RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

ACTA DE REUNIÓN No. __26__

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: MARTHA GARZON RODRIGUEZ

FECHA: 27/10/2025 VIRTUAL: _____ PRESENCIAL: _X_ LUGAR: Hospital Cardiovascular de Soacha

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 en lo referente al estándar de Historia Clínica para los servicios de **Hospitalización Adultos y Pediatría**, 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 los servicios de Hospitalización Adultos y Pediatría.
- ✓ Revisión documental de políticas institucionales y registros clínicos.
- ✓ Observación en campo de la implementación y uso de la historia clínica en hospitalización Adulto y pediatría.

DESARROLLO DE LA REUNION O DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS

estándar de historia clínica para los servicios de Hospitalización Adultos y Pediatría.

se realiza visita de verificación al cumplimiento de los requisitos establecidos en el Sistema Único de Habilitación (SUH) relacionados con el estándar de Historia Clínica, para los servicios de Hospitalización Adultos y Pediatría, garantizando la calidad, oportunidad, confidencialidad, seguridad del paciente y trazabilidad de la atención brindada.

Aspectos a revisar (criterios del estándar de historia clínica)

Durante la auditoría se revisaron los siguientes aspectos principales:

- ➢ Existencia y actualización de la política institucional sobre historia clínica.
- ➢ Procedimientos para elaboración, uso, custodia y archivo.
- ➢ Diligenciamiento completo, legible, cronológico y oportuno de los registros clínicos.
- ➢ Trazabilidad de registros médicos, de enfermería, terapéuticos y de administración de medicamentos.
- ➢ Cumplimiento de requisitos de confidencialidad y reserva de la información.
- ➢ Verificación de registros de consentimiento informado y epicrisis.
- ➢ Evidencia de auditorías internas de historia clínica y acciones de mejora implementadas.
- ➢ Integración del sistema de información con otros servicios asistenciales.
- ➢ Cumplimiento normativo según Resolución 1995 de 1999 y Resolución 3100 de 2019.

Metodología aplicada:

La auditoría se realizó mediante:

- Revisión documental: análisis del manual de procedimientos, políticas institucionales, formatos y evidencias de auditoría interna.
- Observación en campo: verificación de registros clínicos físicos y electrónicos, entrevistas al personal asistencial y observación directa del proceso de registro en los servicios de hospitalización adultos y pediatría.
- Análisis de cumplimiento: comparación frente a los criterios establecidos en la normativa vigente.

- **Requisitos revisados y hallazgos**

S e aplicó lista de chequeo obteniéndose el siguiente resultado:

Lista de Chequeo – Estándar de Historia Clínica de los servicios de Hospitalización Adultos y Pediatría. 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. Se verificaron políticas específicas para el uso de historia clínica electrónica, autenticación con usuario y contraseña individual, y plan de contingencia ante pérdida de información.

Existen protocolos institucionales con control de versiones y aprobación por parte del Comité de Historias Clínicas para la gestión de la historia clínica, que incluyen los lineamientos de manejo, custodia, acceso, confidencialidad y conservación de los registros.

Los consentimientos informados están debidamente firmados y digitalizados (ingreso, procedimientos, transfusión, etc.) Los consentimientos informados, epicrisis, notas de enfermería, interconsultas y registros de administración de medicamentos se encuentran completos y debidamente firmados.

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.

El informe de auditoría interna de historias clínicas muestra la evaluación oportunidad y completitud de registros, con planes de mejora cerrados y validados. Adicional se evalúa: continuidad, pertinencia y atención integral en la atención

Observaciones en visita de campo

Durante la visita a los servicios de hospitalización adultos y pediatría se verificó el uso de sistemas electrónicos para el registro clínico con autenticación segura.

Los profesionales realizan los registros en tiempo real, garantizando trazabilidad y oportunidad.
Las historias clínicas revisadas presentan información clara, cronológica y sin inconsistencias.
Se evidenció la integración de los módulos clínicos con laboratorio, imágenes diagnósticas, farmacia y urgencias, lo

que permite un seguimiento continuo del paciente hospitalizado.

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, 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.

El personal asistencial demuestra conocimiento del procedimiento institucional para el manejo de la historia clínica y del principio de confidencialidad.

Conclusiones

El servicio de hospitalización adultos y pediatría cumple en su totalidad con los criterios establecidos en el estándar de Historia Clínica según la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 1995 de 1999.
La institución evidencia un sistema de registro seguro y alineado con los principios de oportunidad, integralidad, continuidad y confidencialidad de la atención al usuario.
Los procesos observados garantizan la trazabilidad de la atención y la calidad de la información registrada.
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	Lilibeth Escamilla	31/10/2025
2			
6			