ACTA DE VISITA

Recolección de la información para:	Auditoría de la Calidad en la prestación de servicios de salud
Nombre de la Institución	HOSPITAL POZON - ESE Hospital Local Cartagena de Indias
Fecha y hora	Miércoles 18/12/2024 – 09:10 am
Ciudad	Cartagena de Indias
Lugar	Instalaciones del Centro de salud

TEMAS TRATADOS

1. OBJETO DE LA VISITA:

Evaluar el cumplimiento de las características de calidad priorizadas del SOGC, basados en el decreto 1011 del 2006 con el fin de identificar con que aspectos cumple la institución, al igual que las oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicio de salud.

2. OBSERVACIONES Y ACLARACIONES SOBRE LO SOLICITADO O VERIFICADO:

Mediante la técnica de la observación, entrevista y revisión documental, se inicia auditoria de calidad, utilizando el I**NSTRUMENTO VISITAS AUDITORÍA DE CALIDAD 2024**, para evaluar las características de calidad del SOGC en la institución. La visita es recibida por Katherine Egea, directora operativa del hospital y enfermeras lideres de Consulta externa y urgencias.

Se hace revisión documental, entrevista a colaboradores, verificación visual de cómo se llevan a cabo los procesos en algunas áreas o servicios, entre otros.

El prestador cuenta con los siguientes servicios habilitados y registrados en REPS:

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0674111
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0674112
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	312 -ENFERMERÍA	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0333648
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0684807
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0333649
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	342 -PEDIATRÍA	DHSS0684808
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	420 -VACUNACIÓN	DHSS0333650
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	501 -SERVICIO DE URGENCIAS	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0333651
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0333652
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0684370
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0674301

1

Actualmente no se está prestando servicios de atención del parto, no hay demanda de pacientes que acudan a solicitar el servicio en este momento.

De igual manera el HOSPITAL POZON cuenta con la siguiente capacidad instalada declarada en REPS y verificada en sede:

1 sala de procedimientos, 9 Consultorios de consulta externa.
En urgencias 4 consultorios, 14 cubículos de observación, 1 área de aislamiento, 3 camas pediátricas.
En hospitalización se evidencian 10 camas pediátricas (5 escolares y 5 preescolares), 16 camas para adultos (hombres y mujeres).

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	CAMAS	Pediátrica	13			0	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	CAMAS	Adultos	28			0	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	CAMAS	Atención del Parto	1			0	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	CONSULTORIOS	Consulta Externa	9			0	
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	14	HOSPITAL POZON	SALAS	Procedimientos	1			0	

1

Se evidencian los siguientes hallazgos en cuanto a los criterios de calidad evaluados:

A. ACCESIBILIDAD: Resultado ponderado 86%.

1. Existe y se encuentra documentado un protocolo y/o procedimiento para la atención de urgencias médicas, consulta externa y hospitalización. Se verifica El documento físico del procedimiento del triage con fecha de actualización del 18/01/2023 y procedimiento de consulta externa fecha de actualización 02/08/2021. No se encuentran socializados todavía (apertura del hospital fue en octubre).
2. El prestador cuenta con El documento físico del protocolo y/o procedimiento del triage, actualizado el 18/01/2013, Guía de manejo atención inicial de urgencias y definición de conducta actualizado el 17/09/2019 describe las cinco categorías que cumpla con lo contemplado en la resolución 5596 de 2015, describen los tiempos de espera establecidos para la atención de acuerdo con la clasificacion del triage.
3. En el servicio de urgencias se verifica los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios de la realización del triage.
   Se observa en buenas condiciones la planta física, sala de espera, área de admisiones, consultorio de triage, 3 consultorios de atención médica, observación adultos con disponibilidad de 15 camillas, 3 disponibles para pediatría, Estación de enfermería con equipos de cómputo, teléfono, internet, área limpia para preparación de medicamentos, baños para pacientes, se están organizando carros de paro para terminar de dotar cada servicio.
4. Número de atenciones registradas hasta el momento de la auditoria clasificados así:
   Triage I :0 pacientes
   Triage II: 5 pacientes
   Triage III: 13 pacientes
   Triage IV:0 pacientes

Triage V: 26 pacientes.

Se verifican los tiempos de atención en menos de 20 minutos para pacientes clasificados con triage II.
Se entrevista a paciente y familiar, manifiestan que “el tiempo de espera desde su ingreso hasta la clasificación de atención en urgencia fue muy corto, consideran que fue rápida la atención y muestran satisfacción”.

5. La IPS no tiene publicados en sala de espera de urgencias los tiempos promedio de atención para las categorías I, II, III, IV y V, porque el edificio se encuentra en garantía y no se puede realizar perforaciones o publicaciones en paredes. Los tiempos de atención de acuerdo con la clasificacion del triage son informados a los pacientes y sus acompañantes.
6. Se realiza la reevaluación periódica de los pacientes ya clasificados que se encuentran en espera de la atención definitiva: la revaloración es cada hora o de acuerdo con la entrega de resultados de laboratorios y otras ayudas diagnosticas realizadas a los pacientes atendidos en urgencias.
7. En el servicio de urgencias el proceso de verificación de derechos de los usuarios, es posterior a la realización del "Triage" (se verifica dicha información con el talento humano del servicio y con un paciente que ingreso a urgencias en el momento de la auditoria).
8. El personal responsable del "Triage" NO cuenta con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, el prestador se encarga de hacer capacitaciones y socializaciones al talento humano en cuanto a la clasificacion de pacientes.
9. Se garantiza el registro de la información del "Triage" de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias, tienen datos de identificación, dirección, número de teléfono, acompañante, registro de atenciones en orden cronológico e ingresos al servicio, entre otros.
10. La IPS tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar: actualizado el 7/06/202, GUIA DE TANECION DE VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO actualizado el 20/06/2019. No se evidencia soportes de socializaciones aun en la institución.
11. La IPS Tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, que se hace desde recepción y desde la consulta el médico y enfermera pueden orientar al paciente respecto a la ruta a seguir para solicitud de citas, laboratorios o autorizaciones en su EPS, esto se hace de manera verbal. Hay un protocolo de recepción del usuario por parte del vigilante que es el primer contacto en el hospital.
12. Modelo de prestación de servicios actualizado en noviembre del 2023 con enfoque de atención primaria en salud a partir de las necesidades de la población sin distingos de régimen de afiliación, mediante una oferta de servicios familiares y comunitarios. No se ha socializado.
13. La IPS dispone de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B, las cuales en cumplimiento de la resolución 1314 de 2020.

B. CONTINUIDAD: Resultado ponderado 80%.

1. Cuenta con un Manual de Referencia y contrareferencia con fecha de actualización 08/07/2022. Responsable del proceso el PRAT (Programa de Referencia, Admisión y Traslado), este se inicia desde cada centro o puesto de salud solicitando al PRAT ellos generan un código de identificación del proceso de referencia y se encargan de todo el procedimiento de referencia y contrarreferencia.
   Hay una guía de referencia de apoyo diagnostico versión 1 con fecha de 15/04/2015 que da las orientaciones para la referencia de Toma de muestras y laboratorio clínico, Rayos X, Electrocardiograma.
   Se evidencia área del PRAT, tramitan remisiones, regulan los servicios de urgencias de las sedes de la ESE HLCI, hacen actividades de apoyo al CRUED, el equipo está conformado por una administradora en salud, 2 APH y 2 auxiliares de enfermería. No se evidencia socialización al talento humano encargado del proceso.
2. El prestador cuenta con un Sistema de información, que permite manejar la información unificada de cada paciente, registro cronológico de las atenciones, asignación de citas, facturación e indicadores, además garantiza la seguridad de la información.
   El sistema de información se llama GCI usado para facturación, historias clínicas e indicadores. No se evidencia socialización al talento humano del hospital.
3. La IPS cuenta con plan de Emergencia hospitalaria y contingencia por cierre de servicios o eventos catastróficos, fallas en el sistema de información, que describe los pasos a seguir si se presenta cualquier evento y como activar el grupo de emergencias.
   Se tiene documentado un Protocolo de interfase entre historias clínicas manuales y digitalizadas versión 1, con fecha de 21/05/2013, plan de contingencia de cadena de frio versión 5 actualizado el 09/06/2021. No se evidencia socialización al talento humano del hospital.

C. OPORTUNIDAD: Resultado ponderado 81%.

1. La IPS cuenta con un sistema de asignación de citas con base en resolución 1552 de 2013: call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, en el sitio de asignación de citas se hace verificación de la disponibilidad de agendas para asignación de citas de acuerdo a la oferta de servicios en consulta externa.
   La oportunidad de consulta externa de medicina general para el 23 de diciembre (**4 días**), Odontología para el 18 y 19 de diciembre (1 día), Toma de muestras de laboratorio para el martes 24 de diciembre (5 días), Ginecología para el 20 de diciembre (2 días. Servicio se presta martes y jueves de 7:00 am a 1:00 pm.
   La IPS NO dispone de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.
2. La IPS define indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios donde se describen, a continuación:

Indicador	Resultado	Observación
Oportunidad para la asignación de citas para medicina general	0,60 días	Nos e cuenta con datos de numerador y denominador
Oportunidad para la asignación de citas para odontología general	1 día	Nos e cuenta con datos de numerador y denominador

Oportunidad para la asignación de citas para Medicina Interna	1 día	Oportunidad verificada en el agendamiento del centro de salud

3. La IPS realiza reporte de indicadores del Sistema de información de calidad-resolución 0256/16 en forma trimestral a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), se realiza desde el nivel central de la ESE HLCI.
4. La IPS No tiene documentado el procedimiento a seguir para determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, en el HOSPITAL POZON de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda.

D. PERTINENCIA: Resultado ponderado 79%.

1. Existe Documentados los lineamientos técnicos para la implementación de programas de optimización de antimicrobianos en el escenario hospitalario y ambulatorio del Ministerio de salud y protección social.
2. La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia o protocolos, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta, se describen a continuación:
    - Hipertensión.
    - Lepra.
    - Tuberculosis Pulmonar.
    - Diabetes.
    - IRA.
    - EDA

Todas las guías y protocolos con actas de adopción. Se evidencia documentada la estrategia AIEPI, IAMI, la atención basada en las Rutas de Atención de la resolución 3280 de 2018.
PROTOCOLOS DE ATENCION: Atención de pacientes víctimas de ataques con agentes químicos, Protocolo de vigilancia en infección respiratoria del INS.
No se evidencia soportes de socializaciones al talento humano de algunas las GPC ni protocolos de atención, la IPS solo tiene un mes de funcionamiento.

3. Cuentan con comité de historias clínicas en donde se evalúe pertinencia y diligenciamiento de las mismas se evidencian actas de conformación del comité del 23/11/2024.
4. Se encuentra disponible la guía de atención de dengue actualizada. No se evidencian soportes de socialización de la guía de manejo de dengue al talento humano.
5. La institución tiene implementado la obligatoriedad del curso Diagnostico y manejo clínico del dengue ofertado por el campus virtual de OPS. Se evidencia en hojas de vida del talento humano los certificados de curso ofertado por OPS o realizado en otras instituciones.
6. En el servicio de odontología se usa nevera para algunos insumos odontológicos y anestésicos en nevera y no se cuenta con Termohigrómetro.

E. SATISFACCION: Resultado ponderado 80%.

1. Existe un procedimiento de PQRSD que garantice la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios, establece tiempo de respuesta para quejas complejas hasta 3 días, para quejas que llegan desde entidad territorial o Supersalud de 2 a 3 días. Desde la apertura del hospital en el mes de octubre, hasta la fecha de visita no se registran quejas.

2. Existe un procedimiento de apertura de buzón de sugerencias, que se abre cada 8 días, la apertura de buzones es realizada por los colaboradores de SIAU desde el nivel central de la ESE. Actualmente no hay buzones ubicados en el hospital.
3. La IPS NO cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes documentados, no están publicados en la sala de espera de consulta externa ni urgencias, debido a que por garantía de la edificación no se pueden colocar en las paredes. No se evidencia socialización de derechos y deberes a usuarios y colaboradores del hospital.
4. La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento.
   Se verifica 5 historias clínicas (1007882634 sin firma del profesional que da la asesoría de planificación familiar y colocación de Implante subdérmico, 1128063344 correctamente diligenciado, 45529122, 45505134 citología, sin firma del profesional, 1043696467 y 45744873 de VIH sin firma de profesional que realiza la consejería).

F. SEGURIDAD: Resultado ponderado 70%.

1. Existe un proceso de verificación de las hojas de vida de los profesionales de salud que cuenten con la documentación que acredita la profesión que ejercen y que están vinculados al cargo como tal acreditado.
   Se toma una muestra de profesionales contratados en el hospital y s e verifica las hojas de vida: se verifica RETHUS y validación de certificados que acreditan sus títulos técnicos y profesionales, certificados de cursos normativos. Se evidencia 2 auxiliares de enfermería con cursos de BLS vencidos, cursos de AIEPI con vigencia del año 2022 (desactualizados).
2. *Programa de seguridad del paciente:* No se ha implementado actualmente en el hospital, de acuerdo con lo establecido normativamente.
   Se evidencia que en el hospital no se tiene estandarizado ni socializado al talento humano las estrategias de seguridad y monitoreo para garantizar:
   - Mejora en la seguridad de los medicamentos.
   - Identificación de pacientes.
   - Reducción y prevención de caídas.
   - Prevención de úlceras de presión.
   - Atención segura binomio madre e hijo.

   Falta fortalecimiento temas del programa de seguridad del paciente, en el talento humano de consulta externa, urgencias y en general del hospital. Se entrevista enfermera de hospitalización sobre estrategias para garantizar la seguridad del paciente y se evidencia falta de conocimiento.
   Se identifico en odontología guardianes de agujas sin rotular, sin fecha de apertura.
3. Dentro de la institución se han creado programas de acciones de formación continua para todo el personal, de esta se han realizado algunas actividades educativas al talento humano desde la apertura del hospital en octubre.
4. La IPS cuenta con un protocolo de identificación de pacientes actualizado el 27/01/2022 (se usa Documento de identificación, ADRES, Bases de datos y confirmación con historia clínica).
   Clasificación de usuarios para el riesgo de caídas actualizado 19/05/2023, se usa la escala JH DONWTON para urgencias y consulta externa, para caída de niños HUMPTY DUMPTY, se aplica en el ingreso al servicio de urgencias.
5. La IPS cuenta con un protocolo de lavado de manos: Documentado y actualizado el 19/01/2024. No se evidencia seguimiento al porcentaje de adherencia a la técnica de lavado de manos.

6. Existe un programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia, así como el comité de farmacia recién conformado. Los Reportes de FOREAM, Alertas Sanitarias se socializan en comités y por correo electrónico, se realiza verificación de seguimiento a las alertas y socialización al talento humano, por parte del químico farmacéutico.
7. La IPS dispone de concepto sanitario vigente hasta octubre del 2025 favorable 100%.
8. Se cuenta con un protocolo de bioseguridad con baja implementación, no se ha realizado socializaciones, ni auditorías internas sobre manejo de normas de bioseguridad en el hospital. Se debe hacer seguimiento al proceso de esterilización del instrumental odontológico.
9. La IPS cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA), fecha de actualización, versión 2, actualizado 11 abril del 2024.
   No se está implementando adecuadamente, no se realiza periódicamente capacitaciones y auditoria al cumplimiento del mismo, no se cuenta con acta y/o acto administrativo que soporte la conformación de comité o grupo de gestión de residuos.
10. La IPS tiene comité de vigilancia epidemiológica y de calidad con actas de conformación de ambos, se iniciará con la revisión de la norma, RESOLUCION 13437 DE 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria, adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios.

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
Cero reportes de eventos adversos desde la reapertura del HOSPITAL en el mes de otubre hasta la fecha de visita de auditoría de calidad.

Teniendo en cuenta el resultado ponderado obtenido en cada ítem evaluado durante auditoria de calidad, se obtiene el siguiente puntaje final para la visita **79% de cumplimiento**.

3. ENTREGA DE MATERIALES DE EVIDENCIA:

Se verifico los siguientes documentos como evidencia:

- Protocolos y Guías de práctica clínica
- Manuales y Procedimientos.
- Modelo de atención
- Capacidad Instalada
- Hojas de vida del talento humano
- Historias clínicas
- Consentimientos informados
- Evidencias de socializaciones
- Actas de Comités

4. RESUMEN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES:

A continuación, se describen los hallazgos identificados durante la auditoria de calidad, teniendo en cuenta estos se debe elaborar un plan de mejora con acciones u oportunidades de mejora, medibles que subsanen los hallazgos.

El plan de mejora debe ser enviado **5 días** después de recibir el acta, este plan de mejora será sujeto **de seguimiento IPS sin previo aviso.**

Hallazgos:

Ítem Evaluado	Observaciones
Accesibilidad	1. No se evidencian soportes de socializaciones de protocolo y/o procedimiento para la atención de urgencias médicas, consulta externa y hospitalización. 2. No se evidencia soporte de socialización de la Guía de Atención de víctimas de violencia. 3. No se evidencia soporte de socialización del Modelo de Prestación de servicios de la ESE HLCI. 4. El talento humano de urgencias NO cuenta con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias.
Continuidad	1. No se evidencia socialización al talento humano encargado del proceso de Referencia y contrareferencia (personal del PRAT). 2. No se evidencia soportes de socialización del plan de emergencias hospitalarias ni del Protocolo de interfase entre historias clínicas manuales y digitalizadas.
Oportunidad	1. Inoportunidad en la asignación de citas para medicina general durante el mes de diciembre (4 días). 2. La IPS NO dispone de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. 3. La IPS No tiene documentado el procedimiento a seguir para determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, en el HOSPITAL POZON de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda.
Pertinencia	1. No se evidencian soportes de socialización de la guía de manejo de Dengue al talento humano.

	2. En el servicio de odontología se usa nevera para algunos insumos odontológicos y anestésicos en nevera y no se cuenta con Termohigrómetro.
Satisfacción	1. Actualmente no hay buzones de sugerencia ubicados en el hospital. 2. No se evidencia soportes de socialización sobre derechos y deberes a usuarios y colaboradores del hospital. 3. Se identifican fallas de calidad en el diligenciamiento de Consentimientos Informados (diligenciamiento incompleto y sin firma del profesional).
Seguridad	1. Talento humano (auxiliares de enfermería) con certificados de cursos normativos vencidos. 2. Falta fortalecimiento temas del programa de seguridad del paciente, en el talento humano asistencial. 3. Se evidencia que en el hospital no se tiene estandarizado ni socializado al talento humano las estrategias de seguridad y monitoreo para garantizar: Mejora en la seguridad de los medicamentos, Identificación de pacientes, Reducción y prevención de caídas, Prevención de úlceras de presión, Atención segura binomio madre e hijo. 4. Se identifico en odontología guardianes de agujas sin rotular, sin fecha de apertura. 5. No se evidencia seguimiento al porcentaje de adherencia a la técnica de lavado de manos. 6. Se cuenta con un protocolo de bioseguridad con baja implementación, no se ha realizado socializaciones, ni auditorías internas sobre manejo de normas de bioseguridad en el hospital. Se debe hacer seguimiento al proceso de esterilización del instrumental odontológico.

Observaciones y Recomendaciones generales:

1. De acuerdo con las GPC, Protocolos de atención, Procesos y Procedimientos del hospital se debe establecer cronograma de capacitaciones al talento humano.
2. En vista de no poder publicar los derechos y deberes en paredes de salas de espera del hospital, se deben establecer e implementar estrategias educativas para pacientes y familiares sobre este tema (con folletos y otras estrategias de IEC). De

igual manera al talento humano se deben socializar y soportar con actas y listados de asistencias.

3. Garantizar las agendas abiertas los 365 días del año para las especialidades ofertadas, de acuerdo con la resolución 1552.
4. Garantizar el uso de termohigrómetro en el servicio de odontología y otras áreas donde se almacenen medicamentos e insumos.
5. Realizar auditorías internas sobre el correcto diligenciamiento de historias clínicas y consentimientos informados, socializar y retroalimentar al talento humano sobre hallazgos y establecer acciones de mejora inmediatas.
6. Con el comité de seguridad del paciente hacer revisión del programa establecido por la ESE HLCI, realizar ajustes o adaptaciones de acuerdo con las características y servicios ofertados por el hospital.
7. Implementar las capacitaciones a la totalidad del talento humano sobre el programa de seguridad del paciente, para lograr mayor adherencia; es importante que todos los colaboradores tengan conocimientos claros sobre los eventos e incidentes, política de seguridad, estrategias de la ESE HLCI para prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el centro de salud.
8. Implementar acciones que permitan fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos e incidentes en los colaboradores del hospital.

Personas que intervienen en la visita

NOMBRES	INSTITUCION - CARGO
KATEHRINE EGEA AMADOR	**Directora Operativa HOSPITAL POZON – ESE Hospital Local Cartagena de Indias**
 **JULIE P. CASSIANI TEJEDOR**	**Profesional Especializado – Dirección Operativa Prestación de Servicios DADIS**