Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica)
_____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 14 DE JULIO DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MORA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización Auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 Centro de Salud Villa Javier

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Saludo
2.	Auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 Centro de Salud Villa Javier
3.	Compromiso
4.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. SALUDO

Se realiza saludo en la unidad de villa Javier donde se informa a los profesionales que se estará socializando la adherencia de la calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa.

2. AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA I TRIMESTRE 2025

Identificar la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica en completitud y calidad de contenido de la historia clínica de consulta externa de medicina general y especializada correspondiente al I trimestre de 2025.

- Verificar la calidad en la completitud de los registros de la historia clínica de consulta externa de la subred suroccidente en el periodo a evaluar. (I trimestre 2025).

- Verificar la calidad del contenido de los registros de la historia clínica de consulta externa de la subred suroccidente.

- Identificar oportunidades de mejora que contribuyan con el adecuado registró en las historias clínicas, en los servicios consulta externa de la subred suroccidente.

ALCANCE

Historias clínicas realizadas de medicina general y especializada de consulta externa, disponibles en la aplicativa dinámica gerencial, en las unidades de la subred suroccidente de servicios de salud durante el I trimestre de 2025.

JUSTIFICACIÓN

La Subred de Servicios de Salud Sur Occidente ESE requiere evaluar de manera sistemática la adherencia a la calidad formal y/o completitud y a la calidad de contenido y/o pertinencia del registro, de la información contenida en la Historia Clínica de Consulta externa, con el fin de medir el cumplimiento frente a los criterios contemplados en la Resolución 1995 de 1999 y a partir de los resultados establecer oportunidades de mejora en el proceso de la atención en el servicio de consulta externa de las diferentes unidades de la subred.

DESARROLLO

METODOLOGÍA

1. **Gestión de la información**:
Se verifica la lista de chequeo, y el informe anterior correspondiente al I semestre del año 2023.
Se recibe por la líder de PAMEC el universo, la muestra, el listado de profesionales a evaluar por cada una de las sedes y la distribución por auditores para la ejecución de la auditoria.

El universo total está constituido por 97.281 historias clínicas, con un tamaño muestral estadístico de 263 registros de historia clínica. Se realiza auditoría a 451 registros, con el fin de evaluar a todos los profesionales que registran en la aplicativa dinámica gerencial durante el período auditado, y realizando una segunda evaluación a aquellos profesionales que obtuvieron un resultado desfavorable.

2. Planeación de la auditoria: Se realiza la matrícula de la auditoria en aplicativo Almera, Se realiza plan de trabajo y se envía a la líder del PAMEC para su aprobación.

3. Notificación de la Auditoria: Se realiza envió por correo electrónico del PAMEC acta de apertura de la auditoria con lista de chequeo a la dirección ambulatoria

4. Ejecución de la auditoria revisión de la totalidad de la muestra dando cumplimiento a verificación por unidades y por profesionales

5. Tabulación, consolidación y análisis de resultados:

Consolidado por criterio: Es el resultado adquirido por criterio según el puntaje máximo posible.

Establecimiento de la escala de calificación, con rangos de interpretación para los resultados:

6. Elaboración y envío del informe preliminar a Líder una vez consolidado se realiza informe preliminar y se envía a la líder del PAMEC para su verificación.

7. **Revisión** y envío de ajustes del informe por Líder PAMEC: se modificará el informe según recomendación de la líder del PAMEC.

8. Aprobación informe final: se subirá en Almera él informa final y socialización de resultado a líder del proceso.

9. Acta de cierre y socialización de resultados a la Dirección Ambulatorios se envía el acta de cierre de la socialización del resultado de la auditoria.

10. Retroalimentación a profesionales: solicitar espacios de socialización de auditoria, Comité de Historias clínicas y de manera individual.

DESARROLLO

11. Notificación de oportunidades de mejora para generación de ID en Almera: diligenciamiento del formato de oportunidades de mejora.

12. Terminación y cierre de auditoría: se dará terminada la auditoria por parte de la líder del PAMEC a solicitud del auditor.

13. Seguimiento a los planes de mejoramiento: por parte del auditor encargado de la auditoría.

- Resolución 1995 de 1999 (disposiciones". Julio 8). "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica"
- El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la **Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso**.
- Ley 23 de 1981 en el artículo 34. **La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente**. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- La **Historia Clínica** debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

- Decreto 1011 de 2006 (abril 3). "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

- De la historia clínica debe conservarse, junto con los datos de identificación de cada paciente, **como mínimo durante quince años**, desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, la siguiente documentación: a) Las hojas de consentimiento informado

- Resolución 3100 del 2019 Por la **cual** se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

- Ley 1438 de 2011 (enero 19). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título VI de la prestación de servicios de salud".

- Resolución 2003 de 2014 (28 de mayo). "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Criterios procedimentales:

DESARROLLO

La lista aplicada en la auditoria de calidad de historia clínica de medicina consulta externa en la Subred suroccidente durante el I trimestre de 2025, ccontiene 51 ítems a evaluar agrupados en 2 criterios, distribuidos de la siguiente manera:

PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD FORMAL O COMPLETITUD. 40%

1. Evaluación de Calidad Formal 40 %							
		Optimo	Adecuado	Deficiente	No existe	No aplica	Total
1	Usa el formato indicado para la actividad-Usa el formato específico para la actividad contemplada						
2	Legibilidad- Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.						
3	Datos del paciente- Evalúa diligenciamiento de datos Nombre, Documento de identidad ,sexo, fecha de nacimiento del paciente, Edad, estado civil, Dirección, Teléfono, Procedencia, Ocupación, entidad, Régimen, Plan de Beneficios ,Nivel y Estrato						
4	Datos de Admisión- número de ingreso, finalidad de la atención, fecha de ingreso, responsable, Dirección del responsable, religión, Centro de atención, Acudiente, Nombre de acudiente, teléfono del acudiente ,responsable, nivel educativo, etnia, discapacidad, tipo de discapacidad, causa externa						
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta						
6	Enfermedad Actual-1. ¿Cuándo comenzó la enfermedad? 2. ¿Cómo comenzó la enfermedad? 3. ¿Cómo evoluciono? 4. ¿Qué síntomas asociados ha tenido relacionados con el motivo de consulta? 5. ¿Qué tratamiento ha recibido en ambiente ambulatorio y hospitalario? 6. ¿Qué presenta actualmente? 7. ¿Ha estado hospitalizado? 8.observaciones						
7	Antecedentes- Registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.						

DESARROLLO

8	Revisión por Sistemas- Se deben incluirse aquellos datos positivos o negativos hallados dentro del interrogatorio, que puedan servir de base para el diagnóstico inicial o que sean vitales para otros diagnósticos que el paciente pudiera padecer y que el motivo de consulta o la enfermedad actual no los evidencia.							
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis							
10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra							
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2							
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor							
13	Examen Físico - SISTEMAS - Estado general, Valoración cefalocaudal, Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLOGICO.) Observaciones.							
14	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico							
15	Análisis-Integra la información recolectada en la anamnesis, el examen físico y los posibles paraclínicos. Justifica la utilización de ayudas diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas que no encuentre contemplado en las guías institucionales							
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente							
17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental							
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior							

DESARROLLO

19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología, Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión) tipo de dieta, ordenes médicas, recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.							
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento							
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana							
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS							
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa							
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión							
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades							
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia							
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones							
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber							
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente							
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección							
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial							
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención							
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico							
34	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.							

DESARROLLO

35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado						
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema						
37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema						
38	indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes)-indicaciones dadas por el profesional						
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias						
40	Se cumple con estrategias para apoyo emocional y espiritual en relación con la enfermedad y tratamiento del paciente. En los casos que aplique-interconsultas para apoyo emocional						
41	Solicitud de interconsultas por el sistema						
42	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad						
43	Firma digitalizada						
44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional						
TOTAL							
2. Evaluación Calidad del contenido 60 %							
1	Coherencia entre anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica y tratamiento*-Coherencia entre anamnesis, examen físico y la impresión diagnóstica						
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico						
3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico						
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico-Existe pertinencia en el tratamiento						
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones						

DESARROLLO

6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P						
7	Pertinencia en la reconciliación medicamentosa-Se registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa (Incluye los auto-formulados, farmacología vegetal, homeopatía u otros medicamentos) y los medicamentos que va a formular en la presente atención, las decisiones terapéuticas tomadas de acuerdo a las interacciones medicamentosas encontradas.						

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

La adherencia al registro de la historia clínica del servicio de consulta externa para la subred suroccidente en calidad formal (completitud), calidad del contenido y resultado global para el periodo evaluado fue del 80% en rango aceptable según el estándar de adherencia de la subred.

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	% ADHERENCIA SUBRED
Evaluación de Calidad Formal 40 %	71%
Evaluación Calidad del contenido 60 %	87%
TOTAL	80%

Se evidencia que en cuanto a calidad formal la subred suroccidente, se encuentra en rango aceptable con 71% y en calidad del contenido de historias clínicas se encuentra en un rango aceptable con 87 %, para un resultado global aceptable de 80 %, según el estándar de adherencia de la subred.

Adherencia por localidades:

LOCALIDAD		
	NÚMERO DE HC	% ADHERENCIA
Localidad de Kennedy	254	78
Localidad de Bosa	112	81
Localidad de Puente Aranda	43	84
Localidad de Fontibón	42	81
SUBRED	451	80

La localidad de Bosa, con un total de 112 registros auditados obtuvo una adherencia global de 81 %, porcentaje en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred

BOSA

DESARROLLO

	SEDE	NUMERO DE HC	% ADHERENCIA
1	Hospital Bosa	55	74
2	Centro de Salud Pablo VI Bosa	19	92
3	Centro de Salud Villa Javier	13	82
4	Centro de Salud La Estación	9	82
5	Centro de Salud Olarte	6	87
6	Centro de Salud El Porvenir	6	86
7	Centro de Salud José María Carbonell	4	90

Se evaluaron 29 sedes en la subred; 5 hospitales y 24 centros médicos, la sede con mejor adherencia fue el centro médico Puerta de teja con el 96% de adherencia y la sede con adherencia desfavorable fue el Hospital Fontibón con 65%

En el Servicio de consulta externa se aplicó a las 451 historias clínicas, una lista de chequeo con 2 Criterios Mayores, a los que correspondieron 51 Subcriterios, cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas de la evaluación de la calidad formal y de la evaluación de la calidad del contenido. De los 51 Subcriterios evaluados, 20 ítems, obtuvieron resultado FAVORABLE 13 ítems obtuvieron calificación ACEPTABLE y 18 DESFAVORABLE requiriendo implementar estrategias puntuales de mejora.

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA						
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	KENNEDY	BOSA	PUENTE ARANDA	FONTIBÓN	SUBRED
	Evaluación					
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %					
1	Usa el formato indicado para la actividad-Usa el formato específico para la actividad contemplada	100	98	100	97	99
2	Legibilidad- Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.	98	98	98	99	98
3	Datos del paciente- Evalúa diligenciamiento de datos Nombre, Documento de identidad ,sexo, fecha de nacimiento del paciente, Edad, estado civil, Dirección, Teléfono, Procedencia, Ocupación, entidad, Régimen, Plan de Beneficios ,Nivel y Estrato	100	99	98	100	99

DESARROLLO

4	Datos de Admisión- número de ingreso, finalidad de la atención, fecha de ingreso, responsable, Dirección del responsable, religión, Centro de atención, Acudiente, Nombre de acudiente, teléfono del acudiente ,responsable, nivel educativo, etnia, discapacidad, tipo de discapacidad, causa externa	78	77	81	80	78
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta	89	92	94	94	91
6	Enfermedad Actual-1. ¿Cuándo comenzó la enfermedad? 2. ¿Cómo comenzó la enfermedad? 3. ¿Cómo evoluciono? 4. ¿Qué síntomas asociados ha tenido relacionados con el motivo de consulta? 5. ¿Qué tratamiento ha recibido en ambiente ambulatorio y hospitalario? 6. ¿Qué presenta actualmente? 7. ¿Ha estado hospitalizado? 8.observaciones	84	85	85	79	84
7	Antecedentes- Registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	76	73	81	90	77
8	Revisión por Sistemas- Se deben incluirse aquellos datos positivos o negativos hallados dentro del interrogatorio, que puedan servir de base para el diagnóstico inicial o que sean vitales para otros diagnósticos que el paciente pudiera padecer y que el motivo de consulta o la enfermedad actual no los evidencia.	66	76	83	85	72
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	93	90	93	92	92
10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	89	88	94	93	89
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2	71	82	84	73	75
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor	65	82	95	66	73

DESARROLLO

13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	58	70	77	80	65
14	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico	98	96	100	100	98
15	Análisis-Integra la información recolectada en la anamnesis, el examen físico y los posibles paraclínicos. Justifica la utilización de ayudas diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas que no encuentre contemplado en las guías institucionales	85	84	90	76	85
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	41	62	51	59	49
17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	90	89	82	89	89
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	53	52	76	57	55
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	55	65	70	68	60
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	82	85	89	77	83
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana	80	86	95	76	83
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	83	50	0	67	63
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	86	85	87	71	84
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	41	53	84	50	49
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	60	64	80	66	64

DESARROLLO

26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	45	51	61	48	48
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	36	47	64	41	42
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	39	65	75	56	51
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	11	18	19	11	13
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	17	7	32	12	16
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	14	7	26	12	13
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	42	33	42	31	39
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	63	76	78	71	69
34	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.	99	97	98	98	99
35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado	100	67	100	100	97
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema	97	100	100	95	98
37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema	100	100	100	100	100
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	56	55	45	51	54
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	34	38	52	38	37
40	Se cumple con estrategias para apoyo emocional y espiritual en relación con la enfermedad y tratamiento del paciente. En los casos que aplique-interconsultas para apoyo emocional	72	100	100	100	83
41	Solicitud de interconsultas por el sistema	99	100	100	100	99
42	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad	100	100	100	100	100
43	Firma digitalizada	95	96	100	95	96

DESARROLLO

44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional	99	96	98	99	98
	Subtotal	69	73	79	71	71
	2. Evaluación Calidad del contenido 60 %					
1	Coherencia entre anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica y tratamiento*-Coherencia entre anamnesis, examen físico y la impresión diagnóstica	98	97	97	98	98
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico	99	96	97	100	98
3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico	98	100	100	100	99
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico-Existe pertinencia en el tratamiento	99	100	96	97	99
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones	99	98	100	100	99
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	45	58	57	59	50
7	Pertinencia en la reconciliación medicamentosa-Se registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa (Incluye los auto-formulados, farmacología vegetal, homeopatía u otros medicamentos) y los medicamentos que va a formular en la presente atención, las decisiones terapéuticas tomadas de acuerdo a las interacciones medicamentosas encontradas.	96	100	100	87	96
	Subtotal	86	88	88	89	87
	TOTAL	**78**	**81**	**84**	**81**	**80**

ADHERENCIA DESFAVORABLE

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	**SUB RED**
	Evaluación	
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %	

DESARROLLO

13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	65
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	49
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	55
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	60
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	63
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	49
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	64
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	48
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	42
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	51
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	13
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	16
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	13
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	39
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	69
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	54
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	37
	2. Evaluación Calidad del contenido 60 %	
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	50

LOCALIDAD DE BOSA

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	Centro de Salud	Hospital Bosa	Centro de Salud José	Centro de Salud	Centro de	Centro de	Subred
	Evaluación							

DESARROLLO

1. Evaluación de Calidad Formal 40 %		El Porvenir		María Carbonell	La Estación	Salud Pablo VI Bosa	Salud Villa Javier	
1	Usa el formato indicado para la actividad-Usa el formato específico para la actividad contemplada	100	96	100	100	100	100	98
2	Legibilidad- Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.	94	98	100	93	98	100	98
3	Datos del paciente- Evalúa diligenciamiento de datos Nombre, Documento de identidad ,sexo, fecha de nacimiento del paciente, Edad, estado civil, Dirección, Teléfono, Procedencia, Ocupación, entidad, Régimen, Plan de Beneficios ,Nivel y Estrato	100	99	100	100	100	100	99
4	Datos de Admisión- número de ingreso, finalidad de la atención, fecha de ingreso, responsable, Dirección del responsable, religión, Centro de atención, Acudiente, Nombre de acudiente, teléfono del acudiente ,responsable, nivel educativo, etnia, discapacidad, tipo de discapacidad, causa externa	78	73	100	85	81	79	77
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta	100	84	100	100	100	100	92
6	Enfermedad Actual-1. ¿Cuándo comenzó la enfermedad? 2. ¿Cómo comenzó la enfermedad? 3. ¿Cómo evoluciono? 4. ¿Qué síntomas asociados ha tenido relacionados con el motivo de consulta? 5. ¿Qué tratamiento ha recibido en ambiente ambulatorio y hospitalario? 6. ¿Qué presenta actualmente? 7. ¿ Ha estado hospitalizado? 8.observaciones	89	79	100	89	95	85	85
7	Antecedentes- Registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar	94	65	92	85	79	64	73

DESARROLLO

	posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.							
8	Revisión por Sistemas- Se deben incluirse aquellos datos positivos o negativos hallados dentro del interrogatorio, que puedan servir de base para el diagnóstico inicial o que sean vitales para otros diagnósticos que el paciente pudiera padecer y que el motivo de consulta o la enfermedad actual no los evidencia.	83	64	100	63	91	92	76
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	100	80	100	100	100	92	90
10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	100	79	100	100	94	85	88
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2	94	72	100	85	98	82	82
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor	93	68	100	70	94	100	82
13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	78	57	100	67	93	72	70
14	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico	100	90	100	100	100	100	96

DESARROLLO

15	Análisis-Integra la información recolectada en la anamnesis, el examen físico y los posibles paraclínicos. Justifica la utilización de ayudas diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas que no encuentre contemplado en las guías institucionales	78	79	100	67	100	87	84
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	67	41	100	52	93	92	62
17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	100	77	100	100	100	100	89
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	80	46	100	78	40	38	52
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	83	57	67	52	88	67	65
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	100	73	100	100	100	87	85
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana	100	72	100	100	100	100	86
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	100	25	NA	NA	NA	NA	50
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	100	65	100	100	100	100	85
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	60	41	100	100	47	58	53
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	94	50	83	85	70	74	64
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	78	38	100	89	49	41	51

DESARROLLO

27	Educación y Recomendaciones-Registra la Educación y Recomendaciones	78	35	100	56	44	59	47
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	100	40	100	78	86	87	65
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	58	12	0	5	31	14	18
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	0	4	0	0	18	8	7
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	0	4	0	0	20	8	7
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	60	43	0	22	27	10	33
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	67	60	100	74	100	97	76
34	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.	100	96	100	93	98	100	97
35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado	NA	67	NA	NA	NA	NA	67
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema	100	100	100	100	100	100	100
37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema	100	100	100	100	100	100	100
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	83	55	100	33	67	43	55
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	39	25	75	26	80	38	38
40	se cumple con estrategias para apoyo emocional y espiritual en relación con la enfermedad y tratamiento del paciente. En los casos que aplique-interconsultas para apoyo emocional	NA	NA	NA	NA	100	NA	100

DESARROLLO

41	Solicitud de interconsultas por el sistema	100	100	100	100	100	100	100
42	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad	100	100	100	100	100	100	100
43	Firma digitalizada	100	95	100	100	95	100	96
44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional	100	95	100	85	100	100	96
	Subtotal	85	65	87	75	82	76	73
2. Evaluación Calidad del contenido 60 %								
1	Coherencia entre anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica y tratamiento*-Coherencia entre anamnesis, examen físico y la impresión diagnóstica	100	95	100	96	100	100	97
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico	100	97	100	95	100	95	96
3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico	NA	100	NA	100	100	100	100
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico-Existe pertinencia en el tratamiento	100	100	100	100	100	100	100
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones	100	100	100	78	96	100	98
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	50	44	67	63	95	46	58
7	Pertinencia en la reconciliación medicamentosa-Se registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa (Incluye los auto-formulados, farmacología vegetal, homeopatía u otros medicamentos) y los medicamentos que va a formular en la presente atención, las decisiones terapéuticas tomadas de acuerdo a las interacciones medicamentosas encontradas.	100	100	NA	NA	100	100	100

DESARROLLO

	Subtotal	89	83	91	88	98	87	88
	TOTAL	86	74	90	82	92	82	81

ADHERENCIA DESFAVORABLE

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	**BOSA**
	Evaluación	
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %	
13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	70
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	62
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	52
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	65
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	50
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	53
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	64
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	51
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	47
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	65
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	18
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	7
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	7
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	33
35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado	67
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	55
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	38
	2. Evaluación Calidad del contenido 60 %	
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	58

Resultado por perfil profesional:

DESARROLLO

ESPECIALIDAD			
	PERFIL PROFESIONAL	TOTAL	% ADHERENCIA
1	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	95
2	NEFROLOGIA PEDIATRICA	1	94
3	PERINATAL Y NEONATOLOGIA	1	93
4	MEDICINA FAMILIAR	8	92
5	OFTALMOLOGÍA	5	91
6	MEDICINA ALTERNATIVA	2	91
7	MEDICINA GENERAL MIXTA	13	90
8	MEDICINA INTERNA	6	90
9	MEDICO DOMICILIARIO	18	88
10	GINECOBSTETRICIA	17	88
11	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1	87
12	MEDICINA GENERAL	125	87
13	GENETICA	2	87
14	NEFROLOGIA	2	87
15	PEDIATRIA	15	84
16	CARDIOLOGIA	4	82
17	CIRUGIA PEDIATRICA	2	81
18	GASTROENTEROLOGIA	6	81
19	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA	9	80
20	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	79
21	CIRUGIA GENERAL	26	79
22	GINECOLOGÍA	39	76
23	NEUROLOGÍA	12	76
24	CIRUGIA DE LA MANO	2	76
25	PSIQUIATRÍA	19	75
26	NEUROPEDIATRIA	4	74
27	NEUROCIRUGIA	12	74
28	UROLOGIA	14	72
29	ORTOPEDIA	26	70
30	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA	7	69
31	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	2	67
32	DERMATOLOGIA	8	67
33	ORTOPEDIA PEDIATRICA	2	65
34	ANESTESIOLOGÍA	39	61
TOTAL		451	80

DESARROLLO

Se evaluaron 34 perfil profesional, la especialidad con mejor adherencia fue Dolor y Cuidados Paliativos con 95% de adherencia resultado óptimo y Anestesiología con 61%, resultado desfavorable según el estándar de adherencia de la subred.

Resultado por profesionales, localidades y sedes

Resultados por especialista

Para el periodo evaluado se revisaron 451 registros de historia clínica, de 338 profesionales, de los cuales se evaluaron 208 especialistas, 51 obtuvieron un resultados desfavorable; 93 aceptable y 144 un resultado óptimo según el estándar de adherencia de la Subred.

		MEDICINA FAMILIAR			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	MEDICINA FAMILIAR	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	93
		MEDICINA INTERNA			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	MEDICINA INTERNA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir		78
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	MEDICINA INTERNA	Bosa	Centro de Salud Villa Javier		73
		PEDIATRIA			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	PEDIATRIA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir		79

DESARROLLO

Resultados por medicina general

Para el periodo evaluado se revisaron 451 registros de historia clínica, de 338 profesionales, de los cuales se evaluaron 107 médicos general, 3 obtuvieron un resultados desfavorable; 43 aceptable y 62 un resultado óptimo según el estándar de adherencia de la Subred.

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD BOSA	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	73,90
ROBAYO DIAZ IVAN CAMILO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	85,45
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	75,50
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	82,35
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	91,10
VELASQUEZ GARCIA PAULA ANDREA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	92,40
BELTRAN ROZO LUIS ALBERTO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	79,00

DESARROLLO

RESULTADO DE INDICADORES POR HISTORIA CLINICA Y CRITERIOS

ALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA I TRIMESTRE 2024									
CRITERIOS									
LOCALIDAD	SEDE	N° TOTAL DE HC EVALUADAS	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 90%	% ADHERENCIA PARA LA SECRETARIA DE SALUD	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 85%	% DE CUMPLIMIENTO POR HC SUBRED	N° TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	N° TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLEN	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS
BOSA	SEDE								
	Hospital Bosa	55	17	31%	23	42%	2805	2087	74
	Centro de Salud Pablo VI Bosa	19	13	68%	18	95%	969	890	92
	Centro de Salud Villa Javier	13	5	38%	5	38%	663	542	82
	Centro de Salud La Estación	9	4	44%	4	44%	459	375	82
	Centro de Salud Olarte	6	2	33%	4	66%	306	267	87
	Centro de Salud El Porvenir	6	3	50%	3	50%	306	263	86
	Centro de Salud José María Carbonell	4	3	75%	3	75%	204	184	90
TOTAL		451	152	34%	205	45%	23001	18401	80

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

La adherencia a la auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa en el I trimestre del año 2025 fue del 80%, ubicada en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred; sin dar cumplimiento al **indicador del 90%.**
Con este resultado se presenta un aumento porcentual de 2 puntos con relación a la auditoria del primer trimestre de 2024, que fue de 78%.
El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 45% de cumplimiento según el estándar de adherencia.

De los 23001 criterios evaluados, 18401 criterios cumplieron con el estándar que equivalente al 80% de cumplimiento.
La sede con mejor adherencia fue el Centro de Salud puerta de teja con una adherencia del 96%, la de menor adherencia fue el Hospital de Fontibón con una adherencia del 65%.

DESARROLLO

ADHERENCIA DESFAVORABLE:

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	**SUB RED**
	Evaluación	
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %	
13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	65
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	49
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	55
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	60
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	63
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	49
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	64
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	48
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	42
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	51
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	13
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	16
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	13
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	39
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	69
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	54
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	37
	2. Evaluación Calidad del contenido 60 %	

DESARROLLO

6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	50

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

La adherencia global de la auditoria del I trimestre del año 2025 fue del 80% en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

A continuación, se describen la adherencia por **años** de la subred:

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	2021	2022	2023	2024	2025
Evaluación de Calidad Formal 40 %	75%	87%	78%	66%	71%
Evaluación Calidad del contenido 60 %	67%	93%	90%	88%	87%
% ADHERENCIA SUBRED	69%	90%	83%	78%	80%

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la calidad formal de completitud de registro y evaluación del contenido de la historia clínica de medicina, con énfasis en los siguientes subcriterios:

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	**SUB RED**
	Evaluación	
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %	
13	Examen Físico - Estado general. Valoración cefalocaudal. Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLÓGICO.) Observaciones.	65
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	49
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	55
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	60
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	63
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	49
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	64
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	48
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	42

DESARROLLO

28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	51
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	13
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	16
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	13
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	39
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	69
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	54
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	37
	2. Evaluación Calidad del contenido 60 %	
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	50

RIESGOS IDENTIFICADOS

- Riesgo de presentarse sucesos de seguridad durante el proceso de atención secundario a fallas en los registros.
- Riesgo afectación económica por demandas contenciosas administrativas, por incumplimiento de la normatividad relacionados con los requisitos de la historia clínica.
- Riesgo jurídico y deterioro de la imagen institucional por demandas impuestas por daños a las pacientes relacionadas con las fallas en los registros clínicos o por impertinencia en el manejo.

CONCLUSIONES

1. La adherencia al registro de la historia clínica de consulta externa de medicina en completitud y calidad del contenido en la subred suroccidente, para el I trimestre de 2025 fue 80% ubicándose en nivel aceptable para el estándar de la subred. Presentándose un aumento porcentual con relación a la auditoria del I trimestre del 2024.
2. De las 451 historias clínicas evaluadas, 152 historias clínicas, cumplen con el 90% de la adherencia según el estándar institucional. Es decir que el **34 %** de los registros cumplieron con el estándar y se encuentra en un nivel desfavorable.
3. Se evaluaron 29 sedes en la subred; 5 hospitales y 24 centros médicos, la sede con mejor adherencia fue el centro médico Puerta de teja con el 96% de adherencia y la sede con adherencia desfavorable fue el Hospital Fontibón con 65%

DESARROLLO

4. Se evaluaron 34 perfil profesional, la especialidad con mejor adherencia fue Dolor y Cuidados Paliativos con 95% de adherencia resultado óptimo y Anestesiología con 61%, resultado desfavorable según el estándar de adherencia de la subred.

5. Para el periodo evaluado se revisaron 451 registros de historia clínica, de 338 profesionales, de los cuales se evaluaron 208 especialistas, 51 obtuvieron un resultado desfavorable; 93 aceptable y 144 un resultado óptimo según el estándar de adherencia de la Subred; también se evaluaron 130 médicos general, 3 obtuvieron un resultado desfavorable; 53 aceptable y 74 con un resultado óptimo según el estándar de adherencia de la Subred.

RECOMENDACIONES

1. Retroalimentar a los líderes de los procesos evaluados sobre los resultados y los hallazgos de la presente auditoria.

2. Socializar los resultados en los espacios definidos enfatizando en los ítems con menor adherencia.

3. Generar compromisos en aquellos colaboradores que no cumplan con el estándar, especialmente aquellos con calificación inferior al estándar.

4. Fortalecer a los médicos los estándares de acreditación relacionados con la calidad del diligenciamiento de la historia clínica, y actualización de listas de chequeo de acuerdo a los criterios de Acreditación.

5. Fortalecer con los colaboradores la importancia de diligenciar adecuadamente los registros clínicos en aras de facilitar el ejercicio profesional, dar cumplimiento a los estándares requeridos y minimizar los riesgos en la prestación de los servicios.

6. Generar espacios de trabajo con dirección ambulatoria y dirección de gestión del riesgo para diseñar acciones de mejor que permitan ascender en el cumplimiento de la calidad de registro de las historias clínicas de medicina en la subred suroccidente.

7. Se recomienda que todos los formatos de historia clínica institucional de las diferentes especialidades cumplan con lo establecido por las normas vigentes que regulan la materia, como lo es la Resolución 1995 de 1999.

3.COMPROMISO

Se realiza el compromiso en la unidad de villa Javier la importancia de seguir con el correcto diligenciamiento en la HC cuando se realice la consulta que se ha evidenciado que se ha desmejorado la adherencia con un porcentaje desfavorable en el 2025, el propósito es mejorar según los hallazgos encontrados de cada profesional pode mejorar el correcto diligenciamiento y

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

DESARROLLO

en espera de la próxima auditoria para evaluar porcentaje de adherencia y tomar las respectivas acciones de mejora.

4.CIERRE

Se realiza cierre en la unidad de villa Javier de la socialización de la adherencia de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 recordando los compromisos ya mencionados.

FECHA: 14 DE JULIO DE 2025	TEMA: Socialización Auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 Centro de Salud Villa Javier

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Realizar oportuno registro en cada ítem mencionado en la auditoria	Profesional	Próxima auditoria
Debido registro en HC del paciente en cada casilla que se solicita	Profesional	Próxima auditoria
Reportar inmediatamente si se presenta alguna novedad ante el registro en la HC del paciente	Profesional	Próxima auditoria

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Jessner Almanza	79628311	Villa Javier	Medicina	Ambulatorio	
2						
3						
4						
5	Johanna Lobo O.	1001870669	Villa Javier	Medico Gral	Ambulatorio	
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 2
Fecha de aprobación: 26/01/2024
Código: 02-03-FO-0024

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 I Trimestre 2025. (73 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC: Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	14/07/2025	Fecha de finalizacion del plan :	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de	Johan Aragon	Direccion a la cúal pertenece:	Ambulatorio
Sede/Servicic	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva: ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 . (73%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1707136 CC 1000132470 No registra datos de admision	Diligenciar en la HC datos de admision como son, acompañante, etnia, nivel acadmeico, telefono	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No regostra Cuándo comenzó la enfermedad	Registrar en la HC el tiempo del cuadro presentado y si se realizo tratamiento previos	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra signos vitales	Diligenciar en la casilla de la HC saturacion de oxigeno	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	Realizar regsitro en la HC sobre la adherencia al plan de cuidado que se envio en la consulta anterio	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No describe la necesidad de una segunda opinión	Registrar en la HC, que el pciente tiene derecho a una sgeunda opinion siempre yc uando cumpla con su tratamiento y sea adherente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	Registrar en la HC la educaicon que se le brinda la paciente y familia en la casilla correcta, ya que se realiza de forma verbal mas no se registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra la Educación y Recomenmdaciones	Diligenciar en la HC la educacucion y las recomendaciones que se le brindan al paciente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		

No realiza Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo del paciente referente a seguridad del paciente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfemerades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de riesgo psicosocial	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre riesgo psicosocial ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No se registra la gestión de intervención	Diligenciar la gestion realizada sobre canalizacion de citas de interconsultas ya que se evidencia que realiza gestion mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra signos de alarma en forma especifica por patologia para consultar a urgencias	Registrar en la HC de forma de especifica los signos de alarma según patologia y cuando acudir por urgencias	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1707185 CC 1000782921 No registra plan de manejo individual y acorde a su patologia	Registrar en la HC el plan d emanjej que s ele brinda al paciente para e la proxima consulta verificar si fue adherriete al mismo	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No brinda indicaciones medicas (preparación para toma de exámenes)	Diligenciar en la HC la educacion que se brinda sobre la preparacion d elos exmaanes que envia el profesional	14/07/2025	Porxima Aduitoria		

Colaborador :	Nombre	Firma	Sede / proceso
Lider :	Nombre	Firma	Sede / proceso

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 2 | Fecha de aprobación 26/01/2024 | Código 02-03-FO-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 I Trimestre 2025. (82 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC. Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	14/07/2025	Fecha de finalizacion del plan :	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Robert Cañizares	Direccion a la cúal pertenece:	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva :( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 . (82%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1709686 CC 1002425664 No registra estado general	Registrar el examen fisico debe ser descriptivo, principalmente en organo blanco relacionado con motivo de consulta	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo del paciente referente a seguridad del paciente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfemerades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de riesgo psicosocial	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre riesgo psicosocial ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No se registra la gestión de intervención	Diligenciar la gestion realizada sobre canalizacion de citas de interconsultas ya que se evidencia que realiza gestion mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra signos de alarma en forma especifica por patologia para consultar a urgencias	Registrar en la HC de forma de especifica los signos de alarma según patologia y cuando acudir por urgencias	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1709687 CC 1000136844 No registra plan de manejo individual y acorde a su patologia	Registrar en la HC el plan d emanjej que s ele brinda al paciente para e la proxima consulta verificar si fue adhernete al mismo	14/07/2025	Porxima Aduitoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Robert Cañizares		V. Javier
Lider :	Ibet Mora Murcia	Ibet Mora M	Villa Javier

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 2 | Fecha de aprobación 26/01/2024 | Código 02-03-FO-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 I Trimestre 2025. (73 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC: Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	14/07/2025	Fecha de finalizacion del plan :	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Moises Moreno	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 . (73%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1703183 CC 10066278 No registra datos de admision	Diligenciar en la HC datos de admision como son, acompañante, etnia, nivel acadmeico, telefono	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra estado general	Registrar el examen fisico debe ser descriptivo, principalmente en organo blanco relacionado con motivo de consulta	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo del paciente referente a seguridad del paciente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra plan de manejo individual y acorde a su patología	Registrar en la HC el plan d emanjej que s ele brinda al paciente para e la proxima consulta verificar si fue adhernete al mismo	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No describe la necesidad de una segunda opinión	Registrar en la HC, que el pciente tiene derecho a una sgeunda opinion siempre yc uando cumpla con su tratamiento y sea adherente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfemerades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :			Moises Moreno Torres
Líder :	Ibet Mora Murcia	Ibet Mora Murcia	Villa Javier

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 2
Fecha de aprobación: 26/01/2024
Código: 02-03-F0-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 I Trimestre 2025 (75 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria interna (PAMEC Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025	
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	14/07/2025	Fecha de finalizacion del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Johanna Lobo	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva: ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 . (75%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1708948 CC 1000731408 No se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	Realizar regsitro en la HC sobre la adherencia al plan de cuidado que se envio en la consulta anterio	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	Registrar en la HC la educaicon que se le brinda la paciente y familia en la casilla correcta, ya que se realiza de forma verbal mas no se registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo del paciente referente a seguridad del paciente	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfemerades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de riesgo psicosocial	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre riesgo psicosocial ya que realiza demanda indicuda mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
No se registra la gestión de intervención	Diligenciar la gestion realizada sobre canalizacion de citas de interconsultas ya que se evidencia que realiza gestion mas no registra	14/07/2025	Porxima Aduitoria		
ID 1708946 CC 1006004003 No realiza registro completo del examen fisico	Diligenciar los items completos de la valoracion del examen fisico e la HC	14/07/2025	Porxima Aduitoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Johanna Lobo		Villa Javier
Lider :	Ibet Mora Murcia		Villa Javier