaje de menores entre 6 años y un día ante de cumplir 12 años que recibieron aplicación de flúor/ Numero de menores entre 6 años y un día antes de cumplir 12 años aplicación de barniz de flúor/ Numero total de menores entre 6 años y un día antes de cumplir 12 años de la cohorte *100	Alcanzar una cobertura del 95% en la aplicación de flúor a menores de 11 años en los próximos 4 meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	3.Pendiente soporte para auditoria de cierre **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan foto de reunión de integración EAPB – IPS. Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones de salud oral y cuadro de demanda inducida para salud oral, correo solicitando a la ESE Salud Pereira, jornada de salud oral con fecha del 3 de febrero de 2025, por fecha del tiempo de cierre de la actividad y correo a los coordinadores de Coosalud para realizar chonda de PAI, sin evidencia de su realización. No presentan indicador de la acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			3.2 Realizar un registro y seguimiento para asegurar la cobertura de este tratamiento preventivo en los menores.					01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	3.2Pendiente soporte para auditoria de cierre **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones de salud oral y cuadro de demanda inducida para salud oral. No presentan indicador de la acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			4. Demanda inducida: **4.1** Desarrollar y ejecutar estrategias claras de demanda inducida, asegurando que la población acceda a los servicios de salud preventivos, como consultas, tamizajes y vacunación.	Número de personas alcanzadas por las estrategias de demanda inducida Numero de personas con implementación de estrategias de demanda inducida/ Total de la población según las cohortes (Resl 3280 de 2018)	Incrementar la participación de la población en los servicios preventivos en un 25% en los próximos 6 meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	4.1 Adjunta protocolo de demanda inducida institucional del 20 mayo 2022, anexan certificado de la entidad Salud Familiar de realización de visitas domiciliarias de febrero del 2024, pendiente soportes de estrategias en el segundo semestre **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan archivos en Excel con los reportes de demanda inducida de los meses de noviembre y diciembre de 2024 y enero de 2025- Foto de pantallazo de invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha. No se evidencia indicador de acción Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2546/1876) cumplimiento 67%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			4.2 Utilizar canales como redes sociales, SMS y llamadas automáticas para incentivar a la población a asistir a los centros de salud y acceder a los servicios disponibles.					01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	4.2 Pendiente soporte para auditoria de cierre. **AUDITORIA DE CIERRE:** Anexan archivos en Excel con los reportes de demanda inducida de los meses de noviembre y diciembre de 2024 y enero de 2025- Foto de pantallazo de invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha. No se evidencia indicador de acción Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2546/1876) cumplimiento 67%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			1 -Protocolo de seguimiento prenatal: **1.1** Implementar un protocolo automatizado que identifique a las gestantes desde el primer trimestre, asignándoles citas para el control prenatal y los exámenes de laboratorio requeridos.	1- Porcentaje de gestantes que inician el control prenatal en el primer trimestre. Numero de gestantes captadas por el programa de control prenatal antes de las 12 semanas/ Numero total de gestante de la cohorte *100	• Lograr identificar el 85% de las gestante para que inicien el control prenatal en el primer trimestre.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	1.1Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente soporte para auditoria de cierre **AUDITORIA DE CIERRE**: No se evidencia realización de la reunión programada. La EPS adjunta protocolo de Automatización para identificación y asignación de cita a la gestante del primer trimestre con fecha 27/01/2025 con el objetivo de identificar a las gestantes desde el primer trimestre de gestación, el cual es socializado a las cuidadoras de la EPS con el fin de garantizar la implantación del mismo, No tiene firmas que avalen el documento ni la socialización. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (104/131) 79.3%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			1.2 Desarrollar un sistema de alertas para recordarle a las gestantes sus controles y exámenes pendientes, usando herramientas como SMS, llamadas automáticas o recordatorios en una aplicación móvil.					01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	1.2 Pendiente soporte para auditoria de cierre **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan documento de Propuesta para el desarrollo de sistemas de alertas para recordatorio de controles y exámenes prenatales fecha del 27 de enero 2025. . Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (104/131) 79.3%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			2 - Cumplimiento de exámenes de laboratorio: **2.1** Seguimiento y cumplimiento a las gestantes para los servicios de (urocultivo, hemograma, pruebas rápidas para VIH y sífilis, antígeno para Hepatitis B, toxoplasma) se realicen de manera oportuna y se registren en la historia clínica.	2- Porcentaje de gestantes que completan los exámenes de laboratorio según el protocolo. Numero de gestantes exámenes de laboratorio completos segun Resl 3280 de 2018 / Numero total de gestante de la cohorte *100	• Asegurar que el 100% las gestante completen los exámenes de laboratorio requeridos en los próximos 4 meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	2.adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**.Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de exámenes. No se adjunta indicador de acción. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (128/131) 97.7%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			2.2 Monitorear los resultados de los exámenes y notificar tanto a las gestantes como a los profesionales de salud en caso de resultados anormales que requieran seguimiento.		• Alcanzar un incremento de cobertura d 100% en las ecografías de translucencia nucal entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas +6 días.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	2.2 adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE** : No adjunta indicador de acción. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de exámenes, sin evidenciar las notificaciones a las gestantes ni a los profesionales. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (128/131) 97.7%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	

Auditoria	**CRITERIO 18.**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 4.3.5.1 (4.3.5.1.2 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.	Asegurar el cumplimiento de todas las intervenciones de la RIAMP, con la documentación necesaria para verificar el seguimiento adecuado a la gestante y al recién nacido.	**3- Entrega y registro de micronutrientes:** **3.1** Asegurar que las gestantes reciban los micronutrientes (ácido fólico, hierro) en las visitas prenatales, y que esta entrega quede registrada en su historia clínica.	4- Porcentaje de gestantes que reciben y tienen registrada la entrega de micronutrientes. Numero de gestantes con formulación y entrega de micronutrientes / Numero total de gestante de la cohorte *100	• Asegurar la entrega documentada del 100% micronutrientes a las gestantes en los próximos 4 meses.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	3.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE** . Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a entrega de ácido fólico, hierro ni de ecografias. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (164/180) 91.6 %.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.2 Implementar campañas de educación para sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de tomar los micronutrientes.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	3.2Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes. En los soportes no se evidencian campañas educativas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el % de ejecución de 1-33% Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (164/180) 91.6 %.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			4- Control ecográfico en el primer trimestre: **4.1** Coordinar con los centros de imagenología para asegurar que todas las gestantes se realicen una ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días de gestación.	3- Porcentaje de ecografias realizadas en las gestantes entre las 10 semanas + 6 dias y 13 semanas + 6 dias / Numero total de gestante de la cohorte *100			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	4.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a realización de ecografias. No se evidencia coordinación con centros de imágenes diagnosticas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance y se modifica a 1-33% ya que no cuenta con implementación. Adjuntan indicador de acción de mejora diligenciado (145/180) 80,6 %.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			4.2 Usar un sistema de seguimiento para verificar que todas las ecografías se realicen y los resultados se registren en el expediente médico de la paciente.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	4.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a ecografias ni registros en historias clínicas. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance y se modifica ya que no cuenta con implementación a 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (145/180) 80,6 %.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		
			5- Monitoreo neonatal (TSH y hemoclasificación): **5.1** Implementar un control estricto para asegurar la toma de muestras de sangre de cordón umbilical en todos los recién nacidos para hemoclasificación y tamizaje de hipotiroidismo congénito.	5- Porcentaje da recién nacidos que tienen tomadas las muestras de sangre de cordón para hemoclasificación neonatal y tamizaje de hipotiroidismo. Numero de recién nacidos con toma de hemoclasificación neonatal y TSH neonatal/ Numero total da recién nacidos *100	• Garantizar que el 100% de los recie nacidos tengan la toma de muestra de sangre de cordón y el tamizaje de hipotiroidismo.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	5.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 10 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan base de datos de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recién nacido. No evidencian un control de seguimiento a toma de muestras del cordón. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			5.2 Crear un sistema de notificación temprana para los padres, asegurando que reciban la cita de control neonatal y la revisión del TSH en los primeros días posteriores al egreso hospitalario.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	5.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 11 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recién nacido. No evidencian seguimiento a toma TSH ni estrategia documentada e implementada de sistema de notificación temprana a los padres de control y TSH. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			6- Consulta ambulatoria del recién nacido: **6.1** Garantizar que todos los recién nacidos asistan a una consulta ambulatoria entre los 3 y 5 días después del alta hospitalaria, con revisión de resultados de TSH y seguimiento de su estado general de salud.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	6.1 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 11 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido No evidencian seguimiento a consulta ambulatoria del recién nacido ni estrategias documentadas e implementadas. Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33% . No aportan indicador de acción de mejora calculado.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			6.2 Asignar las citas de seguimiento antes del egreso hospitalario para evitar que los padres no realicen el control, y hacer seguimiento mediante recordatorios.	6-Porcentaje de recién nacidos que asisten a la consulta ambulatoria entre los 3 y 5 días posteriores al egreso, con revisión de resultados del TSH. Numero de recién nacidos con consulta control de egreso hospitalario entre los 3 y 5 dias / Numero total de recién nacidos *100	•Asegurar que el 100% de los recién nacidos asistan a la consulta ambulatoria dentro de los primeros 5 días posteriores al egreso en los próximos 6 meses.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	6.2 Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 12 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido, ni estrategias documentadas e implementadas ni seguimiento a la asignación de citas de control antes del egreso. Por lo que en la presente auditoria con los soportes aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33%. No aportan indicador de acción de mejora calculado.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			7. Realizar auditorias periódicas a las IPS para asegurar con los que la atención que toda la información este en la historia clínica.	Porcentaje de ecografias realizadas en las gestantes entre las 10 semanas + 6 dias y 13 semanas + 6 dias. Numero de gestantes con ecografia de translucencia nucal entre las 10 semanas+6 dias y 13 semanas +6 dias / Numero total de gestante de la cohorte *100			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	7.Adjuntan base de datos de seguimiento a gestantes. Adjunta oficio y correo del 26 de noviembre de notificación de asistencia técnica a las IPS primarias con programación para le 13 de diciembre, pendiente actas de seguimiento **AUDITORIA DE CIERRE**. Adjuntan acta del HUEJ de la ESE Salud Pereira de hallazgos auditoria Gavdi y seguimiento a planes de mejora pero no se evidencia auditorias a historias clínicas, anexan base de datos en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a recién nacido, no se observó en los soportes estrategias documentadas e implementadas ni seguimiento a auditorias periodicas de revisión de Historias Clínicas a los prestadores. Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecución de la acción de 1-33% . No aportan indicador de acción de mejora calculado.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	25/02/2025	INOPORTUNO	1%-33%		La entidad no aporto soportes que permitieran que en la presente auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso

Diego Armando Zuluaga

Firma del Representante Legal

Nombre: Diego Armando Zuluaga

Firma del Evaluador

Nombre: Carolina Franco Arbeláez

Cargo: Md Auditor Secretaria de Salud y Protección Social Municipal