| | TIPO DE DOCUMENTO | Área o proceso que lo genera: | | |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO | GARANTÍA DE LA CALIDAD | | |
| | NOMBRE | Código | Versión | Paginado |
| | LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA INTERNA | F28 GC | 02 | 1 de 5 |

**Fecha de Realización:** 25 junio de 2025

**Servicio:** Hospitalización pediátrica

| CRITERIO | C | N.C | N.A. | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1. Se evidencia en todo el personal el cumplimiento de los 5 momentos de lavado de manos. | X | | | Cumplen con higienización y lavado en los momentos establecidos. |
| 2. El personal conoce y realiza de forma adecuada los pasos de lavado de manos. | X | | | Se solicita a los colaboradores el lavado de manos para evidenciar los pasos. |
| 3. Se cumple con los cuidados requeridos para los diferentes aislamientos | X | | | Se evidencia adecuado manejo a paciente con aislamiento. |
| 4. La estación de enfermería y médicos se encuentra en condiciones de orden y aseo. | X | | | |
| 5. Los lavamanos que se encuentran en el servicio se encuentran en adecuadas condiciones y cuentan con jabón y tollas desechables para el secado. | X | | | Todos los lavamanos cuentan con jabón y toallas desechables |
| 6. El personal cumple con las medidas establecidas para bioseguridad. | X | | | Todo el personal se encuentra con cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no aretes, relojes o anillos. |
| 7. Las áreas de circulación del servicio están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos. | X | | | |
| 8. Las paredes, techos y pisos cumplen con características de limpieza y desinfección. | | X | | Se evidencian esquineros con pérdida de la continuidad. |
| 9. Todas las áreas y mobiliario del servicio se encuentran en adecuadas condiciones y cumplen con características de limpieza y desinfección. | X | | | |
| 10. Cuenta con inventario de equipos y mobiliario | X | | | |
| 11. Se evidencian recipientes para manejo de residuos según código de colores | X | | | |
| 12. Los recipientes se encuentran en | | X | | Se evidencian 2 canecas rojas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| adecuadas condiciones. | | | | sin tapa y 1 negra con pedal dañado. |
| 13. Se evidencia adecuado uso de guardianes para cortopunzantes. | X | | | |
| 14. Es adecuada la segregación de residuos. | X | | | |
| 15. Balas de oxígeno de transporte cuentan con soporte o carro de transporte | X | | | Se cuenta con bala y carro de transporte |
| 16. Las loncheras del servicio se encuentran en adecuadas condiciones | X | | | |
| 17. Se encuentran medicamentos almacenados correctamente. | X | | | |
| 18. Se encuentran medicamentos refrigerados de acuerdo a indicaciones de fabricante. | X | | | |
| 19. Se realiza el correspondiente seguimiento y registro a la temperatura de la nevera | X | | | |
| 20. Se evidencia administración de medicamentos ordenados según dosis, frecuencia y vía. | | X | | Se observan equipos de goteo y mezclas marcadas con un solo nombre y un apellido del paciente. |
| 21. Cuenta con Termohigrómetro en área de carro de paro. | X | | | |
| 22. Se evidencian condiciones de almacenamiento, conservación, control fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los carros de paro | X | | | |
| 23. Se evidencia inventario y control de fechas de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro. | X | | | |
| 24. El inventario de los insumos de carro de paro contiene la siguiente información:<br>Principio activo.<br>Forma farmacéutica.<br>Concentración.<br>Lote.<br>Fecha de vencimiento.<br>Presentación comercial.<br>Unidad de medida.<br>Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el | X | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Invima. | | | | |
| 25. Concuerda el número de insumos registrados en el inventario con las existencias en el carro de paro. | X | | | |
| 26. El servicio cuenta con kit de derrames y ruptura de medicamentos. | X | | | |
| 27. Se evidencia recibo y entrega de turno por parte del personal de enfermería | X | | | Cuenta con libro para recibo y entrega de turno el cual contiene descritas características de cada uno de los pacientes, se encuentra firmado por quien entrega y quien recibe |
| 28. Se evidencia recibo y entrega de turno por parte del personal médico | X | | | Se evidencia cuadro en Excel diligenciado para entrega de turno, este es impreso y entregado a quien recibe turno. |
| 29. Se diligencia y actualiza Kardex de enfermería por pacientes. | X | | | Kardex completamente diligenciado con actualizaciones de medicamentos, diagnostico o dispositivos médicos. |
| 30. El formato estandarizado para Kardex se diligencia de manera completa, al igual que plan de cuidados de enfermería. | X | | | |
| 31. Se evidencian consentimientos informados por paciente debidamente diligenciados. | x | | | |
| 32. Cuenta con nota de evolución diaria por pediatría | X | | | |
| 33. Cuenta con libro para registro de eventos adversos o incidentes. | X | | | |
| 34. El personal conoce los mecanismos para reportar eventos adversos e incidentes. | X | | | |
| 35. Las notas de enfermería se realizan de acuerdo a lo estandarizado en protocolo institucional. | X | | | |
| **TOTAL** | 32 | 3 | 0 | |

**¿Requiere plan de mejora?:** **SI** [X] **NO** [ ]

**Observaciones:** Debido a que la auditoria es a Sistema Único de Habilitación donde se cumple o no se cumple se requiere plan de mejoramiento a los criterios con hallazgo de no cumplimiento.

**EVALUADORES**

NOMBRE: Jessica Fonseca Arevalo
FIRMA:
CARGO: Profesional Calidad

NOMBRE: _____
FIRMA: _____
CARGO: _____

NOMBRE: _____
FIRMA: _____
CARGO: _____

**EVALUADOS**

NOMBRE: Johanna Garcia V
FIRMA: Johanna Garcia V
CARGO: Enfermera

NOMBRE: David Ramirez
FIRMA:
CARGO: Biomedico

NOMBRE: Ricardo Coccal
FIRMA:
CARGO: Coord Dpto Enfermería

NOMBRE: Edgar Sepulveda
FIRMA:
CARGO: Coordinador Mantenimiento

NOMBRE: John Fredy Torres
FIRMA:

CARGO: Fisioterapeuta

NOMBRE: FABIO ROMERO S

FIRMA: [signature]

CARGO: Representante Legal.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

| | TIPO DE DOCUMENTO | | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA | |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO | | GARANTIA DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE | UNIDAD FUNCIONAL | Código | Versión |
| | EVALUACIÓN SEMAFORIZACIÓN | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA | F29 GC | 1 |

| Fecha | 26/06/2025 |
|---|---|

| RESULTADO | | |
|---|---|---|
| Total Ítems | Cumple | No cumple |
| 35 | 32 | 3 |




| | |
|---|---|
| ROJO: ALTO RIESGO | |
| AMARILLO: RIESGO MODERADO | |
| VERDE: SIN RIESGO | 9,14 |

| TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA | |
|---|---|---|
| FORMATO | GARANTÍA DE LA CALIDAD | |
| **NOMBRE** | **Código** | **Versión** |
| PLAN DE MEJORAMIENTO | F07 GC | 02 |

**Fecha:** Día 7 | Mes 07 | Año 2025

| Tipo de auditoria | | | |
|---|---|---|---|
| **Interna** | **Externa** | **Entidad** | **Fecha** |
| X | | HCC | 25/06/2025 |

| **Procesos auditados** | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| N° | Hallazgo | Acción de mejora / Actividades | Responsable | Tiempo | Meta | SEGUIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Observaciones | Cierre Si | Cierre No |
| 1 | Se evidencian esquineros con perdida de la continuidad. | Realizar mantenimientos correctivos en el área | Coordinador mantenimiento técnico | 8/7/2025 al 8/9/2025 | 100% | Se evidencia en area diferentes mantenimientos correctivos, Lider de proceso informa que se realizo retiro de esquineros y se pinto | X | |
| 2 | Se evidencian 2 canecas rojas sin tapa y 1 negra con el pedale dañado. | Realizar solicitud para cambio de recipientes en mal estado | Profesional ambiental | 8/7/2025 al 8/9/2025 | 100% | Se cuenta con soporte de cambio de canecas en mal estado | X | |
| 3 | Se observan equipos de goteo y mezclas marcadas con un solo nombre y un apellido del paciente | Socializar protocolo de administración de medicamentos haciendo enfasis en la correcta marcación de medicamentos y equipos | Coordinador departamento enfermeria | 8/7/2025 al 8/8/2025 | 100% | Se recibe soporte de socialización al personal de enfermeria acerca de administración de medicamentos y marcación correcta de equipos. | X | |

**SEGUIMIENTO**

| Fecha | | | Items verificados | | | | | | Auditor | Auditado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | | | | | | | |
| 10 | 9 | 25 | 2. | | | | | | Jessica Fonseca | |
| 23 | 9 | 25 | 1. | | | | | | Jessica Fonseca Arevalo Enfermera C.C. 1.024566.443 | |
| 26 | 9 | 25 | 3. | | | | | | Jessica Fonseca Arevalo | |