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)CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)__CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 22 DE ABRIL DE 2026	LUGAR: CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MORA MURCIA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización de auditoria de autocontrol para la medición de la calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025en el centro de salud villa javier

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Salud
2.	Socialización de auditoria de Autocontrol para la Medición de la Calidad de la Historia Clínica de Medicina General y Especializada en Consulta Externa II Semestre 2025en el centro de salud villa Javier
3.	Cierre
4.	Compromiso

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 le informa a los profesionales que se les estará socializando la auditoria de medición de calidad de la historia clínica.

2. SOCIALIZACIÓN DE AUDITORIA DE AUTOCONTROL PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA II SEMESTRE 2025EN EL CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER

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.

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

DESARROLLO

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.

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

DESARROLLO

- 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,						

DESARROLLO

	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						

DESARROLLO

	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?						

DESARROLLO

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						

DESARROLLO

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						

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 con las interacciones medicamentosas encontradas.						

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 %.

Adherencia por localidades:

DESARROLLO

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

RESULTADOS POR SEDES:

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

DESARROLLO

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%.**

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					

DESARROLLO

	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

DESARROLLO

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

DESARROLLO

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

DESARROLLO

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

DESARROLLO

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

DESARROLLO

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

DESARROLLO

	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

DESARROLLO

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

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

DESARROLLO

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

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%.

		PEDIATRIA			
NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	NUMERO DE HISTORIAS EVALUADAS	TOTAL
SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	PEDIATRIA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	2	74

RESULTADOS POR MEDICINA GENERAL

DESARROLLO

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
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
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	1	91,80
ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	MEDICINA GENERAL MIXTA	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	1	90,5

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

DESARROLLO

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:

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.

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.

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

DESARROLLO

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.

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.

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.

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".

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".

Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa: 46%. **No se cambia el preregistro del "NO"** a la pregunta: ¿EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTEMEDICAMENTOS 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.

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

Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al

DESARROLLO

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".

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.

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.

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.

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

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.

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.

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".

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",

DESARROLLO

correspondiendo registrar “SI” diligenciar el espacio, acorde al análisis registrado, o copiando y pegando lo concerniente a este aspecto.

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%

OPORTUNIDADES DE MEJORA

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.

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.

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

DESARROLLO

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.

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%.

DESARROLLO

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.

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.

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

3 . COMPROMISOS

Se informa a los profesionales la importancia de tener presente las novedades encontradas en la auditoria y los ítems que hicieron falta i registro en la historia clínica, se procede hacer la acción de mejora a los profesionales que obtuvieron un porcentaje desfavorable y en espera de la próxima auditoria.

4 . CIERRE

Se realiza cierre de la socialización de la auditoria de Autocontrol para la Medición de la Calidad de la Historia Clínica de Medicina General y Especializada en Consulta Externa con los compromisos ya mencionados anteriormente.

FECHA: 22 DE ABRIL 2026	TEMA: Socialización de auditoria de Autocontrol para la Medición de la Calidad de la Historia Clínica de Medicina General y Especializada en Consulta Externa II Semestre 2025en el centro de salud villa Javier

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar al lider si se presenta alguna novedad con la HC	Profesionales	Inmediato
Mejorar la adherencia a la guia de hipotiroidismo	Profesionales	Diariamente
Realizar el debido registro en cada ítem evaluado dnde se obtuvo porcentaje desfavorable	Profesionales	Diariamente

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						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

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

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 3
Fecha de vigencia: 2020-2024
Código: 09-03-PO-0034

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025 . (Trimestre 2025. (79 %)

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 II semestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?:

Fecha de inicio del plan :	22/04/2026	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 seguimiento del Plan	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II smestre 2025	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 II semestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025 . (79%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1901618 CC 35505380 No registra datos de Admisión- numero 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	Registrar en la HC los datos que requiere del paciente	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnostico mas adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	Registrra en la Hc los antecedetes generales del paciente	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza revisión por Sistemas- Se deben incluirse aquellos datos positivos o negativos hallados dentro del interrogatono, que puedan servir de base para el diagnostico 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.	Registrar en la HC todos los hallazgos encontrados del paciente	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratonos sugestivos de tuberculosis	Diligenciar en la HC si presenta sintomas respiratorios	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	Registrar en la HC si presneta sintomas dermatologicos	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	Registrar en la HC la reconciliacion medicamentosa	22/04/2026	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	22/04/2026	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	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa	Diligenciar en la HC cuando se indague como se tma los medoicamentos en casa el paciente	22/04/2026	Porxima Aduitoria		

Powered by CamScanner

ID 1901657 CC 51851522 No identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidades	Rehgistrar en la HC la snecesidades identificadas del paciente en educacion de ciudado	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra plan de manejo individual y acorde a su patologia	Diligenciar en la HC el pan de ciudado del paciente	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	Registrar en la HC si el apciente fue adhenete al tratamiento anterior	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
ID 1922752 CC 52770340 Registrar en examen Fisico - Estado general Valoración cefalocaudal Descripción del órgano blanco afectado	Registrar en la HC si cuando se realiza el exane fisico si se evidencia afectacion de organo blanco	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	Registrra en la HC cuando se socialice los derechos y deberes	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		

Colaborador :	Johanna Lobo Nombre	 Firma	Villa Bauer Sede / proceso
Lider :	 Nombre	 Firma	 Sede / proceso

Powered by CamScanner

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

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión:	3
Fecha de aprobación:	26/01/2024
Código:	02-03-FO-0004

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025 I Trimestre 2026. (74 %)

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 II semestre 2025	
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan :	22/04/2026	Fecha de finalizacion del plan :	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Paula Sanchez	Direccion a la cúal pertenece:	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Porvenir	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II semestre 2025	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 II semestre 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 II semestre 2025 . (74%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1955134 CC 1034319354 No registra como comenzo la enfermedad actual	Registrar en la HC cuando empezo la enfermedad actual, tiempo, si ha recibido tratamito previo.	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza registro de toma de signos vitales	Realizar registro en la HC de la toma de signos vitales en las casilla correspondientes	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	Diligenciar en la Hc si identifica riesgo para salud mental o enfermedad mental	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfermerades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza regsitro de demanda inducida	Registrar en la HC la demanda inducida que realiza al paciente				
ID 1956168 CC 1023381710 No registra la solicitud de los laboratorios	Diligenciar en la HC si ya cuenta con toma d elaboratorios o requiere toma de laboatorios				
No registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	Registrar en la HC la reconciliacion medicamentosa				
No realiza la identificación de riesgo psicosocial	Diligenciar en la HC si realiza valoraicon de riegso psicosocial				
Registrar si existe pertinencia para el apoyo terapéutico	Registrar en la HC si existe pertinencia al apoyo terapeutico				

	Nombre	Firma	Sede proceso
Colaborador :	Paola Sanchez Perez		Villa Javier
Lider :	Ibet Mora		Villa Javier

Powered by CamScanner

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

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 7
Fecha de aprobación: 28/01/2024
Código: 02-03-FO-0004

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025 (Trimestre 2025 (58 %)

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 II semestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	22/04/2026	Fecha de finalizacion del plan :	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	JOHAN ARAGON	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	II smestre 2025	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 II semestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025 . (58%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa II semestre 2025	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1960486 CC 3076131 Se deben incluirse aquellos datos positivos o negativos hallados dentro del interrogatorio, que puedan servir de base para el diagnostico 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.	Registrar en la Hc todos los datos que se solicitan	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No describe la necesidad y tipo de aislamiento	Registrar en la HC si se indga sobre necesidad y tipo de asilamiento	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza Identificación y registro de los riesgos de segundad del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo del paciente referente a segundad del paciente	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No realiza la identificación de riesgo psicosocial	Diligenciar en la HC si realiza valoraicon de riegso psicosocial	22/04/2026	Porxima Aduitoria		
No registra las indicaicones medicas	Registrar en la HC las indicaciones medicas dada al paciente	22/04/2026	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	22/04/2026	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	22/04/2026	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	22/04/2026	Porxima Aduitoria		

Colaborador :	Nombre	Firma	Sede / proceso
Líder :	Nombre	Firma	Sede / proceso

Powered by CamScanner