Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**
Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**			
Responsable EAPB: 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 # 21206 registrada en la plataforma web GAUDI vigencia año 2023.			
Lugar: Reunión virtual EAPB Teems			

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

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

ASPECTOS GENERALES

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

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

Por la secretaria de Salud Municipal:
Dra. Carolina Franco (Médica auditora)

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

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

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

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

Y en relación a la siguiente Normatividad:

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

•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 y14.4)
•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: Auditoria 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 con la Liga contra el Cáncer y Síes Salud del 9 de enero de 2025 con seguimiento a planes de mejora a auditoría Gaudí. Copia de correo a las IPS de Pereira sobre el manejo y la calidad del registro de la Historia Clínica. Adjunta indicador de acción mejora calculado (4/6) cumplimiento 66,7%. Se recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto en los resultados

Acción 1.2: 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

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

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 2.1: 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 de seguimiento: se evidencia contratación de auditoría permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de septiembre con el prestador Medisfarma 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. .
Auditoría 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 los soportes de las nuevas auditorias, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando 70-99%.

Acción 3.2: Auditoria seguimiento: realizan con EXPERT MEDICA, Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES Salud.
Auditoría cierre: 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.

Acción 3.3: Auditoria seguimiento: no anexan protocolo, indica que el proceso está definido.
Auditoría cierre: presentan Protocolo con fecha del 17/01/2025, sin firmas de aprobación por parte de la ERP, no hay evidencia de socialización y/o implementación en los prestadores. No se evidencian otros soportes por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance de 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora calculado cumplimiento 0%

Acción 3.4: Auditoria de seguimiento: La EPS designa a EXPERT MEDICA como responsable del seguimiento, pendiente soporte de asignación.
Auditoría cierre: Anexan copia de correo enviado a EXPERT MEDICA haciendo la designación de responsable del seguimiento y evaluaciones con fecha el 3/02/2025.

CRITERIO 9 Acción 1: Auditoria de seguimiento: Anexa acta de reunión con la ESE Salud Pereira de fecha 27/11/2024 donde se solicita call center. Anexa foto de asistencia.
Auditoría cierre: No se evidencia nuevos soportes de seguimiento la entidad refiere que se encuentra pendiente el seguimiento, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando con 1-33%, adjunta indicador de acción de mejora calculado (1850/2726) 67% se recomienda a la entidad continuar con el proceso y reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 2: Auditoria de seguimiento: Anexa acta de reunión con la ESE Salud Pereira de fecha 27/11/2024 donde se solicita call center. Anexa foto de asistencia.
Auditoría cierre: No se evidencia nuevos soportes de seguimiento la entidad refiere que se encuentra pendiente el seguimiento, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando con 1-33%, adjunta indicador de acción de mejora calculado (1850/2726) 67%

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

se recomienda a la entidad continuar con el proceso y reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 3: Auditoria de seguimiento: Pendiente anexar soportes.
Auditoría cierre: Anexan actas de seguimiento a oportunidad de las consultas, pero no de la eficiencia del Call center. No se evidencian nuevos soportes de seguimiento a la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución (1-33%), adjuntan indicador de oportunidad de cita odontología general calculado (3663/1221) cumplimiento de 3 días. Se recomienda a la entidad continuar con el proceso

Acción 4: Auditoria de seguimiento: Indican ESE Salud Pereira cuenta con portal Web y con correo electrónico, No se evidencia seguimiento a la oportunidad.
Auditoría cierre: Anexan dos capturas de pantalla. Uno del sitio web de la ESE Salud Pereira para solicitar citas y otro de respuesta al usuario indican que es nuevo, ya que solo contaban con el Call Center. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2/3) con aumentando la accesibilidad un 66,7%. Se recomienda reforzar la acción de mejora para un mayor impacto.

Acción 5: Auditoria de seguimiento: No se evidencia la capacitación al call center en los soportes.
Auditoría cierre: Anexan captura de pantalla de capacitación en call center con la ESE Salud Pereira, sin fecha. Asistentes del área administrativa. No se evidencia desarrollo de la capacitación ni de seguimiento, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecución quedando en 34-69%. Indicador de acción de mejora calculado 0%

CRITERIO 10: Acción 1: Auditoria de seguimiento: Evidencia de correos y asistencia, y el acta de la reunión, con varios temas.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo.
Auditoría 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 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: Auditoria de seguimiento: Adjuntan correos con la Clínica San Rafael de fecha de octubre, septiembre, y noviembre para acercamiento con IPS.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: Anexan Política de referencia y contrarreferencia.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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
Auditoría 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

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

Acción 3: Auditoria de Seguimiento: 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.
Auditoría 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: Auditoria de Seguimiento: Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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.

Acción 2: Auditoria de seguimiento: Anexa 1 acta de fecha 29/10 de 2024, y listado de asistencia, pendiente otras capacitaciones y seguimiento hasta cierre del plan.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: Anexan cuadro de Excel con el seguimiento por tiempos de respuestas.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Anexan dos soportes de seguimiento a PQRS. No se evidencia actas de auditoría

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Actividad cerrada en auditoría de seguimiento. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (245/282) con cumplimiento del 86,9%.

Acción 2: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Anexan captura de pantalla de la plataforma (Software) de Referencia ambulatoria de seguimiento autorizaciones en sistema de alertas con corte enero 2025. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (245/282) con cumplimiento del 86,9%.

Acción 3: Auditoria de seguimiento: Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de septiembre con el prestador Medisfarma 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
Auditoría 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 porcentaje de seguimiento de 70-99% . Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (367/13256) cumplimiento 2,8%. Por lo que se recomienda reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 4: Auditoria de Seguimiento: Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoría Externa del 9 de septiembre con el prestador Medisfarma 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.
Auditoría 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 (8/10) cumplimiento 80%

Acción 5: Auditoria de seguimiento: 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 Medisfarma 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.
Auditoría 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

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

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: Implementar mecanismos de mejora continua basados en los resultados de las auditorías, incluyendo la corrección de procedimientos ineficientes.

6: Auditoria de seguimiento: Indican pendiente ejecución de acción de mejora.
Auditoría 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 a 1-33%.

CRITERIO 17 Acción 1.1: Auditoria de seguimiento: Adjuntan 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 en donde desarrollan acciones de mejora en RIAS.
Auditoría 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 Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Anexan correo donde se invita a los coordinadores de Coosalud de los municipios invitando a Comité PAI. No se evidencia su realización. En las actas aportadas de los prestadores ESA salud y HUSJ socializan hallazgos incumpliendo en RIAS, pero no se evidencian 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 porcentaje 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) con cumplimiento del 81,26%

Acción 1.3: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para Auditoría.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para Auditoría 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 del 69%

Acción 2.2: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoría 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. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento del 69%

Acción 3.1: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para Auditoría cierre.
Auditoría cierre: Anexan foto de reunión virtual de integración EAPB - IPS, sin acta con desarrollo de temas. Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones desalad 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 comité de PAI, este sin evidencia de su realización. Se evidencia programación e implementación de

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

actividades de aplicación de barniz de flúor para el año 2024. Presentan indicador de la acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%

Acción 3.2: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoría cierre: Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, dos archivos Excel de o de registro de evaluaciones de salud oral de enero a noviembre del año 2024 y correo del 3/02/2025 a la ESE Salud Pereira solicitud de programación jornada salud oral, cuadro de demanda inducida para salud oral. Presentan indicador de la acción de mejora calculado (1747/2270) cumplimiento 77%.

Acción 4.1: Auditoria de seguimiento: 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
Auditoría 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 captura de pantalla de mensaje de texto de invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha y certificación del feb del 2024 de realización de actividades de demanda inducida en Pereira. Presentan indicador de la acción de mejora calculado (12546/18716) cumplimiento del 67%

Acción 4.2: Auditoria de seguimiento: Pendiente soporte para Auditoría cierre.
Auditoría 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 captura de pantalla de mensaje de texto invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha, adjunta documento protocolo de demanda inducida, Se evidencia atención de salud bucal por agente comunitario, solo se evidencia un mensaje de texto enviado, sin soporte de destinatario, no se evidencia otros soportes que evidencien implementación de redes sociales, SMS entre otros para incentivar a la población. Presentan indicador de la acción de mejora calculado. (12546/18716) cumplimiento del 67%.

CRITERIO 18 Acción 1.1: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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: Auditoría seguimiento: Pendiente soporte para auditoria de cierre.
Auditoría 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. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (104/131) 79.3%.

Acción 2.1: Auditoría seguimiento: 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.
Auditoría cierre: 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.

Acción 2.2: Auditoría seguimiento: 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.
Auditoría cierre: 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

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

Acción 3.1: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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 porcentaje de avance de 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (164/180) 91,6%.

Acción 3.2: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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 porcentaje de avance de 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora diligenciado (164/180) 91,6%.
Acción 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.

4.1: Auditora de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a realización de ecografías. No se evidencia coordinación con centros imagenología. 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: 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.

4.2: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría cierre: Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes sin seguimiento a reciben 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 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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.

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**

Acción 6.2: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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: Auditoria de seguimiento: 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.
Auditoría 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 53 acciones de mejora planteadas por la entidad, con el siguiente cumplimiento:

En estado cerrado 100%:	22	acciones de mejora
En estado abierto 0%:	2	acciones de mejora
En estado en ejecución 1% -33%:	17	acciones de mejora
En estado en ejecución 34% -69%:	4	acciones de mejora
En estado en ejecución 70% - 99%:	8	acciones de mejora

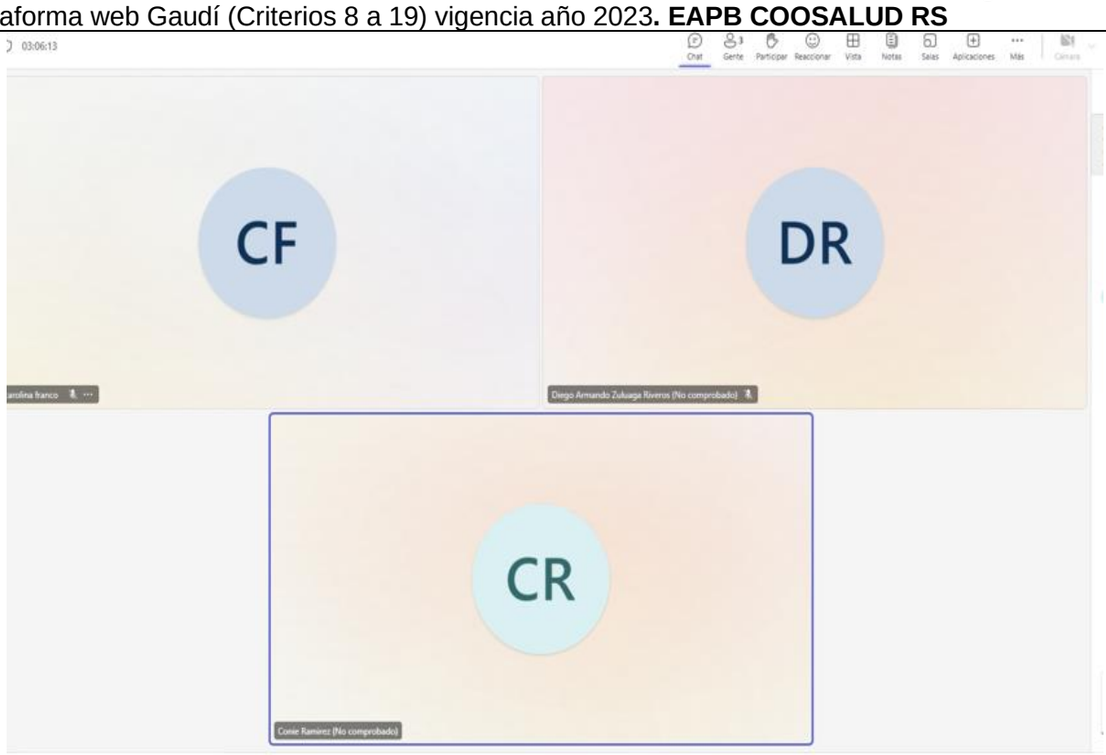
Observando un cumplimiento de 41.5% (estado cerrado) del total de las acciones.
Las acciones que quedaron en estado abierto y en ejecución en la presente auditoria no posible aumentar el porcentaje de avance o su cierre con cumplimiento del 100%, dado al no aporte de soportes o que los soportes aportados 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

Siendo las 12 p.m, se da por terminada la reunión sin otras observaciones.

Listado asistencia

Fecha:25/02/2025	**Acta No: 5**	**Hora Inicio: 8:30am**	**Hora Fin: 12 pm**

Tema: Auditoria de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de 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 RS**



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

No.	**COMPROMISO**	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**	**SEGUIMIENTO Ejecutado Si/No**	
				SI	**NO**
1	No aplica				

AUDITORIAS

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

CÓDIGO	
VERSIÓN	
FECHA	

Nombre de la entidad que suscribe el plan	COOSALUD EPS-S RS
NIT de la entidad	900226715
Digito de verificación - DV	3
Nombre del representante legal	JOSE EUGENIO SAAVEDRA
Identificación del representante legal	
Dirección de la entidad	AVENIDA 30 AGOSTO 36-07
Teléfonos	3127543659
Correo electrónico	PQRJULIAGA@COOSALUD.COM

Forma por la cual se detectó el o los hallazgos	Auditoría GAUDI
Fecha de suscripción del plan de mejoramiento	1/10/2024
NURC de suscripción del plan de mejoramiento	No aplica
Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento	Secretaria de Salud y Protección Social de Pereira
Fecha de evaluación del plan de mejoramiento	2/12/2024
Auto de auditoría (si aplica)	No aplica
Fecha de vigencia del plan de mejoramiento	4 Meses

% Avance	Acción	Hallazgo	Estado del Avance
0%	ABIERTO	ABIERTO	presente elecusión
1%-33%	EN EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN	con socorte
34%-69%	OPORTUNA	OPORTUNA	con evidencias de
70%-99%	INOPORTUNA	INOPORTUNA	con evidencias de
100%	NA	NA	encuentra totalmente

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO								EVALUACION ENTE TERRITORIAL		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ? Acciones de mejoramiento	¿CÓMO? Descripción de la Acción de Mejora	¿CUMPLIMIENTO? Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	¿QUIÉN? Responsable(s)	¿CUÁNDO? 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 105 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 auditoria.	**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	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	**Auditoria seguimiento:** Anexan acta de reunión donde se socializa los hallazgos de la Auditoria Gaudi. Anexan copias de correos enviados a la ESE Salud Pereira y al Hospital San Jorge. Pendientes los prestadores que manejan alto costo. **Auditoria de cierre:** anexan acta con la Liga contra el Cáncer y Sies Salud del 9 de enero de 2025 con seguimiento a planes de mejora a auditoria Gaudi. Copia de correo a las IPS de Pereira sobre el manejo y la calidad del registro de la Historia Clínica. Adjunta indicador de accion mejora calculado (4/6) cumplimiento 66,7% . **Se recomienda reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto en los resultados**	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/01/2025	OPORTUNO	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
			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	**Auditoria de seguimiento:** Auditoria programada para el 10/12/2024. **Auditoria de cierre:** anexan acta de reunión de capacitación de gestión documental y archivo de Historia Clínica, con fecha del 15 de enero de 2025. Anexan pantallazo de asistencia de otra reunión con fecha del 31 de enero de 2025, pero inicio de acta se observa asistentes. Adjuntan indicador de accion mejora diligenciado (1/1) cumplimiento 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 se verifique la prestación del servicio o se obtenga una justificación en caso de que no pueda prestarse.	**2.**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 (cambiar municipio de excel para dosq)	SI	**Auditoria 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 semaforizacion 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 dias calendario trascurridos entre la fecha que el pacientes solicita cita para ser atendido en la consulta medica especializada y la fecha en la cual fue asignada la cita / Numero total de consultas medicas especializadas asignadas (dias)	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	**Auditoria de seguimiento:** se evidencia contratación de auditoría permanente con un outsourcing EXPERT Medica, adjuntan acta de visita de auditoria Externa del 9 de sep con el prestador Mediferma 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 cierre:** Anexan actas de visita a las IPS donde se mide la oportunidad de las citas medicas, 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 intervencion de la SNS la entidad termino la contratacion con este proveedor y no cuentan con los soportes de las nuevas auditorias, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el procentaje de ejecucion quedando 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, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			3.2 Realizar auditorias internas para verificar el cumplimiento de la oportunidad y acceso a los servicios		Auditoria de tiempos de respuesta y ajuste de procesos según sea necesario.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	**Auditoria seguimiento:**realizan con EXPERT MEDICA. Anexan actas con el Hospital San Jorge y SIES Salud. **Auditoria cierre:** No hay seguimiento en el segundo semestre del año ni se evaluan las otras IPS que manejan alto costo. la entidad refiere que estas auditorias las realizaba el proveedor Expert Medica y dado las medidas de intervencion de la SNS la entidad termino la contratacion con este proveerdor y no cuentan con los soportes de las nuevas auditorias,adjuntan indicador de accion de mejora calculado con oportunidad de cita medicina especialida (67812/045208) cumplimiento 15 dias. En la presente auditoria se aumenta porcentaje de ejecucion 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.	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
			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	**Auditoria seguimiento:** no anexan protocolo, indica que el proceso esta definido **Auditoria cierre:** presentan Protocolo con fecha del 17/01/2025, sin firmas de aprobación por parte de la ERP, no hay evidencia de socialización y/o implementacion en los prestadores. No se evidencian otros soportes por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el procentaje de avance de 1-33%. Adjunta indicador de acción de mejora calculado cumplimiento 0%	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
			3.4 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	La EPS designa a EXPERT MEDICA como responsable del seguimiento, pendiente soporte de asignación para auditoria de cierre. **Auditoria cierre**:Anexan copia de correo enviado a EXPERT MEDICA haciendo la designación de responsable del seguimiento y evaluaciones con fecha el 3/02/2025.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/02/2025	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	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
Auditoría	**CRITERIO 9:** La EPS NO asigna citas de odontología general y medicina general dentro de los tres (3) días hábiles y/o NO informa al usuario la fecha de asignación, incumpliendo presuntamente el artículo 123 del Decreto 019 de 2012, parágrafo 3 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 y parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.5. del Decreto 780 de 2016; parágrafo 1 del artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, y artículo 14 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.	1.Garantizar que la IPS de atención primaria mejore la eficacia y capacidad de respuesta del call center para asegurar la asignación oportuna de citas y la comunicación efectiva con los usuarios	**1.**Solicitar Ampliación de capacidad del call center:	1-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 linea a menos de 2 minutos y asignar la mayoria de las citas dentro del plazo de 3 dias hábiles en los próximos 4 meses.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad	SI	Anexa acta de reunión con la ESE Salud Pereira de fecha 27/11/2024 donde se solicita call center. Anexa foto de asistencia. **Auditoria cierre:** No se evidencia nuevos soportes de seguimiento la entidad refiere que se encuentra pendiente el seguimiento, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion quedando con 1-33%, adjunta indicador de accion de mejora calculado (1850/2726) 67% **se recomienda a la entidad continuar con el proceso y reforza las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.**	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
			2.Evaluar el volumen actual de llamadas y ampliar el número de operadores o implementar sistemas de respuesta automática que puedan asistir en la asignación de citas cuando las líneas están saturadas.	2-Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Medicina General de 1° vez: Sumatoria total de los dias calendario trascurridos entre la fecha en la cual el pacientes solicita cita para ser atendido en consulta de medicina general y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consulta medica generales asignadas (dias)	Disminuir el porcentaje de llamadas caidas a menos del 5% en los próximos 4meses.			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad	SI	Anexa acta de EXPERT MEDICA donde se define la sensibilidad y oportunidad de respuesta a las llamadas. **Auditoria cierre:** Anexan actas de seguimiento a oportunidad de las consultas pero no de la eficiencia del Call center. No se evidencian nuevos soportes de seguimiento a la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion (70- 99%), adjuntan indicador de oportunidad de cita medicina general calculado (16280/6502) cumplimiento 2,5 dias. **Se recomienda a la entidad continuar con el proceso**	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
			3.Solicitar Monitoreo del servicio: Implementar un sistema de monitoreo en tiempo real para verificar la cantidad de llamadas caídas y la eficiencia de los operadores.	3- Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Odontología General de 1° vez: 4- Sumatoria total de los dias calendario trascurridos entre la fecha en la cual el pacientes solicita cita para ser atendido en consulta de odontologia general y la fecha en la cual es asignada la cita/ Numero total de consulta odontologia generales asignadas (dias)	Mejorar la oportunidad de ingreso de llamadas en un 50%			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad	SI	Pendiente anexar soportes. **Auditoria cierre:**Anexan actas de seguimiento a oportunidad de las consultas pero no de la eficiencia del Call center. No se evidencian nuevos soportes de seguimiento a la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion (1-33%), adjuntan indicador de oportunidad de cita odontologia general calculado (3663/1221) cumplimiento de 3 dias. Se recomienda a la entidad continuar con el proceso	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.Crear canales adicionales para la asignación de citas, como plataformas digitales, una app móvil o un sistema de asignación de citas vía web, que reduzca la dependencia del call center.	4. Accesibilidad solicitud de citas: Numero de canales nuevos/ Numero total de canales *100 N canales nuevos abiertos			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad	SI	Indican ESE Salud Pereira cuenta con portal Web y con correo electrónico, No se evidencia seguimiento a la oportunidad. **Auditoria cierre:** Anexan dos capturas de pantalla. Uno del sitio web de la ESE Salud Pereira para solicitar citas y otro de respuesta al usuario indican que es nuevo, ya que solo contaban con el Call Center. Adjuntan Indicador de accion de mejora calculado (2/3) con aumentando la accesibilad un 66,7%. **Se recomienda reforzar la accion de mejora para un mayor impacto.**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			5.Capacitar al personal del call center en técnicas de eficiencia y manejo de alto volumen de llamadas, así como implementar protocolos claros para garantizar la correcta asignación de citas dentro del plazo legal.	5. N umero de capacitaciones al personal del call center/ N total de personal call center*100	Capacitación al 100% del personal del call center		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad	SI	No se evidencia la capacitación a call center en los soportes. **Auditoria cierre:** Anexan captura de pantalla de capacitación en call center con la ESE Salud Pereira, sin fecha. Asistentes del area administrativa. No se evidencia desarrollo de la capacitación ni de seguimiento, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion quedando en 34-69%. Indicador de accion de mejora calculado 0%	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	25/02/2024	OPORTUNO	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
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 1 de la Resolución 1552 de 2013; artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012;numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto780 de 2016 y artículo 12 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la	1.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 aliera con otro prestador para atención de estos servicios.	**1.**Garantizar que las IPS 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 dias 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 (dias)	Reducir el tiempo de agendamiento de consultas especializadas dentro de los 15 dias 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	Evidencia de correos y asistencia, y el acta de la reunión, con varios temas. **Auditoria cierre:** Anexan captura de pantalla citacion y acta de reunion con HUSJ de fecha 28/11/2024 de seguimiento a hallazgos a auditoria Gaudi en este establecen acciones de mejora a la oportunidad de citas especializadas, la entidad refiere que es el unico prestador, y se encuentra pendiente el seguimiento. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (67812/045208) con cumplimiento de 15 dias.	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 linea a menos de 2 minutos y asignar la mayoria de las citas dentro del plazo de 3 días hábiles en los próximos 4 meses. Disminuir el porcentaje de		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	Anexan actas con Homeris, Hospital San Jorge, y SIES, donde se evidencia el monitoreo. **Auditoria 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 primer semestre del año 2024. No se evidencia nuevos soportes de la accion de mejora, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion quedando 34-69%, adjuntan indicador de accion de mejora calculado (1850/2726) 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 auditoria se aumentara el porcentaje de avance, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso

	modifique o sustituya.		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	Disminuir el porcentaje de llamadas caídas a menos del 5% en los próximos 4meses. Mejorar la oportunidad de ingreso de llamadas en un 5		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	Adjuntan correos con la Clínica San Rafael de fecha de octubre, septiembre, y noviembre para acercamiento con IPS. **Auditoria 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 intervencion de la SNS. Aportan indicador calculado 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 comprometa a continuar con proceso
Auditoría	**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 presuntamente los artículos 2.5.3.2.7, 2.5.3.2.16 y 2.5.2.3.8 (numeral 4) del Decreto 780 de 2016, y artículo 4 de la Resolución 3047 de 2008.	1.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	**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.	Diego Armando Zuluaga / Coordinador de UPA	01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	Anexan Política de referencia y contrareferencia. **Auditoria cierre.** Actividad previamente cerrada en auditoria de seguimiento, adjuntan indicador de accion 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**	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.	2- Tiempo promedio de remisión en casos de urgencia. Numatoria 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.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	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 tableros de seguimiento **Auditoria cierre:** ; anexan 4 pantallazos de la plataforma de HCM relacionado con el seguimiento a las referencias, adjuntan indicador de accion de mejora calculado (2361/62504) 9.4 horas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2024	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			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.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	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 cierre: Anexan acta de reunion de referencia de fecha 5/11/2024, sin firmas , con indicacion de capacitacion de referencia y contrareferencia sin temas desarrollados, anexan tablero de indicadores de seguimiento a indicadores, no se evidencia implemetacion de la capacitacion ni otros soportes, por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion 34-69%. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (2361/62504) 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 comprometa a continuar con proceso
			4. Seguimiento de los casos urgentes: Implementar un sistema de auditoria interna mensual que haga seguimiento a los casos urgentes y evalúe si las remisiones fueron gestionadas dentro de los tiempos establecidos por la normativa.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	Seguimiento realizado a través de la plataforma adjuntan pantallazo de tablero de seguimiento. Pendiente anexa acta de reunión del 5/11/2024. **Auditoria cierre**: Anexan acta de reunion de referencia de fecha 5/11/2024,con indicacion de capacitacion de referencia y contrareferencia sin temas desarrollados, no se evidencia auditorias 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 ejecucion 34-69%. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (2361/62504) 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 comprometa a continuar con proceso
Auditoría	**CRITERIO 14**.La EPS NO resuelve oportunamente y de fondo las PQRS de sus afiliados, incumplimiento presuntamente lo establecido en el artículo 2.10.1.1.6 del Decreto 780 de 2016; numeral 4.4 del artículo 4 de la Resolución 229 de 2020, en concordancia con los artículos 14 (sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015) y 20 de la Ley 1437 de 2011, y artículos 114 y 130 (numerales 11, 12 y 17) de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	1.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	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 cierre :** Adjunta 4 correos de gestion de reportes de PQRS interna del noviembre y diciembre 2024 ,adjunta captura de pantalla de tableros de seguimiento a PQRS mediente un software de la entidad con fecha cohorte noviembre 2024. Adjunta indicador de accion de mejora calculado año 2024 (1512/2124) cumplimiento 71,18%, se **recomienda reforza las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2025	OPORTUNO	100%-	CERRADO OPORTUNO	
			2- Capacitación al personal: Capacitar a los servidores 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	Anexa 1 acta de fecha 29/10 de 2024, y listado de asistencia, pendiente otras capacitaciones y seguimiento hasta cierre del plan. **Auditoria cierre**: anexan captura de pantalla de asistencia a revision departamente de PQRS, con caldas y antioquia, de capacitación con fecha del 3 julio de 2024, con Medifarma. 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 ejecucion de 1-33%. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado 67,92 % calificacion muy bueno y 32,08% calificacion 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 comprometa 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 total 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	Anexan cuadro de Excel con el seguimiento por tiempos de respuestas. **Auditoria cierre:**Adjunta captura de pantalla de tableros de seguimiento a PQRS mediente un software de la entidad con fecha cohorte noviembre 2024, con sistema de alertas. Adjuntan indicador de accion 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	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 cierre**. La entidad no aporta nuevos soportes, el soporte con el prestador Medifarma no se observa actas, se observa captura de pantalla de reunion 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 ejecucion de 70-99%. Adjuntan indicador de accion 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 comprometa 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	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 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 accion 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 comprometa a continuar con proceso
Auditoría	**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; artículo 6 (de los elementos esenciales: literales a y c; y de los principios: literales d, e y k) y 8 de la Ley 1751 de 2015, y Resolución 2481 de 2020, o la norma que modifique o sustituya.	1.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 establecidos. 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	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 cierre:**Actividad cerrada en auditoria de seguimiento . Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (245/282) con cumplimiento del 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	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 auditoria, pendiente seguimiento hasta cierre del plan. **Auditoria cierre:** Anexan captura de pantalla de la plataforma(Sofware) de Referencia ambulatoria de seguimiento autorizaciones en sistema de alertas con corte enero 2025. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (245/282) con cumplimiento del 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 después 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	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 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 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 reunion virtual con Medisfarma del 10/01/2025 sin acta, sin desarollo de temas, establecimiento de acciones de mejora seguimientos, Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de seguimiento de 70-99% . Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (367/13256) cumplimiento 2,8% . **Por lo que se recomienda reforzar las 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 comprometa 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	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 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 cierre:** Anexan listado y captura de pantalla de reunion con la IPS Medisfarma, sin el contenido de la reunion. 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 accion de mejora calculado (8/10) cumplimiento 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 comprometa a continuar con proceso

			5. Realizar auditorías periódicas del cumplimiento de los fallos de tutela, identificando patrones de incumplimiento o áreas críticas donde se presenten más fallos de este 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	Se evidencia contratación de auditoria permanente con un outsourcing EXPERT Medica, ajuntan 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 ajuntan 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 cierre:** No hay evidencias de auditorias periodicas 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, a lo que la entidad refiere que se compromete a continuar con proceso
			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	Indican pendiente ejecución de acción de mejora. **Auditoria cierre:** Anexan PROTOCOLO PARA IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA BASADOS EN RESULTADOS DE AUDITORIAS A NIVEL JURIDICO.No se evidencia seguimiento ni la implementación.Se modifica calificación a 1-33%.	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
Auditoría	**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 I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018, en concordancia con el artículo 4 modificado por el artículo 1 de la Resolución 276 de 2019; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 2481 de 2020 ó la norma que la modifique o sustituya	1.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 que recibieron atención por medicina general, enfermería o pediatría según control de primera infancia Resl 3280 de 2018/ 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	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 en donde desarrollan acciones de mejora en RIAS . **Auditoria 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 avalan implementación de la actividad por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar porcentaje de avance de 1-33%. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (1260/2270) cumplimiento 55,5%.	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
			1.2 Implementar un plan de seguimiento específico para asegurar que los menores de 6 años presenten el esquema de vacunación PAI completo	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			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	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 cierre**: Anexan correo donde se invita a los coordinadores de Coosalud de los municipios invitando a Comite PAI. No se evidencia su realización. .En las actas aportadas de las prestadores ESE salud y HUSJ socializan hallazgos incumplimiento en RIAS pero no se evidencian 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 procentaje de ejecucion de 1-33%, ya que ninguno de los anexos avalan seguimiento y/o implementación de la actividad. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (1845/2270) con cumplimiento del 81,26%	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
			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	Pendiente soporte para Auditoría cierre.**Auditoria 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 ejecucion 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	Pendiente soporte para Auditoría cierre:**Auditoria cierre:** Anexan cuadro Excel con el agendamiento del dia 10 de octubre para mamografias, tipificación de VPH y citologias en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches invitando a realizar mamografias los dias 13 de diciembre y enero, foto de mensaje de invitación a realizarse mamografias sin destinatario ni fecha y foto de correo con oferta de mamografias y citologias. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (2234/3267) cumplimiento del 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	Pendiente soporte para auditoria de cierre **Auditoria cierre:**Anexan cuadro excel con el agendamiento del dia 10 de octubre para mamografias, tipificacion de VPH y citologias en las IPS Salud familiar y Liga. fotos de dos afiches invitando a realizar mamografis los dias 13 de diciembre y enero. Adjuntan indicador de accion de mejora calculado (2254/3267) cumplimiento del 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 dia ante de cumplir 12 años que recibieron aplicación de flúor :Numero de menores entre 6 años y un dia antes de cumplir 12 años aplicación de barniz de fluor/ Numero total de menores entre 6 años y un dia 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	Pendiente soporte para Auditoría cierre. **Auditoria cierre:**Anexan foto de reunion virtual de integración EAPB - IPS, sin acta con desarrollo de temas. Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, cuadro de registro de evaluaciones desalud 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 Comite de PAI, este sin evidencia de su realización. Se evidencia programacion e implementacion de actividades de aplicacion de barniz de fluor para el año 2024 .Presentan indicador de la 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	Pendiente soporte para auditoria de cierre **Auditoria cierre:**Anexan cuadros de Excel de consolidación de actividades de salud oral desde enero a julio de 2024, dos archivos Excel de o de registro de evaluaciones desalud oral de enero a noviembre del año 2024 y correo del 3/02/2025 a la ESE Salud Pereira solicitud de programacion jornada salud oral, cuadro de demanda inducida para salud oral.Presentan indicador de la 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** Documentar 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/ 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	Adjunta protocolo de demanda inducida institucional del 20 mayo 2022, anexan certificado de la entidad Salud Familiar de realizacion de visitas domiciliarias de febrero del 2024, pendiente soportes de estrategias en el segundo semestre **Auditoria 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 captura de pantalla de mensaje de texo de invitación a sistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha y certificacion del feb del 2024 de realizacion de actividades de demana inducida en Pereira.Presentan indicador de la acción de mejora calculado (12546/18716) cumplimiento del 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.	Numero de personas con implementación de estrategias de demanda inducida/ Total de la población según las cohortes (Resl 3280 de 2018)			01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	Pendiente soporte para Auditoría 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 captura de pantalla de mensaje de texto invitación a asistir a los centros de salud, sin destinatarios ni fecha, adjunta documento protocolo de demanda inducida, Se evidencia atencion de salud bucal por agente comunitario, solo se evidencia un mensaje de texto enviado,sin soporte de destinatario, no se evidencia otros soportes que evidencien implmentacion de redes sociales,SMS entre otros para incentivar a la poblacion. Presentan indicador de la accion de mejora calculado. (12546/18716) cumplimiento del 67%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/02/2025	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	
			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 gestantes 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	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 soporte para auditoria de cierre **Auditoria cierre:** No se evidencia realizacion 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	31/02/2025	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	
			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	**Auditoria seguimiento:** Pendiente soporte para auditoria de cierre. **Auditoria cierre:**Anexan documento de Propuesta para el desarrollo de sistemas de alertas para recordatorio de controles y examenes prenatales fecha del 27 de enero 2025. Adjunta indicador de accion de mejora diligenciado (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 según Resl 3280 de 2018 / Numero total de gestante de la cohorte *100	• Asegurar que el 100% la gestantes completen los exámenes de laboratorio resueltos 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	**Auditoria seguimiento:** 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 cierre:Anexan documento en excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de examenes.Adjunta indicador de accion de mejora diligenciado (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 del 100% en las ecografías de translucencia nucal entre las 10 semanas + 6 dias y 13 semanas +6 dias.		01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	**Auditoria seguimiento:** 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 cierre:No adjunta indicador de acción. Anexan documento en excel de seguimiento a gestantes, donde se hace seguimiento a la toma de examenes, sin evidenciar las notificaciones a las gestantes ni a los profesionales.	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 4.3.6.1 (4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4); 4.10 (4.10.4.2 , 4.10.4.4) y 4.12 (4.12.6.1) del numeral III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.	1.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.	3- 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 entreg 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	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 cierre:** Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a entrega de acido folico, hierro ni de ecografias. Por lo que en la presente auditoria no es posible aumentar el porcentaje de avance de 1-33% . Adjunta indicador de accion de mejora diligenciado (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	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 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 porcentaje de avance de 1-33%. Adjunta indicador de accion de mejora diligenciado (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.	4- Porcentaje de ecografías realizadas en las gestantes entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días. Numero de gestantes con ecografia de transluscencia nucal entre las 10 semanas+6 días y 13 semanas +6 días / 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	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 cierre:** Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a realizacion de ecografias. No se evidencia coordinación con centros imagediagnosticos.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 implementacion . Adjunta indicador de accion de mejora diligenciado (145/180) 80,5 %.	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	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 cierre:** Anexan documento en excel de seguimiento a gestantes, sin seguimiento a ecografias ni registros en historias clinicas.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 accion de mejora diligenciado (145/180) 80,5 %.	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- 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.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	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 cierre**:Anexan base de datos de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recien nacido . No evidencian un control de seguimiento a toma de muestras del cordon. Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion de la accion de 1-33% . No aportan indicador de accion 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.	5- Porcentaje de 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 de recién nacidos *100	• Garantizar que el 100% d los recién 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	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 cierre:** Anexan documento en Excel de seguimiento a gestantes sin seguimiento a recien nacido. No evidencian seguimiento a toma TSH ni estrategia documenta e implementada de sistema de notificacion temprana a los padres de control y TSH.Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion de la accion de 1-33% . No aportan indicador de accion 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	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 cierre:** anexan base de datos en excel de seguimiento a gestantes,sin seguimiento a recien nacido No evidencian seguimiento a consulta ambulatoria del recien nacido ni estrategias documentada e implementadas .Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion de la accion de 1-33% . No aportan indicador de accion 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 ente los 3 y 5 días / Numero total de recién nacidos *100	• Asegurar que el 100% d 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	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 cierre:** Anexan base de datos en excel de seguimiento a gestantes,sin seguimiento a recien nacido, ni estrategias documentada e implementadas ni seguimiento a la asignación de citas de control antes del egreso. Por lo que en la presente auditoria con los soporte aportados no es posible aumentar el porcentaje de ejecucion de la accion de 1-33% . No aportan indicador de accion 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 las Ips de atención que toda la información este en la historia clínica.				01/10/2024	31/01/2025	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	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 cierre:**Adjuntan acta del HUSJ de la ESE Salud Pereira de hallazgos auditoria Gaudi y seguimiento a planes de mejora pero no se evidencia auditorias a historias clinicas, anexan base de datos en excel de seguimiento a gestantes,sin seguimiento a recien nacido, no se observo 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 ejecucion de la accion de 1-33% . No aportan indicador de accion 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

#VALOR!

Firma del Representante Legal
Nombre: Diego Armando Zuluaga

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