1. INFORMACIÒN GENERAL DE LA AUDITORIA

FECHA DEL INFORME	DD	MM	AA	INFORME PRELIMINAR ○ FINAL ●
	20	04	2026	

FECHA DE EJECUCIÒN DE LA AUDITORIA			
Fecha de inicio	2/02/2026	**Fecha de terminación**	9/04/2026
PERIODO DE LA AUDITORIA	II Semestre de 2025		
NOMBRE DE AUDITORIA	Auditoria de Autocontrol para la Medición de la Calidad de la Historia Clínica de Medicina General y Especializada en Consulta Externa de la Subred Suroccidente II Semestre 2025		
PROCESO AUDITADO	**Dirección de Servicios Ambulatorios**		
AUDITORIA	**REGULAR** ●	**ESPECIAL** ○	
RESPONSABLE DEL PROCESO	Director de Servicios Ambulatorios: David Eduardo Peñuela Jiménez		

LIDER DE LA AUDITORIA	**David Eduardo Peñuela Jiménez**
AUDITOR	**Carlos Alberto Gaviria Riaño**

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en completitud y pertinencia, del servicio de consulta externa, de medicina general y especializada correspondiente al II semestre de 2025.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA AUDITORIA:

- Evaluar la Calidad Formal o Completitud del Registro de Historia Clínica en el Servicio de Consulta Externa de Medicina General y Especializada, para el período Julio-diciembre de 2025.
- Evaluar la Calidad del Contenido o Pertinencia del Registro de Historia Clínica en el Servicio de Consulta Externa de Medicina General y Especializada, para el período Julio-diciembre de 2025.
- Identificar Oportunidades de Mejora que contribuyan o incidan en el logro del estándar superior u óptimo del registro en las historias clínicas, en los servicios consulta externa de la Subred Suroccidente.

3. ALCANCE

Historias Clínicas de Medicina General, Medicina General Mixta, y Especializada para los Servicios dependientes de la Dirección Ambulatoria, cuales son, Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Ginecobstetricia y Ortopedia de Consulta Externa, disponibles en Dinámica Web, en las unidades de la subred suroccidente de servicios de salud durante el II semestre de 2025.

4. JUSTIFICACIÓN

Evaluación Sistemática de Autocontrol, evaluando el cumplimiento frente a los criterios establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y a partir de los resultados evaluar oportunidades de mejora previas y generación de nuevas.

5. METODOLOGÍA

1. **Gestión de la información**:
Se verifica la lista de chequeo, y el informe anterior correspondiente al I semestre del año 2025.
Se recibe de Gestión de la información, la base de atenciones, incluyendo fundamentalmente, el nombre del servicio, los centros o unidades de atención, diagnósticos principales y relacionados, la especialidad incluyendo para Medicina General: Medicina General como tal, Medicina General Mixta, Medicina General prioritaria y Medicina General Crónicos. Las Especialidades descritas y el nombre de los profesionales.

No se consideró El UNIVERSO TOTAL NI CÁLCULO DE MUESTRA, como sí claramente lo realizó PAMEC para la auditoría previa, con la consideración de evaluar a todos los profesionales de los servicios y especialidades descritas con resultados previos correspondientes a calificación en rangos de ACEPTABLE E INFERIOR. Y además con el fin de determinar si se lograba la mejoría del registro a nivel óptimo. Sin embargo, una vez consolidados los resultados en nivel apenas aceptable, ligeramente por encima del 70%; por consiguiente, muy inferior al estándar de calidad de registro de historia clínica, correspondiente al 90% y además resultado considerado objetivamente como sesgado, al no haberse evaluado los profesionales con calificación previa en nivel óptimo, se continuó la auditoría, realizando evaluación a estos. Es de anotar, que, para los primeros, tanto de perfil Medicina General como de especialista, se realizó evaluación de dos (2) historias clínicas, incluyendo consulta Extin o resolutiva, prioritaria y Crónicos. Para los segundos profesionales con resultado anterior en calificación favorable u óptimo, se evaluó una (1) historia clínica. Para los profesionales de Ginecología, con HC extin resolutiva y resultado actual en nivel inferior y/o aceptable, se les evaluó adicionalmente una historia materno perinatal de control prenatal.

Se anota también, que para 33 profesionales adicionales, evaluados en la auditoría realizada por PAMEC para el I semestre de 2025 en su gran mayoría, Médicos Generales y algunos pocos Especialistas, no se evaluaron registros de historias clínicas, al no disponerse de su nombre, en la base enviada por Gerencia de la Información para el segundo semestre de 2025 o de manera muy parcial, por 1, 2 y hasta 3 meses, como a su vez el confirmarse su desvinculación laboral, cotejando con la base a partir de Enero de 2026, de la Dirección de Servicios Ambulatorios y con los líderes de los Centros donde laboraban.

Se realiza **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:

Criterios de evaluación:

a. **Optimo:** cumplimiento entre el 90 y 100 % de los requisitos
b. **Adecuado:** cumplimiento entre 70 y 89,9 % de los requisitos
c. **Deficiente:** cumplimiento entre 0 y 69,9 % de los requisitos
d. **No existe:** Sin cumplimiento
e. **No aplica**

RANGOS DE CALIFICACIÓN POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MÍNIMO	MÁXIMO	COLOR
DESFAVORABLE O INFERIOR	0	69	
ACEPTABLE	70	89,9	
FAVORABLE U ÓPTIMO	90	100	

Una vez aprobado el informe final: se enviará a la Líder del subproceso de calidad PAMEC, se subirá en Almera y socialización de resultados a los líderes de centros de sedes o centros de atención.

6. CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

Criterios legales:

- 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:

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 o patológicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, alérgicos, tóxicos, farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.						
8	Revisión por Sistemas: Se deben incluir 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, GLASGOW, PESO, TALLA, IMC, Saturación de O2, FiO2						
12	Valoración del Dolor: Registro de la intensidad escala del dolor, al momento del examen						
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, 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, acorde a la escala de salud 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						
19	Plan de manejo: Plan de manejo **acorde a su patología, al análisis**, Destino del paciente (urgencias, observación, hospitalización, remisión a especialidades) manejo farmacológico y no farmacológico.						
20	Aislamiento o usuario protegido: ¿Se responde a la necesidad y tipo de aislamiento?						
21	Profilaxis antibiótica: ¿Se responde a 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: Responde y/o describe la necesidad de una segunda opinión						
25	Identificación de necesidades educativas: Registra los campos relacionados con las 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 específico						
34	Impresión Diagnóstica: Diagnóstico 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.						
35	Consentimiento informado: Describe la necesidad del consentimiento informado						
36	Formulación de medicamentos por el sistema						
37	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: Los registra 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-remisiones para apoyo emocional						
41	Solicitud de remisiones por el sistema						
42	Datos del profesional-nombre, cédula, especialidad						
43	Firma digitalizada						
44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional						

TOTAL		Optimo	Adecuado	Deficiente	No existe	No aplica	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						
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 con las interacciones medicamentosas encontradas.						

7. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

7.1 Adherencia global:

La adherencia global al registro de la historia clínica del servicio de consulta externa para la Subred Suroccidente en calidad formal (completitud) y calidad del contenido

(Pertinencia) para el período evaluado fue del 78,24% en rango aceptable, acorde al estándar de calidad de la subred.

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	% ADHERENCIA SUBRED
Evaluación de Calidad Formal 40 %	76,46%
Evaluación Calidad del Contenido 60 %	80,27%
TOTAL	78,24%

Se evidencia acorde a los rangos de cumplimiento de la Subred, que la calidad formal se encuentra en rango aceptable con 76,46% y la calidad del contenido se encuentra también en rango aceptable con 80,27%, para un resultado ponderado global aceptable de 78,24 %.

7.2 Adherencia por localidades:

LOCALIDAD		
	NÚMERO DE HC	% ADHERENCIA
Localidad de Kennedy	62	78,76
Localidad de Bosa	56	76,81
Localidad de Puente Aranda	11	75,94
Localidad de Fontibón	19	82,05
SUBRED	148	78,24

Para la localidad de Kennedy**,** se auditaron 62 registros de Historias Clínicas distribuidas en 13 sedes, con resultados de adherencia global en 79%, correspondientes a calificación ACEPTABLE, acorde a la tabla de RANGOS DE CALIFICACIÓN POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO para la Subred.
Para la localidad de Bosa, con un total de 56 registros de H.C. auditados, distribuidos en 7 sedes, se obtuvo una adherencia global de 77%, en rango ACEPTABLE, acorde a la tabla descrita.
Para la localidad de Puente Aranda, se auditaron 11 registros de H.C. distribuidos en 3 sedes, con resultado de adherencia global de 76%, en rango ACEPTABLE, acorde a la tabla descrita.
Para la localidad de Fontibón, con 19 registros de H.C. auditados y distribuidos en 5 sedes, se obtuvo una adherencia global de 82%, en rango ACEPTABLE, acorde a la tabla descrita.

7.3. Resultados por sedes:

KENNEDY			
	SEDE	NUMERO DE HC	% ADHERENCIA
1	Hospital Occidente de Kennedy	14	74,55
2	Hospital pediátrico Tintal	8	79,8
3	Centro de Salud 29 Kennedy	1	90,9
4	Centro de Salud Bomberos	4	87,5
5	Centro de Salud Mexicana	3	92,3
6	Centro de Salud Patios	2	95
7	Centro de Salud Tintal	7	76,79
8	Centro de Salud Britalia	5	75,94
9	Centro de Salud Abastos	5	73,3
10	Centro de Salud Catalina	5	76,04
11	Centro de Salud Nueva Delicias	1	90,7
12	Centro de Salud Carvajal	4	78,8
13	Centro de Salud Alquería	3	74,5
FONTIBON			
	SEDE	NUMERO DE HC	% ADHERENCIA
1	Centro de Salud Zona Franca	9	77,46
2	Centro de Salud Centro día	4	91,95
3	Centro de Salud Internacional	3	78,
4	Centro de Salud Puerta de Teja	1	90,6
5	Centro de Salud San Pablo	2	84,7
PUENTE ARANDA			
	SEDE	NUMERO DE HC	% ADHERENCIA
1	Centro de Salud Trinidad Galán	9	73,26
2	Centro de Salud Asunción Bochica	1	94,8
3	Centro de Salud Alcalá Muzú	1	81,2
BOSA			
	SEDE	NUMERO DE HC	% ADHERENCIA
1	Hospital Bosa	20	74,24
2	Centro de Salud Pablo VI Bosa	6	81,87
3	Centro de Salud Villa Javier	6	76,53
4	Centro de Salud La Estación	8	73,70

5	Centro de Salud Olarte	6	74,75
6	Centro de Salud El Porvenir	7	81,01
7	Centro de Salud José María Carbonell	3	87

Se evaluaron 28 sedes en la subred; 3 hospitales y 21 centros de salud. En concordancia con las tablas de resultados por sedes, **Los Centros de la localidad de Kennedy con calificación en nivel ÓPTIMO** fueron los centros de salud Mexicana, Patios, Nueva Delicias y 29 Kennedy. **El centro con mayor calificación dentro del nivel ACEPTABLE fue Bomberos, con resultado de 87,55%**. Los demás centros, obtuvieron resultados, en el rango de 73,26 a 79,79%. **Ningún centro obtuvo calificación en rango inferior o inferior.**

Los Centros de la localidad de Fontibón **con calificación en nivel ÓPTIMO** fueron los centros de salud Centro de Salud Centro Día y Puerta de Teja. **El centro con mayor calificación dentro del nivel ACEPTABLE fue San Pablo, con resultado de 84,7%.** Los centros de Zona Franca e Internacional obtuvieron resultados de 77,46% y 78,03 respectivamente.

Para la localidad de Puente Aranda, se obtuvo resultado en nivel ÓPTIMO en el centro Asunción Bochica. Los Centros de Alcalá Muzú y Trinidad Galán, obtuvieron resultados de 81,2% y 73,26% respectivamente.

Todos los centros de la localidad de Bosa, obtuvieron calificación en nivel ACEPTABLE en rangos del 73,70% para el centro La Estación, hasta el 87% para el centro José María Carbonell. **Para el Hospital de Bosa, se obtuvo calificación del 74,24%.**

7.4. Resultado por criterios:

En el Servicio de consulta externa se aplicó a las 148 historias clínicas, una lista de chequeo con **2 Criterios Mayores**, como se describió en criterios procedimentales: **calidad formal o completitud y la calidad del contenido o pertinencia** a los que correspondieron **44 y 7 Subcriterios respectivamente** cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas De los 51 Subcriterios evaluados, 20 ítems, obtuvieron resultado FAVORABLE 13 ítems obtuvieron calificación ACEPTABLE y 18 DESFAVORABLE requiriendo implementar estrategias puntuales de mejora. El cumplimiento, se muestra en la siguiente tabla:

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA						
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	KENNEDY	BOSA	PUENTE ARANDA	FONTIBON	SUBRED
	Evaluación					
	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %					
1	Usa el formato indicado para la actividad: Usa el formato específico para la actividad contemplada	95	93	91	100	95
2	Legibilidad: Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.	97	95	97	100	96
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	100	100	100	100
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	56	60	58	56	58
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta	95	97	100	96,5	96

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	69	72	54,5	63	68,5
7	Antecedentes: Registro y actualización de antecedentes médicos o patológicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, alérgicos, tóxicos, farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más Adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	56	56,5	79	61	59
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.	82	78	88	88	81,5
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	91	93	100	95	93

10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	91	92	100	94	92,5
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2	91	93	100	98	94
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor	59	70	25	57	61
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.	74	67	61	86	72
14	Laboratorios y Paraclínicos- Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico	93,5	77	83	74	84
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	79	67	64	72	72,5
16	Identificación de riesgos clínicos- Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	62	58	61	65	61

17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta-Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	93	91	100	100	93,5
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	72	62	50	60	64
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.	81	73	76	79	77,5
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	54	74	82	78	67
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana	88	91	82	100	90
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	100	100	100	**NA**	100
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	48	44	33	54	46
24	Registro de segunda opción-Describe la necesidad de una segunda opinión	70	66	80	70	69
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con las necesidades	67	80	42	86	73

26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	58	64	54,5	68	62
27	Educación y Recomendaciones-Registra la Educación y Recomendaciones	59	56	54,5	67	58
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	72	83	82	86	79
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	25,5	27,5	18,5	33	27
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	8	10	21	5	9
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	**24**	46	100	27	58,5
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	59	62	72	67	62
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	70	74	54,5	79	71
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.	95	92	91	91	93
35	Consentimiento informado-Describe la necesidad del consentimiento informado	100	NA	NA	NA	100
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema	100	98	87,5	100	98

37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema	91	90	100	93	92
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	60	62,5	89	39	61
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	65	57	62,5	56	60
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	100	100	100	100	100
41	Solicitud de interconsultas por el sistema	96	91	90	98	94
42	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad	100	100	100	100	100
43	Firma digitalizada	90	98	100	100	95
44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional	76	93	85	98	94
	Subtotal	76,26	76	76	78,98	76,46
	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	86	78	70	88	82
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico	86	84,5	100	91	87

3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico	100	50	100	100	86
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico	91	86	87,5	91	89
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones	93	87	89	93	90
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	71,5	77	63	77	74
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.	56	48,5	43	42	51
	Subtotal	82	77,74	76,45	84	80,27
TOTAL		**79**	**77**	**76**	**82**	**78,24**

ADHERENCIA DESFAVORABLE

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA II SEMESTRE 2025		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	**SUBRED**
	Evaluación	

#	1. Evaluación de Calidad Formal 40 %	
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	58
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	68,5
7	Antecedentes: Registro y actualización de antecedentes médicos o patológicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, alérgicos, tóxicos, farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	59
12	Valoración del Dolor: Registro de la intensidad escala del dolor	61
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	61
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	64
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	67
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	46
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	69
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	62
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	58
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	27
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	9
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	58,5
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	62
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	61

39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	60
#	**2. Evaluación Calidad del contenido 60 %**	
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.	51

7.5 Resultado por perfil profesional:

ESPECIALIDAD			
	PERFIL PROFESIONAL	**TOTAL H.C.**	**% ADHERENCIA**
1	MEDICINA FAMILIAR	6	81,68
2	MEDICINA GENERAL Y MIXTA	106	79
3	GINECOBSTETRICIA	24	73,4
4	PEDIATRIA	8	79
5	ORTOPEDIA	2	78
6	ORTOPEDIA PEDIATRICA	2	77,6
TOTAL		148	**78**

Se evaluaron 6 perfiles profesionales, teniendo en consideración las siguientes observaciones:

- Medicina General y Medicina General Mixta, consolidado en un grupo, dado que varios profesionales, quedaron registrados en las historias clínicas, bien como Medicina General o como Medicina General Mixta.
- Ginecoobstetricia y Ginecología Dado que a varios profesionales se les realizó evaluación de 2 historias clínicas, al encontrarse para una historia clínica de Ginecología “Extin”, resultado inferior o desfavorable, correspondió evaluar un registro de control prenatal, en concordancia con lo ejecutado en la auditoría anterior, por PAMEC.
- Ortopedia y Ortopedia Pediátrica: Se evaluaron solamente a 2 profesionales, dependientes de la Dirección de Servicios Ambulatorios. Los demás profesionales de las especialidades pertenecieron a la Dirección Hospitalaria, por lo cual, no se evaluaron.

- Es de anotar para todos los perfiles, que al arrojar resultado óptimo o favorable, no se requirió realizar valuación de una segunda historia clínica y en caso contrario, sí; de la misma manera a lo realizado por PAMEC en la auditoría anterior.

El resultado para todos los perfiles profesionales se ubicó en resultado ACEPTABLE. Todos los resultados arrojados en este nivel fueron muy similares. El mayor porcentaje de adherencia fue para el perfil de Medicina Familiar con 82% y el menor, para Ginecoobstetricia con 73%.

Resultado por profesionales, localidades y sedes

7.5.1 Resultados por Especialista

Para el período evaluado se revisaron 148 registros de historia clínica, de 99 profesionales; de los cuales se evaluaron 24 especialistas dependientes de la Dirección de Servicios Ambulatorios, con los siguientes resultados: 6 obtuvieron resultado desfavorable;11 aceptable y 6 con resultado óptimo, acorde al estándar de calidad de la historia clínica, correspondiente al 90%.

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL
		MEDICINA FAMILIAR			
MENDIVELSO CASTRO JUAN CARLOS	MEDICINA FAMILIAR	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	2	77
BERMUDEZ GODOY JUDY CAROLINA	MEDICINA FAMILIAR	Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	2	85,45
VALENCIA CORTES RICHARD ANTONIO	MEDICINA FAMILIAR	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	2	83
		ORTOPEDIA			
NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL

VANEGAS GONZALEZ DANIEL HUMBERTO	ORTOPEDIA	Bosa	Hospital Bosa	2	78
		ORTOPEDIA PEDIATRICA			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
PEÑA SALGUERO VERONICA	ORTOPEDIA PEDIATRICA	Kennedy	Hospital pediátrico Tintal	2	78
		PEDIATRIA			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
TANOUX LOYO LILIANA JOSEFINA	PEDIATRIA	Kennedy	Hospital pediátrico Tintal	1	91
CAÑON RODRIGUEZ MARIA FERNANDA	PEDIATRIA	Kennedy	Hospital pediátrico Tintal	2	72
SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	PEDIATRIA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	2	74
CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA	PEDIATRIA	Kennedy	Hospital pediátrico Tintal	1	91
PEREZ VARGAS JULIANA CAROLINA	PEDIATRIA	Kennedy	Hospital pediátrico Tintal	2	78,5

		GINECOBSTETRICIA			
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**

GONZALEZ MEDINA LUZ ELENA	GINECOBSTETRICIA	Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	1	99
URUETA MARTINEZ MARTHA MARITZA	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	1	97
VILLALOBOS RODRIGUEZ DIANA MARCELA	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	2	83
PORTACIO RODRIGUEZ ASTRID FELICIA	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Centro de Salud Tintal	2	59
GALLO ROA MARGARITA	GINECOOBSTETRICIA	Puente Aranda	Centro de Salud Trinidad Galán	2	80
OSPINO DURAN EDER ALONSO	GINECOOBSTETRICIA	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	1	95
HINESTROZA ANTOLINEZ SEBASTIAN	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	2	61
HERNANDEZ CUEVAS CARLOS SEBASTIAN	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	2	81,5
BARON CASTAÑEDA GERMAN	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	2	60
GOMEZ POLANIA OMAR LEONARDO	GINECOOBSTETRICIA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	2	66
NARANJO MEDINA NATALIA FERNANDA	GINECOOBSTETRICIA	Bosa	Hospital Bosa	2	68

VILLOTA PAREDES JOSE ARQUIMEDES	GINECOOBSTETRICIA	Bosa	Hospital Bosa	2	67
ARGUELLO RINCON ALFONSO	GINECOOBSTETRICIA	Bosa	Hospital Bosa	1	93
CUELLO GOMEZ MEDARDO ELIAS	GINECOOBSTETRICIA	Bosa	Hospital Bosa	2	64

7.5.2 Resultados por Medicina General

Para el periodo evaluado se revisaron 106 registros de historia clínica, de 75 Médicos Generales, con los resultados a continuación, descritos en la tabla, por localidad, sede e historias clínicas evaluadas. Resultado Inferior o Desfavorable para 9; resultado Aceptable para 36 y resultado Óptimo o favorable, para 30, acorde a los criterios de evaluación descritos en el numeral 5 de METODOLOGÍA.

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD BOSA	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL
MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	1	82
INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	1	97
AYALA GONZALEZ DARIO DAVID	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud José María Carbonell	1	88
VILLANUEVA GONZALEZ DANIELA DEL	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud José María Carbonell	2	86,4

CARMEN					
OLARTE SILVA ANA MARIA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud La Estación	1	79,9
GOYENECHE NOVOA MARLON NICOLAS	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centros de Salud La Estación y Olarte	2	62,05
BARRETO AMADOR PAULA ANDREA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud La Estación	1	94,6
HERRERA CASTANEDA JHON HENRY	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud La Estación	1	79,6
YARA URREGO CRISTIAN YECID	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Olarte	1	82,70
PEÑA SUAREZ LUIS ANGEL	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Olarte	2	74,5
BUITRAGO CASTELLANOS ELIAS JOSUE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Olarte	2	77,85
BARON VARGAS PIERO GABRIEL	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud La Estación	2	73
VILLANUEVA PALLARES ARIANA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	1	91,60
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	58,40
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	2	79,25
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	92,1

STEVE					
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	91,80
RODRIGUEZ MOLINA FREDDY CAMILO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Hospital Bosa	2	64,9
GARCIA GORDILLO GINETH KARINA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Hospital Bosa	1	83,9
MORANTES VELANDIA SANTIAGO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Hospital Bosa	2	83,65
BURGOS TORRES JORGE ENRIQUE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Hospital Bosa	1	76,6
CASTRO RINCON DANIA ALEXANDRA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Hospital Bosa	2	67,15
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD FONTIBON**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
LAVERDE WILLIAM HENRY	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Centro Día	1	79,1
MILLAN PINZON CINDY MARIANA	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Centro Día	1	97,4
LEON SEPULVEDA MAURICIO	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Centro Día	1	96,8

REY HERNANDEZ ANGELA MARIA DEL PILAR	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Centro Día	1	94,5
CANO HURTADO MARCO ANTONIO	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Internacional	1	99,1
GOMEZ CORRECHA ANGELA MARIA	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Internacional	2	71,1
GALINDO BEJARANO RICARDO HERNAN	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Puerta de Teja	1	90,6
TAPIA COLINA CARMEN PATRICIA	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud San Pablo	1	90,60
CAICEDO CUESTA NICOLAS ANTONIO	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centros de Salud Zona Franca y San Pablo	2	61,8
PINEDO JULIO HERNAN ANTONIO	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	1	77,3
RODRIGUEZ RAMIREZ VANESSA CAROLINA	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	1	91,4
RODRIGUEZ YARA PAULA ANDREA	MEDICINA GENERAL	Fontibón	Centro de Salud Zona Franca	2	70
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD KENNEDY**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
LA ROTTA SANCHEZ	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Abastos	1	82,2

ZAIDA YUREIMA					
ESTUPIÑAN PACHON JORGE ANDRES	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Abastos	2	70,45
SALAS LAFFITA DAILYS	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Abastos	2	71,6
MAHECHA ORJUELA DAIRA MILENA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Alquería	1	76,3
BOLIVAR EBRATT FARID ENRIQUE	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Alquería	1	73,65
ORJUELA PARDO LINA MARIA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Bomberos	1	95,4
SAENZ RESTREPO MARTHA STELLA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Bomberos	1	90,7
GARCIA PRIETO GUSTAVO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Bomberos	2	82,05
GARZON RUBIO TANIA MARIA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Britalia	2	70
TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Britalia	2	74,6
SARMIENTO ARIAS HELBERT EVARISTO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Britalia	2	81,5
MORENO CASTIBLANCO ANGELICA ROCIO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Britalia	1	76,9

NIÑO FERNANDEZ FRANCISCO JAVIER	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Carvajal	1	91
GUARNIZO RAMIREZ ALVARO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Carvajal	1	77,5
CARVAJAL MONGUI RUBEN DARIO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Carvajal	2	73,35
RINCON TREJOS JHOAN MAURICIO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Catalina	1	92,7
CASTIBLANCO ORTIZ DANIELA ANDREA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Catalina	2	55,4
GLORIA LOZANO TATIANA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Catalina	2	88,35
MERCADO LÓPEZ LIZETH PAOLA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Mexicana	1	94,3
CELY CASTILLO JESSICA ALEJANDRA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Mexicana	1	91,8
MELO CARVAJAL HENRY	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Nueva Delicias	1	90,7
MELO GODOY JIOVANI	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Patios	1	95,4
SUAREZ JARAMILLO JOAN SEBASTIAN	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Mexicana	1	90,7
SILVA TOQUICA PEDRO ALEXANDER	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Patios	2	65,8

BARROS ACUÑA WILMER JOSE	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Patios	1	94,6
LEON TORRES JULIAN DAVID	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Tintal	1	91
ORTEGA BACCA ZULEYMA YUREMA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Tintal	1	84,4
LOZANO RIOS HENRY ALBERTO	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud Tintal	2	86,45
HERNANDEZ ROJAS LAURA VALENTINA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	1	93,2
PAEZ DIAZ JORGE NICOLAS ALEXANDER	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	1	61,5
BERNAL QUIROGA MELISSA	MEDICINA GENERAL MIXTA	Kennedy	Hospital Occidente de Kennedy	1	90,6
MURILLO ALARCÓN FERNANDA CAMILA NATALIA	MEDICINA GENERAL	Kennedy	Centro de Salud 29 Kennedy	1	90,9
NOMBRE PROFESIONAL	**ESPECIALIDAD**	**LOCALIDAD PUENTE ARANDA**	**SEDE**	**NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS**	**TOTAL**
AVILA VELANDIA LUIS FERNANDO	MEDICINA GENERAL	Puente Aranda	Centro de Salud Alcalá Muzú	1	81,2
LOPEZ SUESCUN HERNAN ARTURO	MEDICINA GENERAL	Puente Aranda	Centro de Salud Asunción Bochica	1	94,8

MUÑOZ VILLATE JUANA BOLENA	MEDICINA GENERAL	Puente Aranda	Centro de Salud Trinidad Galán	1	96,1
JIMENEZ ESTUPIÑAN HECTOR ANTONIO	MEDICINA GENERAL	Puente Aranda	Centro de Salud Trinidad Galán	2	71,9
MOSQUERA GALLEGO GUILLERMO EDUARDO	MEDICINA GENERAL	Puente Aranda	Centro de Salud Trinidad Galán	2	64,15

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD BOSA	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL
ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	MEDICINA GENERAL MIXTA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	1	90,5
RODRIGUEZ MOYA YOLANDA STEFANIA	MEDICINA GENERAL MIXTA	Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	2	65,05
GARCIA LOAIZA XIMENA ALEXANDRA	MEDICINA GENERAL MIXTA	Bosa	Hospital Bosa	2	74,65
OSORIO BERDUGO ZULEIMA INES	MEDICINA GENERAL MIXTA	Bosa	Hospital Bosa	1	96,3

8. HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES.

- La medición de la adherencia a la calidad de la historia clínica de Medicina General y Especializada (dependiente de la Dirección de Servicios Ambulatorios) y por tanto, para la consulta externa registrada en el período Julio a Diciembre de 2025 fue del 78,24% ubicada en calificación aceptable según el estándar de adherencia de la Subred; sin dar cumplimiento al **indicador del 90%.**

- La adherencia a la calidad, para el perfil de Medico General que también agrupa como se describió, Medicina General Mixta, fue del 79%, en calificación aceptable y la adherencia para el perfil de Médico Especialista, fue de 77,94%, también en calificación aceptable.

- **Acorde a la tabla de criterios y subcriterios descritos con resultado inferior o desfavorable, se describe a continuación el análisis de estos hallazgos o no conformidades:**

1. 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: 58%.

Se omite registrar la mayoría de los espacios correspondientes. Se considera de gran importancia, el registrar de manera correcta a la persona responsable del usuario, y el número de teléfono. Esto corresponde a familiar con el que convive u otro, aunque no sea acompañante o acudiente en consulta. Si el usuario informa no familiar, deberá registrarse el nombre del usuario. Se omite también con elevada frecuencia, el registro del acudiente para usuarios en rango de edad diferente a la infancia o preadolescencia. Si no lo hubiese, corresponderá registrar “Asiste solo”. También se omite el registro del nivel de educación, religión, pertenencia a grupo diferencial.

2. 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? 68,5%.

La descripción con el mayor número de estos criterios posibles, constituye un elemento o base fundamental de la historia clínica, para permitir de manera correcta el **enfoque** de la atención y constituye a posterioridad al establecer el análisis o concepto, enfocarse correctamente, integrando además los hallazgos positivos o anormales al examen físico e interpretación de paraclínicos.

3. Antecedentes: Registro y actualización de antecedentes médicos o patológicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos,

inmunológicos, alérgicos, tóxicos, farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan. 59%.

Se evidencia con moderada a elevada frecuencia, último registro de la gran mayoría, con tiempos de 6 a 12 meses, e incluso, cercano a los 2 años. Se evidencia también que el registro con frecuencia significativa, es de baja calidad, en los “Médicos o patológicos”; los tóxicos se omiten en elevado número de historias clínicas. También, el registro de los farmacológicos se halló muy poco. Además, es de relevancia mencionar que este ítem, con elevada frecuencia es evaluado como deficiente, por los auditores externos. El tiempo máximo de periodicidad para actualización de los de mayor relevancia, es de 4 meses.

4. Valoración del Dolor: Registro de la intensidad escala del dolor: 61%.

Es hallazgo frecuente, la ausencia de registro de la escala, incluso cuando el motivo de consulta está asociado a dolor. Si durante la realización del EF o la propia atención, el usuario niega dolor presente y por tanto, aunque sea parte del motivo de consulta y enfermedad actual, también deberá registrarse, y corresponderá escala de valor numérica 0.

5. Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente: 61%. Continúa en calificación deficiente, en comparativo a la auditoría anterior por PAMEC en 49%. Su correcto diligenciamiento, fundamentalmente debe hacerse, en concordancia a la anamnesis, incluyendo antecedentes, a los hallazgos de relevancia del examen físico, la interpretación de los paraclínicos, al propio análisis, y o asociados a las enfermedades de base, si las hubiere.

6. El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior: 64%. No se selecciona ninguna de las opciones: SI o NO. La selección puede decidirse, con claridad para las historias clínicas de” CRÓNICOS”. Pero también, para tipo de historia clínica “Extin”, acorde a si la enfermedad actual ya es conocida y ha tenido algún estudio y/o manejo. Si no fuese así, corresponde registrar: “No”.

7. Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento: 67%. No se selecciona ninguna de las opciones: SI o NO. En caso de que no aplicara, deberá registrarse como “No”.

8. Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa: 46%. **No se cambia el preregistro del “NO”** a la pregunta: ¿EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA? El bajo cumplimiento se refleja en **registros opuestos o contrarios al registro de tratamiento en la enfermedad actual.** También para tipo de historia clínica de “CRÓNICOS”, el hallazgo es semejante. Además, para la pregunta: “CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO”, se registra información diferente a lo registrado en el análisis, respecto a ajustes de dosis.

9. Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión: 69%. No se selecciona ninguna de las opciones: SI o NO.

10. Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia: 62%. A las varias preguntas correspondientes, del formato de la historia clínica, no se selecciona el “SI” o el “NO”. O se registra para todas o la mayoría, como “SI” o “NO”, no acorde a la información de aspectos correspondientes, registrada previamente. En caso de que no aplicase alguna delas preguntas, debe registrarse “NO”.

11. Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones: 58%. Para este espacio de recomendaciones, corresponde registrar propiamente, acorde a las necesidades educativas identificadas, las que sean pertinentes acorde a la HC del usuario. Se registra una EXTENSA educación general, que aplica a un gran número de usuarios y por lo tanto, no se enfoca el registro a la lectura de las necesidades educativas.

12. Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente: 27%. Aplica no solamente para riesgo de accidentes, sino también, acorde a lo relacionado con la política de seguridad de los pacientes. Se evidenció claramente, el no estarse considerando esta, para su registro. Los riesgos de seguridad, se pueden

registrar también en riesgos clínicos, en el análisis o dentro de la educación.

13. Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección: 9%. Estos riesgos, corresponde registrarlos, acorde a las atenciones no realizadas y por tanto no vigentes, según el histórico de folios de atenciones y en concordancia a la resolución 3280/2018. Por tanto, también identificables, acorde a la demanda inducida registrada.

14. Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial: 58,5%.

15. Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención: 62%. No corresponde propiamente a registrar información a este ítem, sino a la evidencia de registro de intervenciones pertinentes. Y se relaciona con la gestión o no, de intervenciones pertinentes y por tanto, correspondientes.

16. Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - **indicaciones dadas por el profesional**: 61%. Cumplimiento inferior o desfavorable al no registro en observaciones, del tiempo para toma de exámenes, o alguna otra de importancia. P.ej. dieta previa a exámenes.

17. Se describen signos de alarma para consultar a urgencias - Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias: 60%. Hallazgos tales como registro deficiente o muy parcial acorde a las enfermedades, y ausencia de descripción, sino se registra que “se informan los síntomas de alarma”.

18. 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: 51%. No se registra en el segundo espacio para la Reconciliación medicamentosa, cuando aplique. A la pregunta “CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO” no se le cambia el preregistro del “NO”, correspondiendo registrar “SI” diligenciar el espacio, acorde al análisis registrado, o copiando y pegando lo concerniente a este aspecto.

9. SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

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

A continuación, se describen los resultados de adherencia para los últimos 5 años, de la subred:

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	2022	2023	2024	2025	2026
Evaluación de Calidad Formal 40 %	87%	78%	66%	71%	76,46%
añosEvaluación Calidad del contenido 60 %	93%	90%	88%	87%	80,27%
% ADHERENCIA SUBRED	90%	83%	78%	80%	78,24%

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Fortalecer el registro de información de la calidad formal o completitud y del contenido o pertinencia de la historia clínica de Medicina general y especializada, con énfasis en los subcriterios descritos como hallazgos o no conformidades, y teniendo como base para la mejoría, el análisis de estos.

2. Socializar a la mayor brevedad posible, a todos los profesionales evaluados, así como a los nuevos contratados a partir de enero de 2026, este informe de auditoría, así como el archivo Excel de OBSERVACIONES de esta, realizadas en cada uno de los subcriterios con resultado inferior o desfavorable, e incluso en muchos resultados con calificación en nivel aceptable.

11. RIESGOS IDENTIFICADOS

- Riesgo de 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 de incremento del indicador o estándar para paciente hiperconsultante, en consulta externa.**

- Riesgo jurídico y deterioro de la imagen institucional, secundario a demandas interpuestas por daños a las pacientes relacionadas con las fallas en los registros clínicos o por impertinencia en el manejo.

12. CONCLUSIONES

1. La adherencia al registro de la historia clínica en calidad formal y calidad del contenido o pertinencia, en el servicio de Consulta Externa de Medicina General y Especializada dependiente de la Dirección Ambulatoria para el II semestre de 2025 fue 78,24%, en nivel aceptable, para el estándar del 90% de la Subred. Presentándose una ligera disminución porcentual respecto a la auditoria para el período Enero-marzo de 2025.

2. De las 148 historias clínicas evaluadas, 42 historias clínicas, cumplen con el estándar institucional de calidad del 90%, correspondiente al **29%**, comparativamente al **34%** de los registros de la auditoría realizada por PAMEC, para el primer semestre de 2025.

3. Se evaluaron 28 sedes en la subred; 3 hospitales y 21 centros de salud. Las sedes con mejor adherencia fueron Patios y Asunción Bochica, con 95% y 94,8% respectivamente. Los Centros con adherencia más baja, fueron Trinidad Galán y Abastos, con igual resultado del 73,26%.

4. Se evaluaron 6 perfiles profesional, dependientes de la Dirección Ambulatoria. **La especialidad con mejor adherencia fue Medicina Familiar, con** 81,68%, calificación dentro del rango de aceptable. **El perfil profesional con menor adherencia fue Ginecoobstetricia con** 73,4%, calificación también dentro del rango de aceptable. Para esta especialidad, se agruparon profesionales registrados como GINECOLOGÍA Y TAMBIÉN GINECOOBSTETRICIA.

5. Por consiguiente, no se obtuvo resultado de consolidado de historias en nivel inferior o desfavorable, para ninguna sede.

6. De un total de 99 profesionales, se evaluaron 24 Especialistas dependientes de la Dirección de Servicios Ambulatorios; con los siguientes resultados: 6 obtuvieron resultado desfavorable;11 aceptable y 6 con resultado óptimo, acorde al estándar de calidad de la historia clínica, correspondiente al 90%.

7. Se revisaron 106 registros de historia clínica, de 75 Médicos Generales, con resultado Inferior o Desfavorable para 9; resultado Aceptable para 36 y resultado Óptimo o favorable, para 30, acorde a los criterios de evaluación descritos en el numeral 5 de METODOLOGÍA.

13. RECOMENDACIONES

1. Enviar y Retroalimentar a todos los líderes de Sedes o centros de atención ambulatoria, este informe de Auditoría de Autocontrol.

2. Reforzar a través de la Profesional de Medicina del “Grupo Alfa”, la socialización de estos resultados, en todos los espacios definidos y enfatizando en los criterios y subcriterios con resultados de hallazgos o no conformidades.

3. Generar compromisos por los profesionales de Medicina General y Especializada que obtuvieron calificación en nivel desfavorable o inferior.

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, acorde los criterios de Acreditación.

5. Todos los formatos del “Tipo de historia Clínica” institucional de las diferentes especialidades deberán cumplir con lo establecido por las normas vigentes que regulan la materia, como lo es la Resolución 1995 de 1999.

SOLICITUD DE	PLAN DE MEJORAMIENTO	X	ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS

El plan de mejoramiento o de acción correctiva o preventiva solicitada se debe entregar en un término no superior de 5 días.

Auditoría de Autocontrol de la Dirección Ambulatoria realizada por:

Dr. Carlos Alberto Gaviria Riaño
Médico General y Auditor de Calidad en Salud
Dirección Ambulatoria
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Informe revisado por:

David Eduardo Peñuela Jiménez
Director de Servicios Ambulatorios
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.