Fecha: 28/02/2025	**Acta No: 8**	**Hora Inicio: 8:30 am**	**Hora Fin: 12:30 pm**

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

Responsable EAPB: Natalia Andrea Cardona Gaviria | **Elaborado por:** Carolina Franco Arana

Proceso / Subproceso / Actividad: Auditoría de seguimiento 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 # 21083 registrada en la plataforma web GAUDI vigencia año 2023.

Lugar: Reunión virtual Teems con la EAPB

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

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

ASPECTOS GENERALES

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

De la EAPB:
Jorge Álzate Álzate (Director Eps Sanitas)
Natalia Andrea Cardona Gaviria (Coordinación Entes Territoriales Reg. Medellín)
Carolina Correa Rivas (Gestora de Prestadores de Red)
Jessika Alejandra Tupáz Gamboa (Asesor Médico Atención primaria en salud regional)
Luz Dayely Gamboa Bravo (Profesional de información de Entes Territoriales regional)
Carmen Elena Caicedo Méndez (Profesional en salud de servicios médicos)
Sandra Paola Velázquez Martínez (Directora de oficina)

Por la Secretaria de Salud Municipal:
Dra. Carolina Franco Arana (Médica auditora)
Enf. María Constanza Ramírez Arenas

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.

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

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

Y en relación a la siguiente Normatividad:

- Ley 715 DE 2001 Art. 43.1.2; 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1
- Ley 715 DE 2001 Art. 44 Num. 44.1.3;
- Decreto 780 de 2016 Art. 2.6.1.2.1.1
- Ley 1122 de 2007 Art. 14; Art. 16
- Ley 1437 de 2011 Art.14 (sustituido por el art. 1 de la Ley 1755 de 2015) y Art. 20; Art.29
- Ley 1438 de 2011 Art. 114 y 130 (num.es 11, 12 y 17) modificado por el art. 3 de la

•Ley 1751 de 2015 art. 2, literales c), d) y e) del art. 6 y art. 8; rt.s 6 (de los elementos esenciales: literales a y c; y de los principios: literales d, e y k) y 8

- Ley 1949 de 2019.
- Decreto Ley 019 de 2012 art. 124
- Decreto 780 de 2016 num.es 1, 2 y 5 del Art. 2.5.1.2.1; 2.5.2.1.1.2; Art. 2.5.3.2.7, 2.5.3.2.16 y 2.5.2.3.8 (num. 4); 2.10.1.1.3; 2.10.1.1.6
- Decreto 019 de 2012art. 123.art. 131
- Decreto Ley 2106 de 2019 Art. 105.
- Res. 3047 de 2008. art. 4
- Res. 1552 de 2013 art. 1.
- Res. 1604 de 2013 art.s 1, 5 (num. 6), 7 y 8
- Res. 1536 de 2015 art. 14 (num.es 14.2, 14.3 y 14.4)
- Res. 3202 de 2016
- Res. 3280 de 2018
- Res. 2481 de 2020 art. 12, 14, 47
- Res. 521 de 2020 num. 5 (num. 5.3) del Anexo Técnico
- Res. 229 de 2020. num. 4.4 del art. 4
- Acuerdo 117 de 1998 art.s , 3, 5, 6 y 9
- Res. 3280 de 2018, en concordancia con el art. Modificado por el art. 1 de la Res. 276 de 2019; num. 9.4 del art. 9. Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y num.es 4.3.6.1 (4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4); 4.10 (4.10.4.2, 4.10.4.4) y 4.12 (4.12.6.1) del num. III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y la Res. 2292 de 2021

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

1. Presentación equipo de auditoría: Se procede a la presentación del equipo auditor, así como de los presentes por parte de la EAPB, se explica a los asistentes por la EAPB la normatividad aplicable, las responsabilidades de cada uno de los actores y la interrelación entre las normas y entre los actores en la prestación de los servicios de salud.
2. Presentación del objeto de la auditoría y metodología de procedimiento de auditoria: Se procede a explicar el objeto ya descrito en la presente acta, la metodología a implementar mediante la revisión de soporte aportados de la EAPB que respalden el avance en el cumplimiento de las acciones de mejora establecida en el plan de mejora aprobado por la EAPB y la Secretaria de Salud Municipal de los criterio que presentaron clasificación de incumplimiento en el informe final de la auditoria de la Circular 001 de 2020 y sus modificatorias, registrada en la plataforma web Gaudí de la SNS.
3. Revisión de los soportes aportados por la EAPB Criterios 8 al 19:

La EAPB presento los siguientes criterios con incumplimiento, para lo cual aporto la siguiente información como soporte de avance en el cumplimiento:

-CRITERIO 8. Acción1: Auditoría seguimiento: Anexan como soporte documento de Instructivo de Generación de la información, documento en versión 2 de fecha 30 de septiembre de 2024. Anexan

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

copia de correo donde se socializa el instructivo del Google Site, con las diferentes dependencias de la EAPB.
Auditoría cierre: Adjuntan actas de septiembre acta 171 articulación datos ERC, de noviembre acta para lineamientos y normas operativas para creación de plantillas cohorte Cáncer criterio 8 Gaudí, acta 179 reglas datos cohorte ERC para auditoría Gaudí, acta 182 definir reglas para generación programa Hemofilia auditorías Gaudí. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado con resultado 2.

Acción 2. Auditoría seguimiento: Anexan documento de socialización de documento de Transformación de datos públicos, y socializan el link de acceso.
Auditoría cierre: Adjunta instructivo del 30/09/2024 para generación de la información para las auditorias (Gaudí). Adjunta indicador de acción de mejora calculado con resultado 2.

Acción 3. Auditoría seguimiento: Se evidencian actas de reuniones donde se hace seguimiento y socialización de las diferentes plantillas para tener la información pertinente de los criterios 8 y 12 de la Auditoria Gaudí. Tienen plantillas socializadas para las cohortes de Hemofilia, VIH, ERC, Artritis Reumatoidea. No se evidencia para cáncer. Para el mes de junio 2024, se tienen las actas 144 de 19/06/2024 y Acta 145 del 26/07/2024, de la cohorte de Hemofilia. Del mes de Julio, Acta 143 de 03/07/2024, de VIH, Acta 146 de 03/07/2024 de Artritis Reumática y Hemofilia. Acta 149 de 19/07/2024 de VIH. Acta 152 de 26/07/2024 de ERC, Acta 152 de 23/07/2024 de Hemofilia. Acta 156 de 31/07/2024 de VIH- EN el mes de agosto Acta 157 del 09/08/2024 socializa la plantilla de ERC. Acta 160 de 09/08/2024 reporte de crónicos. Auditoría de cierre: Adjuntan actas de septiembre acta 171 articulación datos ERC, de noviembre acta para lineamientos y normas operativas para creación de plantillas cohorte Cáncer criterio 8 Gaudí, acta 179 reglas datos cohorte ERC para auditoría Gaudí, acta 182 definir reglas para generación programa Hemofilia auditorías Gaudí. Adjunta indicador de acción de mejora calculado con resultado 2.

-CRITERIO 10: Acción 1. Anexan actas de reuniones con los Prestadores, Liga Contra el Cáncer, Idime Mayorca y Clínica Comfamiliar, donde muestran los resultados de la intervención del cliente oculto. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen dos actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024. Con Clínica Comfamiliar anexaron un acta que evalúa prestación de servicios intrahospitalario.
En auditoría de cierre anexan acta de Comfamiliar Risaralda del 20/12/2024 en la cual se evidencia seguimiento y evaluación a la accesibilidad y a la oportunidad de las citas médicas especializadas y se observa una oportunidad menor a 30 días, igualmente se evidencia un acta con fechas del 26/11/2024 y 02/12/2024 en la cual se incluye el seguimiento a IDIME Mayorca (Pereira) en la cual se hace evaluación a los indicadores de oportunidad y accesibilidad la EPS solicita al prestador garantizar la apertura de agendas, especialmente las que reportan no disponibles al momento del seguimiento, adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio, agosto y octubre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3) cumplimiento 100% y adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoría de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020.

Acción 2. Anexan actas de reuniones con los Prestadores, Liga Contra el Cáncer, Idime y Clínica Comfamiliar, donde muestran seguimiento a los hallazgos del cliente oculto. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen tres actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024.
Para el cierre anexan actas de reuniones con los Prestadores, Idime Mayorca (Pereira) de fecha 26/11/2024 - 02/12/2024 y Clínica Comfamiliar de fecha 20/12/2024 en las cuales se observa que se informa a las IPS la necesidad de establecer acciones de mejora frente a las especialidades que presentan desviación, adjuntan plan de mejora por desviaciones con el prestador IDIME, Clínica Comfamiliar y Liga Contra el Cáncer. Adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio,

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

agosto y octubre del año 2024. Adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoría de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020.Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3/) cumplimiento 100%

Acción 3. Anexan actas de reuniones con los PSS, Liga Contra el Cáncer, Idime y Clínica Comfamiliar, donde muestran los planes de mejora relacionados con la accesibilidad de las consultas médicas de los especialistas. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen tres actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024. No se observa indicador de acción de mejora silenciado para soportar avance en el cumplimiento.
Para el cierre anexan actas de reuniones con los Prestadores, Idime Mayorca (Pereira) de fecha 26/11/2024 - 02/12/2024 y Clínica Comfamiliar de fecha 20/12/2024 en las cuales se observa que uno de los objetivos de la reunión es Realizar seguimiento a planes de mejora establecidos por el prestador para dar cumplimiento a la meta de indicadores de accesibilidad y oportunidad. Determinar la efectividad de los planes de Mejoramiento implementados. Adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio, agosto y octubre del año 2024 y adjuntan plan de mejora por desviaciones con el prestador IDIME, Clínica Comfamiliar y Liga Contra el Cáncer con seguimiento actividades. Adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoría de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3/) cumplimiento 100%

-CRITERIO 11. Acción1.Anexan actas de reuniones con los prestadores de mediana y alta complejidad de Pereira, como son Clínica Comfamiliar, Clínica San Rafael y Liga Contra el Cáncer, con listado de asistencia.
Auditoría cierre: Adjunta cronograma con red alterna de actividades con prestadores con prioridad alta. Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 2. Se evidencian actas con los Prestadores Clínica San Rafael, Clínica Comfamiliar y Liga contra el Cáncer, donde se plantean acciones para mejorar el desarrollo del proceso de referencia y la evaluación de las desviaciones
Para el cierre: anexan 3 actas de seguimiento a gestión de prestadores en donde desarrollan el tema de referencia y contrareferencia en el mes octubre con los prestadores Clínica Comfamiliar, Clínica Sociomedicos , Liga Contra el Cáncer con listado de asistencia y aportan presentación en Power Point de las reuniones, adjuntan acta de fecha 15/01/2025 con el prestador Hospital San Jorge donde se indican procesos claves de referencia y contrarreferencia frente al modelo de atención y la necesidad de ajuste de algunos procesos y se realiza presentación de HIGEA a la IPS la herramienta tecnológica Referencia EPS SANITAS entre otros. Adjuntan indicador de acción de mejora. Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

Acción 3. Anexan presentaciones del comportamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia con grafica del año 2024 y del mes de septiembre de 2024, discriminado por PSS. Se incluye al Hospital San Jorge, pero no evidencia la socialización con esta entidad. Anexan cronograma de actividades de socialización del mes de octubre, el cual se cumple de acuerdo a los soportes anexos. Presentan indicador de acción de mejora diligenciado para medir avance
Para el cierre anexan Documento de remisiones enero-noviembre donde se evidencia el % 10,25de efectivas menores a 12h y 89,74% mayores a 12h y adjunta 3 actas en el mes de octubre de seguimiento a prestadores Clínica Comfamiliar, Liga Contra el Cáncer y Sociomedicos con desarrollo de tema de referencia y contrareferencia con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento y adjunta acta de fecha 15/01/2025 con el prestador Hospital San Jorge donde se indican procesos claves de referencia y contrarreferencia frente al modelo de atención y la necesidad de ajuste de

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

algunos procesos .Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.

-CRITERIO 14. Acción 1. Anexan documentos de ajuste al proceso de PQRS, como son el REPORTE NOVEDADES y PROCEDIMIENTO DE CALIDAD PROCESO PQR con fecha del 01/07/2024. Evidencian correo de retroalimentación de respuesta a PQR con respuesta de fondo, que se corrige. Auditoría cierre: la acción de mejora fue cerrada en auditoría de seguimiento. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%

Acción 2. Registran actividades de capacitaciones de los meses de junio, julio y septiembre. En el mes de junio, 07/06/2024, Acta de reunión donde socializan los indicadores de PQRS, desde el mes de enero hasta mayo, y se establecen mejoras en el proceso. Anexan dos presentaciones sobre Proyecto de transporte y Hogares de paso. En Julio Acta de gerencia del '5/07/2024, con análisis de indicadores de PQRS desde enero a junio. Acta de capacitación sobre PQRS del 18/07/2024, con listado de asistencia. Septiembre el 24/08/2024, socializan Ruta Oncológica, con ruta preferencial y nuevo modelo de contratación con listado de asistencia. del 26/09/2024, hay capacitación de Ruta Oncológica, haciendo referencia al mejoramiento en 5% de respuestas efectivas a PQRS. Para el cierre: Adjuntan documento con capacitaciones realizadas en la gestión de PQRS regional Medellín en donde se incluye de Risaralda de enero y febrero del año 2025, ya que la entidad refiere que el ciclo de capacitaciones cerrado en septiembre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%

Acción 3. Anexan plan de mejoramiento de la Clínica Comfamiliar con fecha de05/06/2024. Anexan actas de seguimiento de la Clínica Comfamiliar de fechas, 27/05/2024, 5, 13, 17 y 27 de junio de 2024, 23/07/2024, 16 y 30 de agosto de 2024 y 13 de septiembre de 2024. Reuniones virtuales con foto pantalla de los asistentes. En soporte de reunión nacional del 27/05/2024, se plantea seguimiento de acuerdo a un Pareto por PSS con mayor volumen de PQRS. Para Risaralda priorizan la Clínica Comfamiliar por ser la IPS con contrato de PGP de la población de Pereira.
Para el cierre se evidencian actas de seguimiento de fechas 11/10/2024, 15/11/2024 y 13/12/2024 con el prestador Comfamiliar en las cuales se observa el seguimiento a los volúmenes y tendencia de la radicación de PQRS del Prestador y revisión de compromisos entre otros. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (903/383) cumplimiento 42%. Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.

-CRITERIO 15. Acción 1. Adjunta guía de implementación de auditoria GAUDI del 30 abril del 2024, y adjuntan acta de socialización del guía de implementación del 18 de octubre y cronograma.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.

Acción 2. Adjuntan acta del 18 octubre con diagnostico situacional de las tutelas vigencia año 2023.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado. Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.

Acción 3. Adjuntan acta del 18 octubre con diagnostico situacional de las tutelas vigencia año 2023 y divulgación de diagnóstico situacional en regional Risaralda, anexan listado de asistencia, aportan indicador de acción de mejora diligenciado para verificaciones avance.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.

Acción 4.Adjuntan plan de mejora establecido con la IPS con desviación la Clínica Comfamiliar, anexan presentación de estrategia PCR y correo del 10 de julio de socialización de la estrategia el 24 abril 2024 y correo con del 10 de julio con cronograma de seguimiento anexan actas de seguimiento de los meses mayo a octubre un total 6 actas y se evidencia dentro del plan de mejora el seguimiento del avance en la IPS con desviación Clínica Comfamiliar, anexan acta de comité con el proveedor cruz verde del 9 octubre y presentación de diagnóstico en medicamentos, adjuntan

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

cronograma de auditorías en archivo Excel e indicador de acción de mejora diligenciado evidenciando cumplimiento del cronograma indicando cierre. Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (4/4) cumplimiento 100%.

-CRITERIO 17. Acción 1: Adjunta presentación en PDF de indicadores priorizados para los comités mensuales RIAS del municipio de Pereira, la acción se realiza anual.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.

Acción 2. Adjunta archivo Excel con las fichas de indicadores RIAS actualizados y anexan correo del 29 de mayo con la socialización interna de dichos indicadores, la acción se realiza anual.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.

Acción 3. Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación RIAS con prestadores y listas de asistencia hasta el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías. No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para evidenciar avance en cumplimiento.
Auditoría cierre: adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.

Acción 4. Adjuntan actas 5 de comités mensuales implementación RIAS con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto octubre con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento Adjuntan cronograma de auditorías. No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para medición de avance en cumplimiento.
Auditoría cierre: adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.

Acción 5. Adjunta soporte de cargue a la plataforma SIGERES de agosto a septiembre, no se observan acciones de seguimiento ni evolución, no aportan soportes
Para el cierre la EPS adjunta documento de % de IPS Priorizadas con cargue efectivo de Resolución 202 e informe de reporte por IPS. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (2/2) cumplimiento 100%.

Acción 6. Adjuntan tablero de indicadores con fecha de corte del 20 noviembre del 2024 indicador 6.1 55% calificación no aceptable ,6.2 88% calificación deficiente, 6.3 65% calificación 65%, indicador global de aplicación de flúor 20% no aceptable y mamografías indicador 70% muy deficiente. Adjunta acta del 24 de enero y del 24 de mayo de retroalimentación al prestador IDIME de Rutas RIAS.
Para el cierre: adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento. La entidad refiere que para el año 2025 van a iniciar auditoria de adherencia a ruta RIAS se encuentran fase de planeación. Indicador 6.1: % atención en menores de 6 años (1618/1087) cumplimiento 67% 6.2: % PAI menores 6 años (1766/1680) cumplimiento 95% 6.3: % consulta menores 6 y 12 años (22831/909) cumplimiento 39,8% 6.4: % menores aplicación barniz de flúor 6 y 12 años (6785/339) cumplimiento 5% 6.5: % mamografías 50 a 69 años (5304/2594) cumplimiento 49%. Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto los resultados"

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

-CRITERIO 18. Acción 1.Adjunta presentación en PDF de indicadores priorizados para los comités mensuales RIAMP del municipio de Pereira I acción se realiza anual.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.

Acción 2. Adjunta archivo Excel con las fichas de indicadores RIAMP actualizados y anexan correo del 29 de mayo con la socialización interna de dichos indicadores, la acción se realiza anual.
Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.

Acción 3. Adjuntan 5 Actas de comité de articulación RIAMP de agosto a octubre y presentaciones en PDF de informes del comité, y Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías.
Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.

Acción 4. Adjuntan 5 Actas de comité de articulación RIAMP de agosto a octubre y presentaciones en PDF de informes del comité, y Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías. No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para evidenciar avance en cumplimiento. Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores y capacitaciones al prestador, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.

Acción 5. Adjunta soporte de cargue a la plataforma SIGIRES de agosto a septiembre. no se observan acciones de seguimiento ni evolución, no aportan soportes.
Para el cierre la EPS adjunta documento de % de IPS Priorizadas con cargue efectivo de Resolución 202 e informe de reporte por IPS. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (2/2) cumplimiento 100%.

Acción 6. Adjunta tablero de indicadores con fecha de cohorte del 20 noviembre % gestantes captación temprana 77,38%, % gestantes con formulación y entrega micronutrientes 47,4%, Adjunta acta del del 24 de mayo de retroalimentación al prestador IDIME de Rutas RIAMP. No adjunta indicadores de recién nacido.
Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores y capacitaciones al prestador, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. La entidad refiere que para el año 2025 van a iniciar auditoria de adherencia a ruta RIAMP se encuentran fase de planeación. Adjunta indicador 6.1: # de gestantes con entrega de micronutrientes (164/84) con cumplimiento 50%, los indicadores 6.2: # recién nacidos con control y el indicador 6.3: # días hábiles para consulta de recién nacido, no fueron aportados. Por lo que se recomienda a la entidad reforzar acciones de mejora para lograr un mayor impacto en los resultados "

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 relación a la acción de mejora de Participar en los comités regionales que involucre a la Red Prestadora, para respectiva intervención frente a las desviaciones se realiza ajuste en redacción de

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

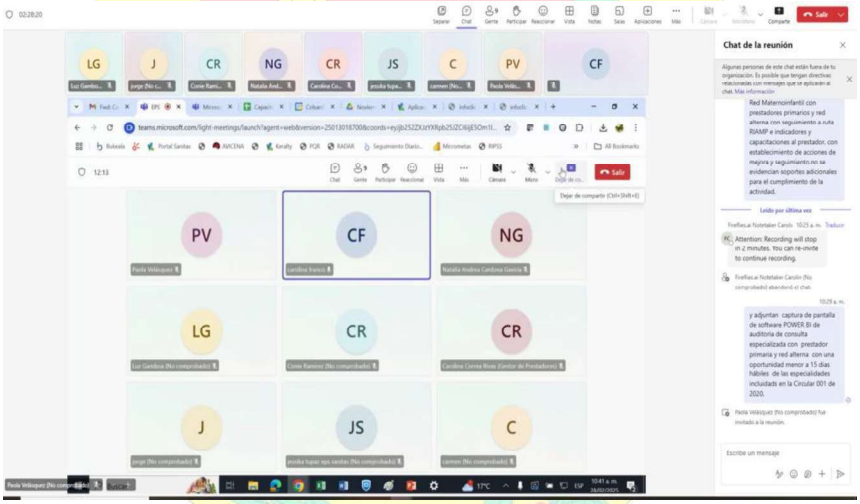
la actividad de mutuo acuerdo a: Participar en los comités que involucre a la Red Prestadora, para respectiva intervención frente a las desviaciones.
Durante la auditoria de cierre en algunas acciones de mejora se observó un cumplimiento en el indicador de acción de mejora por debajo de la meta propuesta, por lo que se recomiendo a la entidad reforzar las acciones de mejora para obtener un mayor impacto en los próximos resultados, a la cual la entidad refirió continuar con el proceso de mejoramiento. (las acciones fueron resaltadas en negrilla durante la presente acta- punto 3 y en el formato plan de mejora)

Se evidencio cumplimiento por parte de la EAPB en las acciones de mejora planteadas con cumplimiento del 100 % de las 28 acciones.

Se anexa formato en PDF de plan de mejora diligenciado y firmado por ambas partes, se anexa captura pantalla de asistencia virtual por Teems.

Siendo las 12:30 p.m, se da por terminada la reunión sin otras observaciones.

Asistencia:



Firmas participantes.

Jorge Alzate Alzate
Director EAPB Sanitas

Carolina Franco Arana
Md Auditor Secretaria de Salud Municipal

Natalia Andrea Cardona Gaviria
Coordinación Entes Territoriales Reg. Medellín
EAPB Sanitas

Carolina Correa Rivas
Gestora de Prestadores de Red
EAPB Sanitas

Luz Dayely Gamboa Bravo
Profesional de información de
Entes Territoriales Regional
EAPB Sanitas

Jessica Tupáz Gamboa
Asesor Médico Atención primaria en salud
EAPB Sanitas

Fecha: 28/02/2025	Acta No: 8	Hora Inicio: 8:30 am	Hora Fin: 12:30 pm

Tema: Auditoría de Inspección y Vigilancia de la Secretaria de Salud Municipal de Pereira, conforme a la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias del seguimiento a los planes de mejoramiento del informe final de la auditoria e informe final GAUDI # 21083 registrada en la plataforma web Gaudí (Criterios 8 a 19) vigencia año 2023 EAPB SANITAS RC

Carmen Elena Caicedo
Profesional de servicios médicos
EAPB Sanitas

Sandra Paola Velazquez
Directora de oficina
EAPB Sanitas

María Constanza Ramírez Arenas
Profesional de apoyo
Secretaria de Salud Municipal

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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S	**Forma por la cual se detectó el o los hallazgos**	Auditoría GAUDI
NIT de la entidad	800251440	**Fecha de suscripción del plan de mejoramiento**	30/09/2024
Digito de verificación - DV	6	**NURC de suscripción del plan de mejoramiento**	No aplica
Nombre del representante legal	Interventor delegado de la Superintendencia de Salud: DUVER DICSON VARGAS ROJAS	**Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento**	Secretaria de Salud y Protección Social de Pereira
Identificación del representante legal	C.C. 1.026.252.683	**Fecha de evaluación del plan de mejoramiento**	22/11/2024
Dirección de la entidad	AUTOPISTA NORTE # 109 20	**Auto de auditoría (si aplica)**	No aplica
Teléfonos	6016460060	**Fecha de vigencia del plan de mejoramiento**	31/12/2024
Correo electrónico	notificaudicales@keralty.com;		

% Avance	Estado de la Acción	Estado del Hallazgo	Estado del Avance
0%	VENCIDO	VENCIDO	La actividad se encuentra sin ninguna acción implementada
1% 99%	EN EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN	La actividad cuenta con evidencias de implementación
50% 99%	CERRADO OPORTUNO	CERRADO OPORTUNO	La actividad cuenta con evidencias de implementación y seguimiento
70% 99%	CERRADO INOPORTUNO	CERRADO INOPORTUNO	La actividad se encuentra totalmente cumplida
100%	NO	NO	

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO								EVALUACION ENTE TERRITORIAL		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
COMPONENTE (estándar)	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**¿QUÉ?**	**¿CÓMO?**	**¿CUMPLIMIENTO?**		**¿QUIÉN?**	**¿CUÁNDO?**		**CONSIDERACIONES ENTE TERRITORIAL**	**ACCIÓN DE MEJORA APROBADA ($)**	**Soportes o Evidencias de Avance**	**Estado del Avance**	**Estado de la Acción**	**Fecha de Evaluación / Cierre**	**Oportunidad de Ejecución**	**%Avance**	**Estado del Hallazgo**	**Observaciones**
		Acciones de mejoramiento	**Descripción de la Acción de Mejora**	**Indicadores de la Acción de Mejora**	**Meta de la Acción**	**Nombre / Cargo**	**Fecha de Inicio**	**Fecha de Terminación**										
Auditoría	CRITERIO 8 :La EPS no garantizó la atención con oportunidad, acceso y continuidad. Prestación efectiva: Historia clínica de la entidad Art Médica del día 19/05/2023 por médico general del programa, no se evidencia cita con especialista en Reumatología, no cumple ya que el criterio evalúa oportunidad de atención por especialidades médicas en este caso subespecialista, No se observa cumplimiento.	optimizar las fuentes de información y las reglas de negocio para la construcción de las plantillas GAUDI determinando un único repositorio para su consulta	1.Concertar con líderes de proceso para avanzar con la definición de reglas de negocio	Repositorio de información actualizado (instructivo y plantillas)	2	Dirección Entes Territoriales EPS Sanitas / Ana Luz Gómez	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	1. **Auditoría seguimiento:** Anexan como soporte documento de Instructivo de Generación de la información, documento en versión 2 de fecha 30 de septiembre de 2024. Anexan copia de correo donde se socializa el instructivo del Google Site, con las diferentes dependencias de la EAPB. Auditoría cierre: Adjuntan actas de septiembre acta 171 articulación datos ERC, de noviembre acta para lineamientos y normas operativas para creación de plantillas cohorte Cáncer criterio 8 Gaudi , acta 179 reglas datos cohorte ERC para auditoría Gaudi, acta 182 definir reglas para generación programa Hemofilia auditorias Gaudi. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado con resultado 2.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Crear de Instructivo reglas del negocio para la generación de las plantillas de las auditorias GAUDI				01/06/2024	30/12/2024	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	2. **Auditoría seguimiento:**Anexan documento de socialización de documento de Transformación de datos públicos, y socializan el link de acceso. Auditoría cierre : Adjunta instructivo del 30/09/2024 para generación de la información para las auditorias (Gaudi). Adjunta indicador de acción de mejora calculado con resultado 2 .	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3.Actualizar la información para auditoría GAUDI Google Site datos Públicos como repositorio único de información				01/06/2024	30/12/2024	Garantizar oportunidad en citas especializadas en usuarios con enfermedades de alto costo	SI	3.**Auditoría seguimiento:**Se evidencian actas de reuniones donde se hace seguimiento y socialización de las diferentes plantillas para tener la información pertinente de los criterios 8 y 12 de la Auditoría Gaudí. Tienen plantillas socializadas para las cohortes de Hemofilia, VIH, ERC, Artritis Reumatoidea. No se evidencia para cáncer. Para el mes de Junio 2024, se tienen las actas 144 de 19/06/2024 y Acta 145 del 26/07/2024, de la cohorte de Hemofilia. Del mes de Julio, Acta 143 de 03/07/2024, de VIH, Acta 146 de 03/07/2024 de Artritis Reumática y Hemofilia. Acta 149 de 19/07/2024 de VIH. Acta 152 de 26/07/2024 de ERC, Acta 152 de 23/07/2024 de Hemofilia. Acta 156 de 31/07/2024 de VIH- EN el mes de agosto Acta 157 del 09/08/2024 socializa la plantilla de ERC, Acta 160 de 09/08/2024 reporte de crónicos. Auditoría de cierre: Adjuntan actas de septiembre acta 171 articulación datos ERC, de noviembre acta para lineamientos y normas operativas para creación de plantillas cohorte Cáncer criterio 8 Gaudi , acta 179 reglas datos cohorte ERC para auditoría Gaudi, acta 182 definir reglas para generación programa Hemofilia auditorias Gaudi. Adjunta indicador de acción de mejora calculado con resultado 2 .	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
Auditoría	CRITERIO 10:La EPS NO tiene agendas abiertas todos los días hábiles y/o NO informa al usuario la fecha de asignación de cita. Se procede a identificar un usuario de la base de datos, identificando la cedula del señor Juan Carlos García C.C N° 10.001.515, se realiza la llamada a la IPS Comfamiliar al número de 606-606-3135700 a las 2:41pm contesta llamada la funcionaria Olga Lucia Villa e informa que no hay agenda; duración de la llamada 7 minuto y 16 segundos.	Fortalecer el cumplimiento de asignación de citas de medicina especializada para la totalidad de los días hábiles del año, en la red de atención del municipio de Pereira mediante seguimiento a indicadores y cliente oculto incognito.	1. Aplicar acciones de seguimiento permanentes en acceso para medicina especializada, por medio del cliente incognito y monitorización a tableros de indicadores internos de la EAPB a las IPS contratadas en el municipio de Pereira.	Porcentaje de IPS contratadas municipio de Pereira con desviación en acceso a medicina especializada que cuentan con implementación de acciones de mejora. Número de IPS contratadas con desviación en acceso en medicina especializada con implementación de acciones de mejora / Total de IPS contratadas con desviación en acceso en medicina especializada	80%	Dr. Jessika Tupaz -medica asesora de atención primaria / Jorge Álzate - Director de aseguramiento	01/08/2024	30/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	1.Anexan actas de reuniones con los Prestadores, Liga Contra el Cáncer, Idime Mayorca y Clínica Comfamiliar, donde muestran los resultados de la intervención del cliente oculto. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen dos actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024. Con Clínica Comfamiliar anexaron un acta que evalúa prestación de servicios intrahospitalario. En auditoría de cierre anexan acta de Comfamiliar Risaralda del 20/12/2024 en la cual se evidencia seguimiento y evaluación a la accesibilidad y a la oportunidad de las citas médicas especializadas y se observa una oportunidad menor a 30 días, igualmente se evidencia un acta con fechas del 26/11/2024 y 02/12/2024 en la cual se incluye el seguimiento a IDIME Mayorca (Pereira) en la cual se hace evaluación a los indicadores de oportunidad y accesibilidad la EPS solicita al prestador garantizar la apertura de agendas, especialmente las que reportan no disponibles al momento del seguimiento, adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio, agosto y octubre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3) cumplimiento 100% y adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoria de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Notificar oficialmente en los comités los resultados de los seguimientos que permita la generación de actividades que optimicen el acceso para medicina especializada en las IPS contratadas del municipio de Pereira.				01/08/2024	30/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	2.Anexan actas de reuniones con los Prestadores, Liga Contra el Cáncer, Idime y Clínica Comfamiliar, donde muestran seguimiento a los hallazgos del cliente oculto. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen tres actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024. Para el cierre anexan actas de reuniones con los Prestadores, Idime Mayorca (Pereira) de fecha 26/11/2024 - 02/12/2024 y Clínica Comfamiliar de fecha 20/12/2024 en las cuales se observa que se informa a las IPS la necesidad de establecer acciones de mejora frente a las especialidades que presentan desviación, adjuntan plan de mejora por desviaciones con el prestador IDIME, Clínica Comfamiliar y Liga Contra el Cáncer . Adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio, agosto y octubre del año 2024 .Adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoria de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020.Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Seguimiento a las acciones de mejora a las IPS contratadas del municipio de Pereira con desviación en acceso para medicina especializada.				01/08/2024	30/12/2024	Garantizar la Oportunidad en agendas abiertas	SI	3.Anexan actas de reuniones con los PSS, Liga Contra el Cáncer, Idime y Clínica Comfamiliar, donde muestran los planes de mejora relacionados con la accesibilidad de las consultas médicas de los especialistas. Con la Liga Contra. el Cáncer se tienen tres actas de fechas 06/06/2024, 09/08/2024 y 04/10/2024- Con el PSS IDIME Mayorca se evidencias 4 actas con referencia al cliente oculto, con fechas de 19/04/2024, 17/05/2024, 23/08/2024 y 27/09/2024. No se observa indicador de acción de mejora silenciado para soportar avance en el cumplimiento. Para el cierre anexan actas de reuniones con los Prestadores, Idime Mayorca (Pereira) de fecha 26/11/2024 - 02/12/2024 y Clínica Comfamiliar de fecha 20/12/2024 en las cuales se observa que uno de los objetivos de la reunión es Realizar seguimiento a planes de mejora establecidos por el prestador para dar cumplimiento a la meta de indicadores de accesibilidad y oportunidad. Determinar la efectividad de los planes de Mejoramiento implementados. Adjuntan 3 acta con el prestador Liga Contra el Cáncer de seguimiento a gestión del prestador en oportunidad y accesibilidad de citas especializadas de junio, agosto y octubre del año 2024 y adjuntan plan de mejora por desviaciones con el prestador IDIME, Clínica Comfamiliar y Liga Contra el Cáncer con seguimiento actividades. Adjuntan captura de pantalla de software POWER BI de auditoria de consulta especializada con prestador primaria y red alterna con una oportunidad menor a 15 días hábiles de las especialidades incluidas en la Circular 001 de 2020Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (3/3) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			1. Priorizar la red que se va a intervenir en las regionales				01/06/2024	31/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	1.Anexan actas de reuniones con los prestadores de mediana y alta complejidad de Pereira, como son Clínica Comfamiliar, Clínica San Rafael y Liga Contra el Cáncer, con listado de asistencia. Auditoría cierre: Adjunta cronograma con red alterna de actividades con prestadores con prioridad alta. Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, **por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

Auditoria	CRITERIO 11:La EPS no realizó las remisiones de los pacientes, catalogados como urgentes dentro de las 12 horas siguientes a la primera solicitud. CC42081157 Se revisa historia clínica de entidad ESE Hospital San Vicente de Paúl del 26/01/2023 con remisión a las 09:50:30pm (hora militar 19:50:30) con Dx Angina Inestable e Historia Clínica de entidad receptora Clínica los Comfamiliar Risaralda del 27/01/2023 con hora de recepción del 20:08:00. Tiempo de remisión de 24 horas, no se observa cumplimiento de las 12 horas referidas en la Guía de auditoría Gaudi (Circular 001 de 2020 y modificaciones)	Fortalecer el seguimiento a la red prestadora mediante comités regionales y monitoreo continuo, que permita establecer tiempos de remisión más oportunos.	2. Participar en los comités que involucre a la Red Prestadora, para respectiva intervención frente a las desviaciones.	% de trámites de referencia con prioridad alta, gestionados oportunamente 1.Numero de trámites gestionados de referencia de prioridad alta nacional en tiempos Normativos / Total de trámites referencia de prioridad alta* 100	1. 80%	Director nacional Referencia /directores de aseguramiento regional / subgerentes médicos regionales	01/06/2024	31/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	2.Se evidencian actas con los Prestadores Clínica San Rafael, Clínica Comfamiliar y Liga contra el Cáncer, donde se plantean acciones para mejorar el desarrollo del proceso de referencia y la evaluación de las desviaciones Para el cierre: anexan 3 actas de seguimiento a gestión de prestadores en donde desarrollan el tema de referencia y contrareferencia en el mes octubre con los prestadores Clínica Comfamiliar, Clínica Sociomedico , Liga Contra el Cáncer con listado de asistencia y aportan presentación en Power Point de las reuniones, adjuntan acta de fecha 15/01/2025 con el prestador Hospital San Jorge donde se indican procesos claves de referencia y contrarreferencia frente al modelo de atención y la necesidad de ajuste de algunos procesos y se realiza presentación de HIGEA a la IPS la herramienta tecnológica Referencia EPS SANITAS entre otros. Adjuntan indicador de acción de mejora .Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Monitoreo de comportamiento de indicador de forma (periódica - mensual)				01/06/2024	30/12/2024	Garantizar oportunidad en las remisiones clasificadas como urgentes	SI	3.Anexan presentaciones del comportamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia con grafica del año 2024 y del mes de septiembre de 2024, discriminado por PSS. Se incluye al Hospital San Jorge, pero no evidencia la socialización con esta entidad. Anexan cronograma de actividades de socialización del mes de octubre, el cual se cumple de acuerdo a los soportes anexos. Presentan indicador de acción de mejora diligenciado para medir avance Para el cierre anexan Documento de remisiones enero-noviembre donde se evidencia el % 10.25de efectivas menores a 12h y 89,74% mayores a 12h y adjunta 3 actas en el mes de octubre de seguimiento a prestadores Clínica Comfamiliar, Liga Contra el Cáncer y Sociomedicos con desarrollo de tema de referencia y contrareferencia con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento y adjunta acta de fecha 15/01/2025 con el prestador Hospital San Jorge donde se indican procesos claves de referencia y contrarreferencia frente al modelo de atención y la necesidad de ajuste de algunos procesos Adjunta indicador de acción de mejora calculado (39/4) con resultado de 10,25% el cual se observa por debajo de la meta propuesta, **por lo que se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto.**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
Auditoria	CRITERIO 14: La EPS No resuelve oportunamente y de fondo las PQRS de sus afiliados . CC 42130269 Al revisar estos procedimientos en la Resolución 2775 de 2022 (27 diciembre) se observan incluido dentro del Plan de Beneficios con los siguientes códigos Cups 1. Radiografías intraorales periapicales molares Cups 870455, 2. Restauración de muñones Cups 234202 3. Restauración de diente mediante incrustación metálica Cups 233101 o Colocación o aplicación de corona cups 234105. La EAPB da respuesta oportuna pero no de fondo, se revisa caso con soporte de derecho de petición del 17/04/2023 en donde solicita reembolso por procedimientos realizados de forma particular, no se evidencia solitud previa de los procedimientos ante la EAPB, por lo que no sigue el sigue conducto regular, sin embargo la respuesta de la EAPB al usuario no le brinda una solución de fondo de acuerdo al caso, ya que solo se refieren a que no se encuentran dentro Plan de Beneficios, y no le explica el conducto regular y la causa principal de negación del servicio.	Fortalecer la gestión de calidad y respuesta de PQRS mediante actualización, capacitación y seguimiento continuo	1. Ajustar la metodología de calidad para la gestión y respuesta a PQR para optimizar la oportunidad y resolutividad de las mismas en concordancia con la normatividad vigente.	Documento metodología de calidad para gestión y respuesta a PQR ajustada	100%	Johana Caicedo /Harold Ospina	01/06/2024	30/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	1.Anexan documentos de ajuste al proceso de PQRS, como son el REPORTE NOVEDADES y PROCEDIMIENTO DE CALIDAD PROCESO PQR con fecha del 01/07/2024. Evidencian correo de retroalimentación de respuesta a PQR con respuesta de fondo, que se corrige. Auditoria cierre: la acción de mejora fue cerrada en auditoria de seguimiento. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Realizar la Capacitación de la metodología de calidad al talento humano para la gestión y respuesta de las PQR	% de capacitaciones de metodología al talento humano: Numero de capacitaciones realizadas/ Numero de capacitaciones programadas en la metodología *100	100%		01/06/2024	30/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	2.Registran actividades de capacitaciones de los meses de Junio, Julio y Septiembre. En el mes de Junio, 07/06/2024, Acta de reunión donde socializan los indicadores de PQRS, desde el mes de enero hasta mayo, y se establecen mejoras en el proceso. Anexan dos presentaciones sobre Proyecto de transporte y Hogares de paso. En Julio Acta de gerencia del 15/07/2024, con análisis de indicadores de PQRS desde enero a junio. Acta de capacitación sobre PQRS del 18/07/2024, con listado de asistencia. Septiembre el 24/08/2024, socializan Ruta Oncológica, con ruta preferencial y nuevo modelo de contratación con listado de asistencia. del 26/09/2024, hay capacitación de Ruta Oncológica, haciendo referencia al mejoramiento en 5% de respuestas efectivas a PQRS.**Para el cierre:** Adjuntan documento con capacitaciones realizadas en la gestión de PQRS regional Medellín en donde se incluye de Risaralda de enero y febrero del año 2025 , ya que la entidad refiere que el ciclo de capacitaciones cerrado en septiembre del año 2024. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	07/01/2025	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	La actividad fue realizada el enero y febrero del año 2025 extemporanea a la fecha de cierre del 30/12/2024 establecida.
			3. Realizar seguimiento a la adherencia de los lineamientos y retroalimentar los resultados del seguimiento al talento humano involucrado para los respectivos ajustes.	% cumplimiento de seguimiento del modelo de calidad a respuesta de PQR # de seguimientos ejecutados / numero de seguimientos programados	60%		01/06/2024	30/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI	3.Anexan plan de mejoramiento de la Clínica Comfamiliar con fecha de05/06/2024. Anexan actas de seguimiento de la Clínica Comfamiliar de fechas, 27/05/2024, 5, 13, 17 y 27 de junio de 2024, 23/07/2024, 16 y 30 de agosto de 2024 y 13 de septiembre de 2024. Reuniones virtuales con foto pantalla de los asistentes. En soporte de reunión nacional del 27/05/2024, se plantea seguimiento de acuerdo a un Pareto por PSS con mayor volumen de PQRS. Para Risaralda priorizan la Clínica Comfamiliar por ser la IPS con contrato de PGP de la población de Pereira. Para el cierre se evidencian actas de seguimiento de fechas 11/10/2024, 15/11/2024 y 13/12/2024 con el prestador Comfamiliar en las cuales se observa el seguimiento a los volúmenes y tendencia de la radicación de PQRS del Prestador y revisión de compromisos entre otros. Adjuntan indicador de acción de mejora calculado (903/383) cumplimiento 42%. **Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para lograr un mayor impacto en el resultado.**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto los resultados
				Oportunidad :% de PQRS con respuesta oportuna : Numero de PQRS resueltas en el tiempo estándar y de fondo/ Numero total de PQRS interpuestas*100	Aumento del 10%	Jorge álzate / Dirección de aseguramiento	01/06/2024	30/12/2024	Resolución oportuna y de fondo de las PQRS	SI								
Auditoria	CRITERIO 15: La EPS tiene fallos por tutela de tecnologías en salud del Plan de Beneficios. La EAPB ha cumplió con el fallo de tutela, sin embargo, conforme a directrices de evaluación de este criterio por la SUPERSALUD, se indica no cumplimiento; ya que es una tutela por tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios y vulnera el derecho fundamental a la salud del usuario-Constitución política de Colombia 1991,art 49.	Fortalecer la gestión de la prestación efectiva de los servicios con ordenamiento judicial por tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), proporcionando un diagnóstico situacional a los líderes de las diferentes regionales. Esto les permitirá comprender el panorama actual y las causas detrás de los ordenamientos judiciales para dichos servicios.	1. Elaboración de guía de implementación de la auditoría Gaudí.	% Porcentaje de diagnósticos situacionales divulgados en las Regionales Número de diagnósticos situacionales divulgados / número total de regionales * 100	100%	Carlos Fernando Cortes / Director autorizaciones NO PBS	27/06/2024	30/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	1.Adjunta guía de implementación de auditoria GAUDI del 30 abril del 2024, y adjuntan acta de socialización del guía de implementación del 18 de octubre y cronograma. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Realizar el diagnóstico situacional de cada Regional.		100%		27/06/2024	30/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	2.Adjuntan acta del 18 octubre con diagnostico situacional de las tutelas vigencia año 2023. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado . Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Divulgación del diagnóstico situacional a los líderes de los entes territoriales en cada una de las Regionales.		80%		27/06/2024	30/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	3.Adjuntan acta del 18 octubre con diagnostico situacional de las tutelas vigencia año 2023 y divulgación de diagnostico situacional en regional Risaralda , anexan listado de asistencia , aportan indicador de acción de mejora diligenciado para verificaciones avance. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (1/1) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			4. Realizar seguimiento con implementación de planes de mejora en el cumplimiento de la prestación de servicios y gestión de tutelas	Numero de seguimiento realizadas / Numero de auditorias de seguimiento programadas*100	100%	Jorge álzate / Dirección de aseguramiento	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar el derecho a la salud de los usuarios con la oportunidad y accesibilidad a Tecnologías del PBS	SI	4.Adjuntan plan de mejora establecido con la IPS con desviación la Clínica Comfamiliar, anexan presentación de estrategia PCR y correo del 10 de julio de socialización de la estrategia el 24 abril 2024 y correo con del 10 de julio con cronograma de seguimiento anexan actas de seguimiento de los meses mayo a octubre un total 6 actas y se evidencia dentro del plan de mejora el seguimiento del avance en la IPS con desviación Clínica Comfamiliar, anexan acta de comité con el proveedor cruz verde del 9 octubre y presentación de diagnostico en medicamentos, adjuntan cronograma de auditorias en archivo Excel e indicador de acción de mejora diligenciado evidenciando cumplimiento del cronograma indicando cierre. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (4/4) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			1. Priorizar Indicadores para seguimiento de la implementación de las Rutas de Promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) en los comités mensuales de RIAS con los prestadores del municipio de Pereira.	% capacitaciones a la red de prestadores de servicios Numero de capitaciones realizadas a la red prestadora de servicios/ Numero total de capacitaciones de la red prestadora de servicios *100	100%	Directora de Atención Primaria / Analhi Palomino Garcia	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	1.Adjunta presentación en PDF de indicadores priorizados para los comités mensuales RIAS del municipio de Pereira, la acción se realiza anual. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Revisar y actualizar los indicadores las fichas técnicas que le apuntan al cumplimiento de los criterios 17 de auditoria GAUDI de los indicadores de las RPMS				01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	2.Adjunta archivo Excel con las fichas de indicadores RIAS actualizados y anexan correo del 29 de mayo con la socialización interna de dichos indicadores, la acción se realiza anual. Auditoria cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Socializar y sensibilizar a los equipos regionales responsables de gestión de estas rutas priorizadas de los indicadores, y fichas técnicas.				01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	3.Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación RIAS con prestadores y listas de asistencia hasta el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorias. No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para evidenciar avance en cumplimiento. **Auditoria cierre:** adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

Auditoria	CRITERIO 17.La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su población afiliada, incumpliendo presuntamente 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. La EAPB entrego control de 5 años y debia de tener el de los 6 años, por lo tanto no cumple con el criterio. LA EAPB presento historia clínica, pero la última valoración fue a los 3 años y debería de tener la de los 4 años.	Fortalecer la gestión de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) en sinergia con los prestadores del municipio de Pereira, optimizando el flujo de la información desde el cargue efectivo de la información en la plataforma Proceso definida por la EPS para el cargue mensual de las actividades según curso de vida de las Resoluciones 202 y 3280, generando el acompañamiento y seguimiento desde la EPS.	4. Capacitar a la Red de prestadores de salud del municipio de Pereira. durante comités de seguimiento del modelo de rutas (RMPS), y del proceso para gestión de la información de ejecución de actividades.			Canción	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	4.Adjuntan actas 5 de comités mensuales implementación RIAS con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto octubre con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para medición de avance en cumplimiento. **Auditoria cierre** :adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento.Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (5/5) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			5. Monitorear la calidad de cargue de los prestadores del municipio de Pereira. en Sigires, Retroalimentar los resultados de flujo de información para ajustes respectivos.	% de prestadores del municipio de Pereira. con cargue efectivo de Resolución 202 de 2021 Numero de prestadores con cargue efectivo/ Numero total de prestadores *100	80%		01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	5.Adjunta soporte de cargue a la plataforma SIGIRES de agosto a septiembre, no se observan acciones de seguimiento ni evolución, no aportan soportes Para el cierre la EPS adjunta documento de % de IPS Priorizadas con cargue efectivo de Resolución 202 e informe de reporte por IPS . Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (2/2) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
		6.Realizar seguimiento en la oportunidad y accesibilidad en la atención de las rutas RPMS		**Porcentaje de atención en menores de 6 años 6.1**Numero de menores de 6 años que recibieron atención por medicina general, enfermería o pediatría según control de primera infancia Res. 3280 de 2018/Numero total cohorte de menores de 6 años*100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI	6.Adjuntan tablero de indicadores con fecha de corte del 20 noviembre del 2024 indicador 6.1 55% calificación no aceptable ,6.2 88% calificación deficiente , 6.3 65% calificación 65% , indicador global de aplicación de flúor 20% no aceptable y mamografias indicador 70%muy deficiente. Adjunta acta del 24 de enero y del 24 de mayo de retroalimentación al prestador IDIME de Rutas RIAS. **Para el cierre**: adjuntan 4 actas de comité de seguimiento a implementación a prestadores de la regional Medellín en donde se evidencia los prestadores del municipio de Pereira y el establecimiento de acciones de mejora y su seguimiento. La entidad refiere que para el año 2025 van a iniciar auditoria de adherencia a ruta RIAS se encuentran fase de planeación . Indicador 6.1: % atención en menores de 6 años (1618/1087) cumplimiento 67% 6.2 : % PAI menores 6 años (1766/1680) cumplimiento 95% 6.3: % consulta menores 6 y 12 años (228311909) cumplimiento 39,8% 6.4: % menores aplicación barniz de flúor 6 y 12 años (6785/339) cumplimiento 5% 6.5: % mamografías 50 a 69 años (5304/2594) cumplimiento 49% . **Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto los resultados**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se recomienda a la entidad reforzar las acciones de mejora para un mayor impacto los resultados
				6.2 Numero de menores de 6 años con PAI completo/Numero total cohorte de menores de 6 años*100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI								
				6.3 Numero de menores entre 6 años y 12 años que recibieron atención por medicina general, enfermería o pediatría según control de primera infancia Res. 3280 de 2018/Numero total	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI								
				6.4Numero de menores entre 6 años y 12 años que recibieron barniz de flúor /Numero total cohorte de menores entre 6 a 12 años*100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI								
				6.5 Numero de mujeres entre 50 a 69 años con realización de mamografía / Numero total de mujeres cohorte entre 50 a 69 años *100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAS según lo establecido en la norma	SI								
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.No se garantizan los micronutrientes en la primera consulta. La EAPB no entrega soportes de entrega, no cumple con los paraclínicos solicitados en la primera consulta de atención integral prenatal según lo consignado en la resolución 3280/2018. No se garantiza la cita entre el día 3 a 5 posterior al egreso hospitalario, La EAPB no entrega soportes donde se evidencie toma de muestra del cordón umbilical	Fortalecer la gestión de las Rutas Materno Perinatal (RMPN) en sinergia con los prestadores del municipio de Pereira, optimizando el flujo de la información desde el cargue efectivo de la información en la plataforma Proceso definida por la EPS para el cargue mensual de las actividades según curso de vida de las Resoluciones 202 y 3280, generando el acompañamiento y seguimiento desde la EPS.	1. Priorizar Indicadores para seguimiento de la implementación de las Rutas Materno perinatal (RIAMP) en los comités mensuales de RIAS con los prestadores del municipio de Pereira.	% capacitaciones a la red de prestadores de servicios Numero de capacitaciones realizadas a la red prestadora de servicios/ Numero total de capacitaciones de la red prestadora de servicios *100	100%	Directora de Atención Primaria / Analhi Palomino Canción	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	1.Adjunta presentación en PDF de indicadores priorizados para los comités mensuales RIAMP del municipio de Pereira l acción se realiza anual. Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			2. Revisar y actualizar los indicadores las fichas técnicas que le apuntan al cumplimiento de los criterios 18 de auditoria GAUDI de los indicadores de la RIAMP.		100%		01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	2.Adjunta archivo Excel con las fichas de indicadores RIAMP actualizados y anexan correo del 29 de mayo con la socialización interna de dichos indicadores, la acción se realiza anual. Auditoría cierre: acción de mejora cerrada en seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	22/11/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			3. Socializar y sensibilizar a los equipos regionales responsables de gestión de estas rutas priorizadas de los indicadores, y fichas técnicas.		100%		01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	3.Adjuntan 5 Actas de comité de articulación RIAMP de agosto a octubre y presentaciones en PDF de informes del comité, y Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías. Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			4. Capacitar a la Red de prestadores del municipio de Pereira priorizada durante comités de seguimiento. del modelo de rutas (RIAMP), y del proceso para gestión de la información de ejecución de actividades.		100%	Directora de Atención Primaria / Analhi Palomino Canción	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	4.Adjuntan 5 Actas de comité de articulación RIAMP de agosto a octubre y presentaciones en PDF de informes del comité, y Adjuntan 5 actas de comités mensuales implementación con prestadores y listas de asistencia desde el mes de agosto con planteamiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan cronograma de auditorías. No adjunta indicador de acción de mejora diligencia para evidenciar avance en cumplimiento. Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores y capacitaciones al prestador, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (10/10) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
			5. Monitorear la calidad de cargue de los prestadores del municipio de Pereira en Sigires, Retroalimentar al prestador de los resultados de flujo de información para ajustes respectivos.	% de prestadores del municipio de Pereira. con cargue efectivo de Resolución 202 de 2021 Numero de prestadores con cargue efectivo/ Numero total de prestadores *100	80%	Directora de Atención Primaria / Analhi Palomino Canción	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	5.Adjunta soporte de cargue a la plataforma SIGIRES de agosto a septiembre. no se observan acciones de seguimiento ni evolución, no aportan soportes. Para el cierre la EPS adjunta documento de % de IPS Priorizadas con cargue efectivo de Resolución 202 e informe de reporte por IPS. Adjuntan el indicador de acción de mejora calculado (2/2) cumplimiento 100%.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
		6.Realizar seguimiento en la oportunidad y accesibilidad en la atención de las rutas RIAMP		6.1Numero de gestantes con formulación y entrega de micronutrientes/ Numero total de cohorte de gestantes *100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI	6.Adjunta tablero de indicadores con fecha de cohorte del 20 noviembre % gestantes captación temprana 77,38% ,% gestantes con formulación y entrega micronutrientes 47,4%, Adjunta acta del del 24 de mayo de retroalimentación al prestador IDIME de Rutas RIAMP. No adjunta indicadores de recién nacido . Para el cierre: adjuntan 7 actas de comité de Red Materno infantil con prestadores primarios y red alterna con seguimiento a ruta RIAMP e indicadores y capacitaciones al prestador, con establecimiento de acciones de mejora y seguimiento. La entidad refiere que para el año 2025 van ha iniciar auditoria de adherencia a ruta RIAMP se encuentran fase de planeación . Adjunta indicador 6.1: # de gestantes con entrega de micronutrientes (164/84) con cumplimiento 50% , los indicadores 6.2:# recién nacidos con control y el indicador 6.3:# días hábiles para consulta de recién nacido, no fueron aportados. **Por lo que se recomienda a la entidad reforzar acciones de mejora para lograr un mayor impacto en los resultados**	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2024	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se recomienda realizar seguimiento de la ecografía de translucencia nucal y indicares de recién nacido
				6.2Numero de recién nacidos con consulta de control de egreso hospitalario entre 3 y 5 días / numero total de recién nacidos *100	100%	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI								
				6.3 Numero de días hábiles entre trascurridos entre la solicitud de la consulta de control de egreso hospitalario del recién nacido y la asignación de la consulta/ Total de consultas asignadas de control egreso hospitalario de recién nacido (días)	5 días	Asesor Atención primaria en salud - Dra. Jessika Tupaz	01/06/2024	30/12/2024	Garantizar las actividades de PE y DT en las rutas RIAMP según lo establecido en la norma	SI								

Firma del Representante Legal
Nombre: Jorge Alzate Alzate ° Director de aseguramiento

Firma del Evaluador
Nombre: Carolina Franco Arana
Cargo: Md Auditor Secretaria de Salud Municipal