RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

ACTA DE REUNIÓN No. ___17___

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: MARTHA GARZON RODRIGUEZ

FECHA: 25/9/2025 VIRTUAL: _____PRESENCIAL: _X__LUGAR: Hospital Cardiovascular de Soacha

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Realizar seguimiento a los pendientes registrados en actas de vistas anteriores

Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **Resolución 3100 de 2019** en lo referente al **estándar de Historia Clínica para el servicio de UCI Adulto, pediátrica y neonatal**, con el fin de garantizar que la institución cuente con una historia clínica única, integral, oportuna, veraz y confidencial, que soporte la seguridad del paciente, la continuidad de la atención y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

HORA DE INICIO: 8 a.m. HORA DE FINALIZACIÓN: 4:30 p.m.

ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Lilibeth Escamilla Rubio	Calidad Hospital Cardiovascular de Cundinamarca	Líder Calidad	calidad@hccsa.com.co	3133911487	
Martha Garzon Rodríguez	R YF SAS	Auditora	Marthagarzonr975@gmail.com	3017402688	

1. TEMAS A TRATAR

- ✓ seguimiento a las actividades y compromisos pendientes de reuniones anteriores Seguimiento al cumplimiento del **Sistema Único de Habilitación (SUH)**, estándar de Historia Clínica en los servicios de UCI Adulto, pediátrica y neonatal.
- ✓ Revisión documental de políticas institucionales y registros clínicos.
- ✓ Observación en campo de la implementación y uso de la historia clínica en UCI Adulto.

DESARROLLO DE LA REUNION O DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS

estándar de historia clínica para el servicio de UCI Adulto, pediátrica y neonatal

se realiza visita de verifica al cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación (SUH) en lo relacionado con el estándar de Historia Clínica, específicamente aplicados al servicio UCI Adulto, pediátrica y neonatal, asegurando la integralidad, oportunidad, calidad, seguridad y confidencialidad en el registro clínico.

Aspectos a revisar (criterios del estándar de historia clínica)

- ➢ Historia clínica única e integral: existencia de un sistema único que garantice continuidad y trazabilidad de la atención.
- ➢ Identificación del paciente: datos completos, número de historia único, mecanismos de seguridad (códigos, etiquetas, códigos de barras).
- ➢ Consentimientos informados: existencia, firma y custodia de consentimientos aplicables (ingreso a UCI, procedimientos, transfusiones, etc.).
- ➢ Notas y registros clínicos: de ingreso, evolución interdisciplinaria, procedimientos, administración de medicamentos, egreso.
- ➢ Registros de interconsultas y procedimientos invasivos.
- ➢ Seguridad del paciente: listas de chequeo, escalas de valoración (dolor, caídas, riesgo de úlceras), registro de eventos adversos.
- ➢ Trazabilidad de medicamentos e insumos: integración con software de inventario, registros de administración, control de vencimientos.
- ➢ Confidencialidad y acceso restringido: control de usuarios, claves personalizadas, políticas institucionales de custodia.
- ➢ Custodia, conservación y respaldo: cumplimiento del tiempo mínimo legal y sistemas de respaldo electrónico.
- ➢ Auditoría interna y planes de mejora: evidencias de comités de historia clínica, revisiones periódicas y acciones correctivas.
- ➢ Educación registrada a paciente y familia: evidencia de información sobre autocuidado, plan post egreso, continuidad de la atención.

Metodología aplicada:

Revisión documental de protocolos, políticas y reglamentos institucionales sobre historia clínica.
Validación de historias clínicas de pacientes activos y egresados de UCI Adulto.
Verificación de consentimientos informados, registros clínicos interdisciplinarios y protocolos de seguridad del paciente.
Inspección de la plataforma electrónica IMEDICAL y control de accesos.
Entrevistas con personal médico, enfermería y administrativo sobre el manejo de la historia clínica.
Análisis de evidencias de auditorías internas previas y planes de mejora.

Requisitos revisados y hallazgos

S e aplicó lista de chequeo obteniéndose el siguiente resultado:

Lista de Chequeo – Estándar de Historia Clínica UCI Adulto, pediátrica y neonatal Norma: Resolución 3100 de 2019 – Sistema Único de Habilitación (SUH)

Ítem de verificación	Evidencia requerida	Soporte presentado	Resultado
Historia clínica única, completa e integral	evidencia historia clínica única institucional, con acceso para todo el equipo multidisciplinario. Garantiza la existencia de un sistema único que garantice continuidad y trazabilidad de la atención	Se evidencia historia clínica única institucional (sistema electrónico IMEDICAL), con acceso para todo el equipo multidisciplinario. Capturas de pantalla del sistema IMEDICAL, manual de usuario, evidencia de accesos por perfiles y registros de atenciones.	Cumple
Registro de identificación del paciente	Datos de filiación completos, número de historia único, etiquetas o códigos de barras en historias y registros.	Historias clínicas auditadas con etiquetas/códigos de barras, listados de pacientes con número único de historia.	Cumple
Consentimientos informados diligenciados	Formatos firmados y digitalizados en la historia clínica (ingreso a UCI, procedimientos invasivos, transfusión de sangre, ventilación mecánica, etc.).	Copias digitalizadas de consentimientos informados anexos a las historias clínicas revisadas.	Cumple
Notas de ingreso, evolución y egreso	Historias clínicas revisadas con notas de ingreso médico y de enfermería, evoluciones interdisciplinarias diarias y plan de egreso documentado.	Historias clínicas con registros completos de ingreso, evolución diaria y egreso; evidencia en software clínico.	Cumple
Registros de interconsultas y procedimientos	Evidencia de interconsultas (cardiología, infectología, nefrología, etc.) y reportes de procedimientos realizados (intubación, catéter, hemodiálisis).	Historias clínicas con interconsultas firmadas, reportes de procedimientos escaneados y cargados al sistema.	Cumple
Registros de administración de medicamentos	Planillas electrónicas de administración de medicamentos y validación con Kardex en software.	Capturas de planillas electrónicas y reportes de auditoría del Kardex.	Cumple

Registro de soporte vital y dispositivos	Formatos de control de ventilador, monitoreo multiparámetro, bombas de infusión y dispositivos invasivos.	Registros de monitoreo en historias clínicas y hojas de control digitalizadas.	Cumple
Protocolos de seguridad del paciente en historia	Evidencia de listas de verificación en procedimientos, escala de valoración del dolor, riesgo de úlceras por presión, caídas y sepsis.	Copias de listas de chequeo, escalas aplicadas en historias clínicas auditadas.	Cumple
Manejo de confidencialidad y acceso restringido	Políticas institucionales de confidencialidad. Control de accesos al software (usuarios y contraseñas personalizadas).	Manual de políticas de seguridad de la información, registros de accesos al software.	Cumple
Trazabilidad de eventos adversos y alertas	Registros de eventos adversos documentados en historia clínica y notificados al programa de seguridad del paciente.	Formatos de reporte de eventos adversos con evidencia de notificación al comité.	Cumple
Conservación y custodia de la historia clínica	Políticas institucionales de archivo electrónico. Respaldos automáticos de información. Protocolos de acceso restringido y conservación por mínimo legal.	Procedimientos institucionales, reportes de back -up y actas de comité de sistemas.	Cumple
Evidencia de auditoría interna de historias clínicas	Actas de comité de historia clínica, resultados de auditorías internas con planes de mejora.	Actas de reuniones, informes de auditoría y planes de acción.	Cumple
Educación al paciente y familia registrada en historia	Registros de educación en autocuidado, adherencia a tratamiento, signos de alarma y plan post egreso.	Historias clínicas con notas de enfermería y formatos firmados de educación al paciente/familia.	Cumple

Observaciones documentales

Se evidenció que la institución cuenta con historia clínica única y electrónica (IMEDICAL), que permite acceso multidisciplinario.

Existen protocolos institucionales para la gestión de la historia clínica, que incluyen confidencialidad, custodia y conservación.

Los consentimientos informados están debidamente firmados y digitalizados (ingreso UCI, procedimientos, transfusión, etc.).

Se constató evidencia de actas del Comité de Historia Clínica y reportes de auditorías internas, con planes de mejora cerrados y vigentes.

La institución tiene respaldos automáticos de la información clínica y protocolos de recuperación de datos.

Observaciones en visita de campo

Se verificó en historias clínicas activas que los registros de ingreso, evolución y egreso están completos y cumplen con los lineamientos de la normatividad vigente.

El personal asistencial accede a la historia clínica con usuarios y contraseñas personalizadas, garantizando confidencialidad.

En las historias revisadas se encontraron registros de interconsultas, procedimientos, administración de medicamentos y dispositivos invasivos, todos completos y trazables.

Se evidenció que los protocolos de seguridad del paciente (listas de verificación, escalas de valoración, notificación de eventos adversos) se aplican y registran de manera consistente en la historia clínica.

Se verificó en campo que el archivo clínico electrónico es de uso exclusivo institucional, con señalización de acceso restringido y cumplimiento de normas de confidencialidad.

Conclusiones

La institución cumple en su totalidad con los requisitos del estándar de Historia Clínica definidos en la Resolución 3100 de 2019, garantizando integralidad, oportunidad, trazabilidad, seguridad del paciente y confidencialidad de la información.

Las historias clínicas quirúrgicas revisadas se encuentran completas, legibles y con registros cronológicos. Se evidencia cumplimiento en la aplicación de consentimientos informados y protocolos de seguridad del paciente. El HCC garantiza la confidencialidad y custodia adecuada de la información clínica

Recomendaciones

Mantener las estrategias de auditoría interna periódica para asegurar la mejora continua.

Continuar con las capacitaciones al personal asistencial y administrativo en el diligenciamiento y custodia de la historia clínica.

Fortalecer la documentación de planes de mejora derivados de comités y auditorías, consolidando evidencias de seguimiento y cierre.

4. COMPROMISOS O ACTIVIDADES PENDIENTES

Continuar con las capacitaciones al personal asistencial y administrativo en el diligenciamiento y custodia de la historia clínica.

Fortalecer la documentación de planes de mejora derivados de comités y auditorías, consolidando evidencias de seguimiento y cierre.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Aportar los soportes requeridos en el Drive de acuerdo a los lineamientos acordados por la interventoría		
2			
3			
4			
5			
6			