Marque con una X según corresponda

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

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

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)
_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN __x_ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 08/05/2026	LUGAR: Virtual	HORA INICIO: NA (dado que es virtual)
RESPONSABLE: Director Servicios Ambulatorios - Médico Auditor PAMEC (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL: NA (dado que es virtual)

OBJETIVO DE LA REUNION

Realizar cierre de Auditoria de adherencia a la Guía de HTA correspondiente al I Trimestre de 2026.

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Generalidades de la Auditoria
2. Universo y muestra
3. criterios de evaluación
4. Resultados

REVISION DE COMPROMISOS

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

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

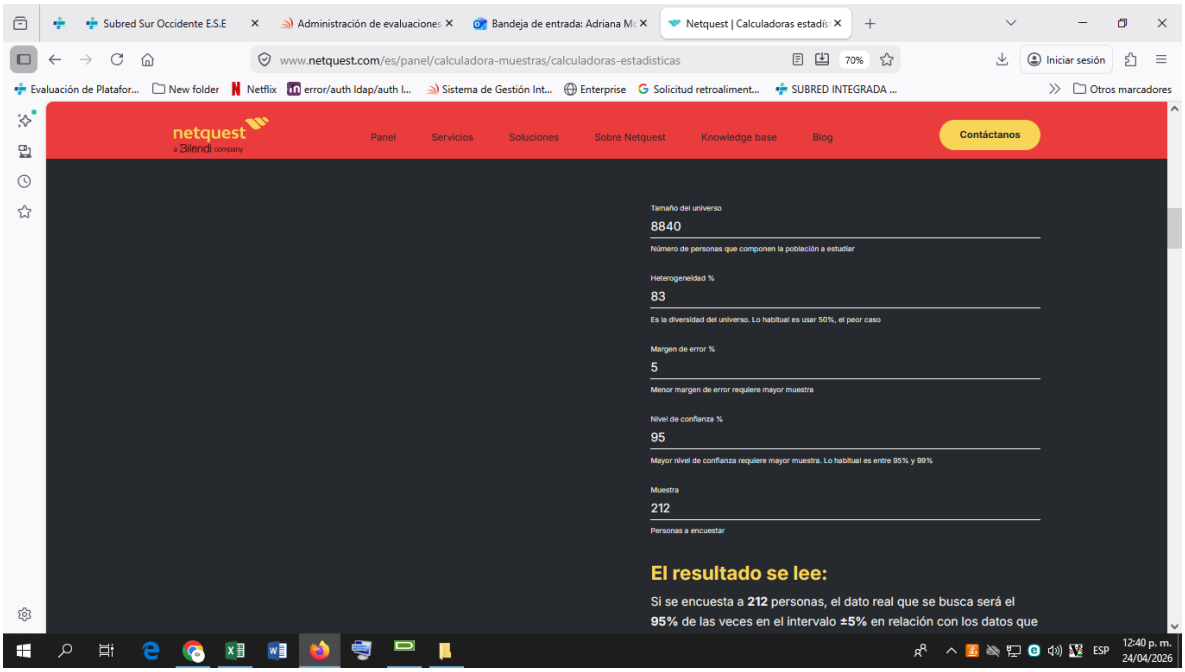
1. GENERALIDAD DE LA AUDITORIA

A. OBJETIVO:

Evaluación retrospectiva de las historias clínicas correspondientes a atenciones por hipertensión arterial elaboradas en el formato correspondiente (crónicos), teniendo en cuenta los criterios parametrizados por el instrumento de medición de la guía generados por atenciones realizadas durante el I trimestre del 2026 en las diferentes sedes de la Subred.

2. METODOLOGÍA DE MUESTREO:

Se recibe la base de datos exportada de dinámica gerencial con 10.920 registros, los cuales se revisan para quitar los repetidos para quedar con 8840 registros, al aplicar el cálculo muestra se toma estos 8840 con un dato de heterogeneidad del 83%, un nivel de confianza de 95% y margen de error del 5% generando un muestreo de 212 Registros clínicos. Sin embargo para realizar revisión de 2 historias clínicas a cada profesional se lleva la muestra a 232 registros auditados.



3. PARÁMETROS DE EVALUACIÓN:

	ESTANDAR ADHERENCIA SUBRED	ESTANDAR RESOLUCIÓN 408
Óptimo	Igual o mayor a 85%	Igual o mayor a 90%
Aceptable	Del 70% al 84.9%	NC
Desfavorable	Igual o menor a 69.9%	NC

DESARROLLO

- **Óptimo:** Institución que cumple y requiere mantenimiento en la calidad del programa.
- **Aceptable:** La institución requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos deficientes identificados en el programa.
- **Desfavorable:** La institución no cumple y requiere de manera urgente estructurar la adherencia a la guía, requiere asesoría técnica.

4. RESULTADOS

RESULTADO POR LOCALIDADES

LOCALIDAD	# SEDES EVALUADAS	No. HISTORIAS CLINICAS evaluadas)	% ADHERENCIA SUBRED	% ADHERENCIA RES 408
BOSA	7	89	84%	84%
KENNEDY	11	83	82%	82%
FONTIBON	5	41	90%	90%
PUENTE ARANDA	3	14	77%	77%
EQUIPO + BIENESTAR	1	5	71%	71%
TOTAL	27	232	84%	84%

La muestra generada fue de 212 registros clínicos, sin embargo, se realizaron 232 generando una segunda revisión a las calificaciones que en una primera revisión fueron menor a 90% y de los que de acuerdo a la base enviada tenía más de un registro.

BOSA: Se evaluaron 7 centros de salud con 89 registros clínicos donde el resultado en general (registro clínico y adherencia) se obtuvo una adherencia del 84 aceptable en la Subred y para la resolución 408 No cumple

KENNEDY: Se evaluaron 11 centros de salud con 83 registros clínicos donde el resultado en general (registro clínico y adherencia) se obtuvo una adherencia del 82 aceptable en la Subred y para la resolución 408 No cumple

FONTIBON: Se evaluaron 5 centros de salud con 41 registros clínicos donde el resultado en general (registro clínico y adherencia) se obtuvo una adherencia del 90 optimo en la Subred y para la resolución 408.

PUENTE ARANDA: Se evaluaron 3 centros de salud con 19 registros clínicos donde el resultado en general (registro clínico y adherencia) se obtuvo una adherencia del 77 aceptable en la Subred y para la resolución 408 No cumple.

DESARROLLO

EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR: Se evaluaron 5 registros clínicos donde el resultado en general (registro clínico y adherencia) se obtuvo una adherencia del 71% aceptable en la Subred y para la resolución 408 desfavorable.

En cuanto a la menor adherencia es el Equipo de Más Bienestar, al igual que tener presente que fueron solo 5 registros clínicos evaluados, y la de mayor adherencia fue la localidad de Fontibón con un 90% de adherencia.

RESULTADOS POR SEDES EVALUADAS

A continuación, se muestra los datos de cada centro de salud de acuerdo a su

LOCALIDAD DE KENNEDY				
	SEDES	N de HC evaluadas	SUBRED	RES 408
1	Centro de Salud Tintal	11	79	79
2	Centro de Salud Bomberos	9	79	79
3	Centro de Salud Patios	6	90	90
4	Centro de Salud Carvajal	5	87	87
5	Hospital Occidente de Kennedy	7	91	91
6	Centro de Salud Mexicana	8	87	87
7	Centro de Salud Britalia	12	79	79
8	Centro de Salud Abastos	4	65	65
9	Centro de Salud Alquería	4	87	87
10	Centro de Salud Catalina	7	72	72
11	Centro de Salud 29	10	84	84
LOCALIDAD DE BOSA				
	SEDES	N de HC evaluadas	SUBRED	RES 408
1	Hospital Bosa	15	77	77
2	Centro de Salud Pablo VI Bosa	19	82	82
3	Centro de Salud Villa Javier	17	89	89

DESARROLLO

4	Centro de Salud El Porvenir	16	88	88
5	Centro de Salud La Estación	11	86	86
6	Centro de Salud Olarte	5	59	59
7	Centro de Salud José María Carbonell	6	93	93

LOCALIDAD DE FONTIBON

	SEDES	N de HC evaluadas	SUBRED	RES 408
1	Centro de Salud Zona Franca	14	89	89
2	Centro de Salud Centro día	10	92	92
3	Centro de Salud Puerta de Teja	9	90	90
4	Centro de Salud Internacional	6	82	82
5	Centro de Salud San Pablo	2	100	100

LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

	SEDES	N de HC evaluadas	SUBRED	RES 408
1	Centro de Salud Trinidad Galán	8	74	74
2	Centro de Salud Asunción Bochica	9	76	76
3	Centro de Salud Alcalá Muzú	2	96	96

EQUIPO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

	SEDES	N de HC evaluadas	SUBRED	RES 408
1	Equipo más Bienestar en tu Hogar	5	71	71

De las 27 sedes evaluadas para la **localidad de Kennedy** de acuerdo al estándar de la Subred 5 unidades obtuvieron resultados satisfactorios (Patios, Carvajal, H. Kennedy, Mexicana y Alquería) y solo dos cumplen con la resolución 408 (Patios y H. Kennedy).
Para la **localidad de Bosa** de acuerdo al estándar de la Subred 4 unidades obtuvieron resultados satisfactorios (Porvenir, Villa Javier, Estación y José María Carbonell) y solo una unidad cumple con la resolución 408 (José María Carbonell).

DESARROLLO

Para la **localidad de Fontibón** de acuerdo al estándar de la Subred 4 unidades obtuvieron resultados satisfactorios (Zona franca, Centro Día, Puerta de Teja y San Pablo) y 3 unidades cumplen con la resolución 408 (San Pablo, Centro Día y Puerta de Teja).
Para la **localidad de Puente Aranda** de acuerdo al estándar de la Subred y la Res. 408, una unidad está en adherencia satisfactorio (Alcalá Muzu).
Para **Equipos de más Bienestar,** se encuentra en aceptable para la Subred y No cumple para la Res. 408.

HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

- La adherencia a la Guía de HTA para el cuarto trimestre es del 84% siendo un rango aceptable para la subred y **sin** dar cumplimiento a la resolución 408.

En cuanto a los hallazgos de registro clínico:

Adherencia DESFAVORABLE en cuanto al Registro Clínico:

- En cuanto al uso el formato de historia clínica de crónicos Desfavorable para la localidad de Kennedy, Bosa, puente Aranda y Equipos.
- No adecuado registro de la enfermedad actual, desfavorable para la localidad de Kennedy y Puente Aranda.
- Registro de antecedentes incluyendo los alérgicos, todas las localidades
- Registro del estado general del paciente, Kennedy y Puente Aranda.
- El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente, todas las localidades excepto Fontibón.
- El registro de la reconciliación medicamentosa, todas las sedes.
- Registro de demanda inducida a los programas de promoción y prevención, Kennedy, Bosa y Equipos.
- Profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados, todas las sedes excepto Equipos.

En cuanto a la adherencia a la guía:

Adherencia DESFAVORABLE en cuanto a Adherencia a la Guía de HTA

- Registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular, para la localidad de Kennedy y Puente Aranda
- Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico, para la localidad de Kennedy y Puente Aranda.
- Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, todas las localidades
- Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular, todas las localidades
- Se solicitan y/o registran paraclínicos, localidad de puente Aranda y Equipos.
- En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, todas las localidades excepto Fontibón.
- Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada, todas las localidades
- En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal

DESARROLLO

crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 , todas las localidades excepto Equipos

- En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, todas las localidades excepto Equipos
- Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos, todas las localidades excepto Fontibón.

RECOMENDACIONES

1. Socializar el instrumento aplicado para la evaluación de la adherencia a la guía de hipertensión arterial a todo el personal involucrado en el proceso de atención de los pacientes con dicha patología.
2. Socializar los resultados de la auditoria a aquellos profesionales con adherencia desfavorable, para establecer planes de mejoramiento individuales
3. Ajustar el proceso de identificación desde el ingreso del paciente que permita la utilización del formato de crónicos y garantizar el tiempo destinado para la primera valoración por dicha patología
4. Hacer énfasis en la importancia de la completitud y pertinencia del registro de la historia clínica, para la optimización de la adherencia a la calidad esperada por la Subred
5. Realizar capacitación y retroalimentación a los profesionales de medicina general, de los equipos más bienestar, así como especialista en medicina interna y familiar de la guía institucional de práctica clínica de hipertensión arterial

Resto de la descripción del Informe se puede revisar en el Informe donde esta desglosado por localidad, por unidad y por profesional.

FECHA: 08/05/2026	TEMA: Acta Cierre de Auditoria de HTA I Trimestre 2026

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**

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	**Dr. David Eduardo Peñuela**		**SRISSSO**	**Director servicio ambulatorio**	**Dirección de servicios ambulatorios**	
2	**Dr. Pablo García Melo**		**Calidad**	**Médico Auditor**	**PAMEC**	*Pablo García*

Marque con una X según corresponda

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

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 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 adherencia a la guía de hipotiroidismo en consulta externa I trimestre 2026 en el centro de salud villa Javier

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Saludo
2.	Socialización de auditoria de adherencia a la guía de hipotiroidismo en consulta externa I trimestre 2026 en el centro de salud villa Javier
3.	Compromisos
4.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

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

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. SALUDO

Se realiza saludo en la unidad de villa Javier donde se le informa a los profesionales que se estará socializando al auditoria de hipotiroidismo.

2. SOCIALIZACIÓN DE AUDITORIA DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPOTIROIDISMO EN CONSULTA EXTERNA I TRIMESTRE 2026 EN EL CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER

OBJETIVOS

General:

Medir la adherencia a la guía de práctica clínica de **HIPOTIROIDISMO EN CONSULTA EXTERNA** durante el primer trimestre del 2026 en la Subred Suroccidente

Específicos:

1. Evaluar el nivel de adherencia de los profesionales del servicio de consulta externa de medicina general (incluyendo atención domiciliaria) y especializada, a la guía de práctica clínica.
2. Evaluar el nivel de adherencia en la atención por Subred, localidades y Unidades de Atención.
3. Evaluar el nivel de adherencia por perfil profesional.
4. Identificar puntualmente los criterios con menor cumplimiento para generar planes de mejora.

JUSTIFICACIÓN

El hipotiroidismo constituye una de las primeras causas de morbilidad en los servicios de consulta externa de nuestra subred según el perfil epidemiológico, a su vez coherente con la prevalencia de la enfermedad a nivel mundial. Esta condición clínica es susceptible de ser detectada y tratada de manera oportuna impactando directamente la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo la posibilidad de aparición de complicaciones cardiovasculares y metabólicas, entre otras y derivadas de un inadecuado control de dicha patología.

Nuestra subred realiza de manera sistemática evaluación de la adherencia a las guías de manejo de las patologías más frecuentes que afectan a nuestra población, garantizando así la disminución de la variabilidad en el manejo clínico, e identificando y estableciendo oportunidades de mejora que impacten de forma positiva y continua en la calidad, resolutividad, seguridad y efectividad en el manejo de los pacientes con dicho diagnóstico.

METODOLOGÍA

1. Gestión de la información:

Se recibe base de datos entregada por gerencia de la información definiéndose un universo de 4634 registros. Luego de eliminar duplicados y atenciones no correspondientes durante el I trimestre del año en curso; se

DESARROLLO

aplica la calculadora estadística netquest, con una heterogeneidad del 52 %, un margen de error del 5% y una confiabilidad del 95% arrojando una muestra de 355 historias.

Se revisa la guía adoptada por la Subred, la lista de chequeo y el informe anterior.

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

3. Notificación de la Auditoria: Mediante envió por correo electrónico de acta de apertura de la Auditoria con lista de chequeo a la dirección ambulatoria.

4. Ejecución de la auditoria: Se exportan las HC de Dinámica de acuerdo con muestra de 355 registros, se aplica la lista de chequeo a cada uno de ellos descartando aquellos que no cumplen con criterios hasta completar la totalidad de la muestra

5. Tabulación, consolidado y análisis de resultados: Mediante la herramienta estadística disponible en el aplicativo Almera se realiza tabulación de los resultados de los registros auditados teniendo en cuenta la categorización establecida.

6. **Elaboración de informe preliminar**: Una vez consolidado los datos se realizará el informe preliminar y se enviará a la líder del PAMEC para su verificación

7. **Revisión y ajustes del informe preliminar:** Se modificará y ajustará el informe según recomendación por parte de la líder del PAMEC

8. **Aprobación del informe final y envió:** Se subirá al Almera el informe Final y se gestiona espacio para cierre con el director o líder de proceso si este lo requiere.

9. **Cierre de la auditoria**: Envió de acta de cierre a las direcciones de gestión del proceso evaluado con la socialización de los resultados de la auditoria.

10. **Socialización de resultados de auditoria:** Se envía acta de cierre a la dirección del proceso auditado con el fin de socializar los resultados de la auditoria. Se solicitan a los directores espacios para la realización de dicha actividad.

11. **Retroalimentación a profesionales:** Solicitar espacios institucionales como EAC o reuniones virtuales.

12. **Notificación de Oportunidades de Mejora**: Diligenciamiento del formato de notificación de oportunidades de mejora dependiendo de la adherencia obtenida.

Terminación de la Auditoria: Se dará por terminada la auditoria por parte del líder PAMEC a solicitud del auditor una vez surtido el procedimiento anterior. Se realizará a posteriori la verificación de los planes de mejora.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y PARÁMETRO DE EVALUACIÓN

La lista elaborada para su aplicación en la auditoría de adherencia a la guía de hipotiroidismo contiene 11 ítems a evaluar.

DESARROLLO

Los criterios de evaluación se realizan de forma cualitativa bajo la denominación Cumple, No Cumple o No Aplica.

La calificación total de la lista de chequeo, aplicada para cada historia evaluada, es producto de la sumatoria porcentual asignada para cada criterio y los parámetros de calificación son establecidos de acuerdo con el estándar de la subred.

No.	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
1	¿Describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo?				10
2	Interroga sobre patologías asociadas al hipotiroidismo				9
3	¿Describe los factores de riesgo a tener en cuenta para el diagnóstico y manejo de la patología?				9
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?				9
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?				9
6	¿El examen físico se encuentra orientado hacia la búsqueda de signos específicos relacionados con el hipotiroidismo?				9
7	¿Se solicita TSH en pacientes con criterios clínicos definidos según la guía?				9
8	¿Se tienen en cuenta las recomendaciones para solicitar TSH y T4 libre (población de riesgo)?				9
9	¿Si utiliza levo tiroxina como tratamiento de elección tiene en cuenta las recomendaciones para su prescripción y manejo?				9
10	Si el paciente es remitido se tienen en cuentan las recomendaciones establecidas en la guía ?				9
11	Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias				9
TOTAL					100

CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

Criterios Procedimentales:

Los criterios son evaluados de forma cualitativa bajo la denominación Cumple, No cumple o No aplica y su representación porcentual está tipificada por el instrumento.

La calificación total de la lista de chequeo, aplicada para cada historia clínica evaluada, es producto de la sumatoria porcentual asignada para cada grupo de criterios, los parámetros de calificación son establecidos de acuerdo con los estándares de adherencia a guías de manejo, de la Subred:

DESARROLLO

NIVEL	ESTANDAR ADHERENCIA SUBRED
OPTIMO	Igual o mayor a 85%
ACEPTABLE	Del 70% al 84.9%
DESFAVORABLE	Igual o menor a 69.9%

- **Optimo:** Institución que cumple y requiere mantenimiento en la calidad del programa.
- **Aceptable:** La institución requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos deficientes identificados en el programa.
- **Desfavorable:** La institución no cumple y requiere de manera urgente estructurar la adherencia a la guía, requiere asesoría técnica.

El instrumento de auditoría Institucional se normalizó en aplicativo Almera con el código: 02-06-FO-0130

5.2 Criterios Legales:

- Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud por el cual se establecen las normas para el manejo y contenido de la historia clínica en Colombia.
- Decreto 1011 del 3 de abril del 2006 del Ministerio de Protección Social por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
- Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica V3 - Código Almera: 14-06-MA- 0001.

Guía adoptada de práctica clínica - Diagnóstico y tratamiento de Hipotiroidismo primario y subclínico en el adulto - Código EX10-01-GP 0039

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

ADHERENCIA GLOBAL

La adherencia a la guía de manejo de **HIPOTIROIDISMO** correspondiente al I trimestre del año 2026 para los servicios de consulta externa de la subred fue del **78%,** en rango ACEPTABLE según el estándar de adherencia de la Subred, presentando un incremento de 26 puntos porcentuales con respecto a la auditoría del I trimestre del año 2025.

ADHERENCIA POR LOCALIDADES Y SEDES

LOCALIDADES Y SEDES	N. HC	% ADHERENCIA
Hospital Bosa	48	79%
Centro de Salud Villa Javier	27	77%
Centro de Salud El Porvenir	26	73%
Centro de Salud Pablo VI Bosa	20	78%
Centro de Salud La Estación	15	87%

DESARROLLO

Centro de Salud Olarte	11	70%
Centro de Salud José María Carbonell	11	77%
BOSA	158	78%

Todas las localidades obtuvieron resultados en ACEPTABLE; de las 27 sedes evaluadas, 21 obtuvieron adherencias en rango ACEPTABLE, 3 en FAVORABLE y 3 en DESFAVORABLE.

CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS:

SUBRED

No.	CRITERIO EVALUADO	% CUMPLIMIENTO (SUBRED)
1	¿Describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo?	86
2	¿Interroga sobre patologías asociadas al hipotiroidismo?	100
3	¿Describe los factores de riesgo a tener en cuenta para el diagnóstico y manejo de la patología?	92
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?	25
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?	42
6	¿El examen físico se encuentra orientado hacia la búsqueda de signos específicos relacionados con el hipotiroidismo?	92
7	¿Se solicita TSH en pacientes con criterios clínicos definidos según la guía?	100
8	¿Se tienen en cuenta las recomendaciones para solicitar TSH y T4 libre (población de riesgo)?	98
9	¿Si utiliza levotiroxina como tratamiento de elección tiene en cuenta las recomendaciones para su prescripción y manejo?	99
10	¿Si el paciente es remitido se tienen en cuenta las recomendaciones establecidas en la guía?	100
11	¿Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias?	64
Total		**78%**

La adherencia obtenida a nivel general por criterios evidencia cumplimiento **satisfactorio** en los numerales 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 y 10.

Los demás criterios fueron evaluados con nivel **crítico** recomendándose mayor completitud en la descripción de manifestaciones clínicas propias del enlentecimiento de los procesos metabólicos, la descripción de los hallazgos clínicos al examen característicos del hipotiroidismo y las recomendaciones y signos de alarma.

LOCALIDADES

BOSA:

DESARROLLO

No	CRITERIO EVALUADO	%
1	¿Describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo?	89
2	Interroga sobre patologías asociadas al hipotiroidismo	100
3	¿Describe los factores de riesgo a tener en cuenta para el diagnóstico y manejo de la patología?	92
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?	21
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?	43
6	¿El examen físico se encuentra orientado hacia la búsqueda de signos específicos relacionados con el hipotiroidismo?	91
7	¿Se solicita TSH en pacientes con criterios clínicos definidos según la guía?	100
8	¿Se tienen en cuenta las recomendaciones para solicitar TSH y T4 libre (población de riesgo)?	96
9	¿Si utiliza levotiroxina como tratamiento de elección tiene en cuenta las recomendaciones para su prescripción y manejo?	100
10	¿Si el paciente es remitido se tienen en cuentan las recomendaciones establecidas en la guía?	100
11	Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	65
Total		**78%**

La localidad obtuvo adherencia de 78%. 8 criterios obtuvieron resultado favorable y 3 criterios en desfavorable

ADHERENCIA POR SEDES

BOSA

		SEDE						
No	CRITERIO EVALUADO	Carbonell	Porvenir	Estación	Olarte	Pablo VI	Villa Javier	Hospital Bosa
1	¿Describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo?	75	83	100	89	76	92	95
2	Interroga sobre patologías asociadas al hipotiroidismo	100	100	100	100	100	100	100
3	¿Describe los factores de riesgo a tener en cuenta para el diagnóstico y manejo de la patología?	82	88	100	82	90	96	96
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?	20	8	43	27	16	18	24
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias	10	38	86	27	31	37	52

DESARROLLO

	al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?							
6	¿El examen físico se encuentra orientado hacia la búsqueda de signos específicos relacionados con el hipotiroidismo?	100	88	100	82	100	92	85
7	¿Se solicita TSH en pacientes con criterios clínicos definidos según la guía?	100	100	100	100	100	100	100
8	¿Se tienen en cuenta las recomendaciones para solicitar TSH y T4 libre (población de riesgo)?	100	87	NA	50	100	100	100
9	¿Si utiliza levotiroxina como tratamiento de elección tiene en cuenta las recomendaciones para su prescripción y manejo?	100	100	100	100	100	100	100
10	¿Si el paciente es remitido se tienen en cuentan las recomendaciones establecidas en la guía?	100	100	100	100	100	100	100
11	Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	91	69	60	36	90	63	56
Total		**77%**	**73%**	**87%**	**70%**	**78%**	**77%**	**79%**

1 sede obtuvo resultado FAVORABLE y 6 en ACEPTABLE.

CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR POR HISTORIA CLÍNICA

Indicador: El estándar es el número de historias que cumplen con el estándar mayor o igual al 85**%.**

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR POR HISTORIA CLÍNICA							
Localidad	Cumplimiento Mayor o igual a 85 %		Cumplimiento Entre 70 % y 84,9 %		Cumplimiento Menor a 70 %.		Historias auditadas
Kennedy	44	37%	51	43%	23	20%	**118**
Fontibón	25	42%	11	20%	18	38%	**54**
Bosa	54	34%	58	37%	46	29%	**158**
Puente Aranda	8	32%	4	16%	13	52%	**25**
SUBRED	**131**	**37%**	**124**	**35%**	**100**	**28%**	**355**

Este indicador arroja que en la Subred únicamente un 37% de las historias clínicas, cumplen con el estándar del 85%. Así mismo en las 4 Localidades este cumplimiento es igual de bajo, siendo la localidad de Fontibón la que tiene el mayor porcentaje de historias con cumplimiento (42%). Lo que indica la necesidad de realizar un plan de mejora, con el fin de aumentar la calidad y la consistencia del registro de las historias clínicas.

DESARROLLO

Los ítems de menor adherencia guardan relación con la descripción de la enfermedad que no incluye los signos y síntomas presentados con mayor frecuencia en el curso de la patología como son: intolerancia al frio, voz ronca, constipación, túnel del carpo o apnea del sueño. Son hallazgos clínicos propios de la patología y no se consignan de manera coherente con el diagnóstico

ADHERENCIA DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS POR SEDES

LOCALIDADES Y SEDES	Número de historias que cumplen con el estándar	NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS	% ADHERENCIA SUBRED	Número de criterios que cumplen con el estándar	NÚMERO DE CRITERIOS EVALUADOS	% ADHERENCIA SUBRED
BOSA			**%**			**%**
HOSPITAL DE BOSA	**16**	48	**33%**	337	**426**	**79%**
PABLO VI BOSA	**7**	20	**35%**	136	**173**	**79%**
VILLA JAVIER	**9**	27	**33%**	184	**238**	**77%**
LA ESTACIÓN	**10**	15	**66%**	104	**120**	**87%**
OLARTE	**3**	11	**27%**	65	**94**	**69%**
CARBONELL	**3**	11	**27%**	73	**95**	**77%**
EL PORVENIR	**6**	26	**23%**	167	**226**	**74%**
ALCALÁ MUZÚ	**0**	5	**0%**	23	**40**	**57%**
SUBRED	**131**	**354**	**37%**	2393	**3079**	**78%**

De 3079 criterios evaluados en las 354 historias clínicas, cumplieron 2393 es decir un 78% en nivel ACEPTABLE. 4 sedes obtuvieron cumplimiento crítico en rangos entre 57% y 69%. Siendo la Estación quien obtuvo el mejor resultado con el 87% en rango FAVORABLE y Alcalá Muzu el menor puntaje con el 57%.

ADHERENCIA POR PERFIL PROFESIONAL:

Perfil Profesional	HC	Adherencia (%)
Medicina general	331	78%
Medicina Interna	17	75%
Medicina Familiar	7	86%

Teniendo en cuenta el perfil profesional. El mejor puntaje lo obtuvieron los médicos familiares con el 86% de adherencia en rango FAVORABLE, Seguidos de los médicos generales con un 78% en rango ACEPTABLE y luego Los médicos internistas obtuvieron un resultado también ACEPTABLE del 75%.

ADHERENCIA POR PROFESIONALES:

La adherencia individual por profesional registra el siguiente resultado:

PROFESIONAL	PERFIL	N. HC	SEDE	%

DESARROLLO

ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	Medicina Familiar	2	Villa Javier	85
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	Medicina General	4	Villa Javier	68
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	Medicina General	4	Villa Javier	80
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	Medicina General	4	Villa Javier	84
GACHANCIPA ORTIZ JUAN FELIPE	Medicina General	4	El Porvenir	84
INFANTE HERNANDEZ YANELA	Medicina Familiar	3	El Porvenir	77
INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	Medicina General	4	El Porvenir	74
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	Medicina General	3	Villa Javier	86
MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	Medicina General	3	El Porvenir	56
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	Medicina Interna	3	Villa Javier 62/Tintal 44	56
PEREZ CANO JUAN PABLO	Medicina General	3	Villa Javier	80
QUINTERO PADILLA ORIANA MARIA	Medicina General	3	Villa Javier	71
RAMIREZ GUERRERO JAMES	Medicina General	3	El Porvenir	59
RODRIGUEZ MEDINA ANGIE PAOLA	Medicina General	3	El Porvenir	78
SILVA GALVIS NICOLAS	Medicina General	2	Villa Javier	80
TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	Medicina General	4	El Porvenir	71
ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	Medicina General	3	El Porvenir	81

37 de los 128 profesionales evaluados obtuvieron un resultado favorable. 64 profesionales obtuvieron un resultado aceptable. Los otros 27 profesionales restantes obtuvieron un resultado desfavorable.

Para esta evaluación se evidenciaron un mayor número de profesionales que obtuvieron un resultado favorable y aceptable, en comparación con la auditoría del año anterior.

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

- Se cuenta con registros clínicos sistematizados (dinámica gerencial) en la totalidad de las sedes.
- La Subred cuenta con guía de manejo adoptada “DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO Y SUBCLINICO EN EL ADULTO” Evidencias y recomendaciones 2016 (***INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL***), adoptada en noviembre de 2023 y socializada a los profesionales de la Institución.
- Se cuenta con talento humano idóneo, capacidad tecnológica y recursos que garantizan la prestación integral del servicio con atributos de calidad en la Subred.
- Se viene realizando medición de la adherencia a la guía permitiendo identificar las no adherencias y generar planes de mejora continua.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

Los criterios evaluados con nivel de adherencia **crítico** fueron los siguientes:

DESARROLLO

No.	CRITERIO EVALUADO	% CUMPLIMIENTO (SUBRED)
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?	25%
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?	42%
11	¿Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias?	64

Evidenciándose una mejora significativa con respecto a la adherencia por criterios de la auditoria del año 2025, donde de 6 criterios incumplidos para esa vigencia se pasó a 3 criterios incumplidos en esta vigencia.

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

PERÍODO	I TRIMESTRE 2024	I TRIMESTRE 2025	I TRIMESTRE 2026
SUBRED	**55%**	**52%**	**78%**

La adherencia para el período actual fue de 78%, con un INCREMENTO de 26 puntos porcentuales con respecto a la auditoría del año anterior, pasando de nivel desfavorable a aceptable.

Se encontró que las no conformidades hacen referencia principalmente en la consignación de los signos y síntomas con respecto a la acumulación de la matriz de glucosaminoglicanos y a las manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos; Mejorando sustancialmente el diligenciamiento en la historia clínica de los demás criterios de la lista de chequeo que hacen referencia a las recomendaciones de la guía.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la adherencia a la guía de **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO Y SUBCLINICO EN EL ADULTO"** en los servicios de consulta externa mediante la socialización de los contenidos trazadores de la misma, al igual que retroalimentando el listado de chequeo aplicado y enfatizando en los criterios con niveles de adherencia críticos y aceptables.

Los criterios con adherencia en nivel **crítico** en la subred son:

No.	CRITERIO EVALUADO	% CUMPLIMIENTO (SUBRED)
4	¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial?	13%
5	¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?	16%
11	¿Se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias?	64

DESARROLLO

RIESGOS IDENTIFICADOS

La no adherencia a los lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud puede generar riesgos de tipo:

1. **Clínicos**: Por complicaciones asociadas a la calidad en la atención.
2. **Financieros:** por procesos de facturación indebidos que generan glosas y perdida del flujo de caja a la institución.
3. **Jurídicos**: por demandas a la Institución por la inadecuada atención deriva de la no adherencia a las guías de manejo.

Seguridad del paciente: Al aumentar la posibilidad de eventos de seguridad relacionados con el abordaje o manejo inadecuado de los pacientes atendidos por dicha patología en los diferentes servicios

CONCLUSIONES

La adherencia a la guía de "**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO Y SUBCLINICO EN EL ADULTO"** correspondiente al I trimestre del año 2026 para los servicios de consulta externa de la subred fue del **78 %,** en rango ACEPTABLE según el estándar de adherencia de la Subred, con un incremento de 26 puntos porcentuales con respecto a la auditoría del año anterior

- 2 criterios con adherencias no favorables, se mantienen con respecto a la auditoría anterior que son el **4** ¿Evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglicanos en el espacio intersticial? y el **5** ¿Se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos?
- Para esta auditoría hubo un mayor número de profesionales con un resultado favorable y aceptable con respecto a la auditoría del I trimestre de 2025.

RECOMENDACIONES

- Socialización de la guía de manejo a los profesionales de consulta externa enfatizando en las recomendaciones trazadoras.
- Socialización de resultados a los respectivos directores de proceso y líderes de las sedes en los espacios de comunicación pertinentes, enfatizando en la mejora de las no conformidades y retroalimentar a los correspondientes profesionales que requieran la elaboración de los planes de mejora.
- Socializar el instrumento de adherencia a la guía.

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

DESARROLLO

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 hipotiroidismo del I trimestre con los compromisos ya mencionados anteriormente.

FECHA: 22 DE ABRIL DE 2026	TEMA: Socialización de auditoria de adherencia a la guía de hipotiroidismo en consulta externa I trimestre 2026 en el centro de salud villa Javier

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar al líder si se presenta alguna novedad con la HC	Profesionales	Inmediato
Mejorar la adherencia a la guía 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	Argemiro Cantillo	75933[illegible]	V. Javier	Medico	C. Externa	
2	Johanna Cobo Gomez	1001[illegible]	Villa Javier	Medico	Ambulatorio	
3	Juan Camilo Anaya	1[illegible]	V. Javier	Medico	CExt	
4	Oriana Cantero	1127656977	V. Javier	Medico	Ambulatorio	
5	Roberto Cantillo	5143668Y	V. Javier	Medico	Ambulatorio	
6	Juan Pablo Arce Cano	1065626106	V. Javier	medico	Amb	
7	Nohemi Dorado	72[illegible]	V. J	Interna	C. Ext	
8	Yeni Mora Mora	52933584	V. Javier	Medico Asistencial	Ambulatorio	
9						
10						
11						
12						
13						

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (56%)

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 ? la adherencia guia Hipotiroidismo I trimestre 2026	
Aplicación de evaluación 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: MOISES MORENO
Direccion a la cual pertenece: Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia: Centro de Salud Villa Javier
Responsable del seguimiento del Plan: Ibet Jussaff Mora Murcia
Periodo de hallazgo/inconsistencia: I trimestre
Accion Preventiva ( ) Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (56 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipotiroidismo consulta externa I Trimestre 2026	22/04/2026	22/04/2026		
ID 11950919 CC 1012424687 No evalúa manifestaciones clinicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglucanos en el espacio intersticia	Realizar registro en la HC sobre las manifestaciones elacionadas con glucosaminoglucanos del paciente	22/04/2026	proxima auditoria		
El examen fisico se encuentra orientado hacia la búsqueda de signos específicos relacionados con el hipotiroidismo	Registrar en la HC cuando se realice el examen y que este enfocado con diagnostico de hipotiroidismo	22/04/2026	proxima auditoria		
No se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	Registrra en la HC las recomendaciones dadas sobre signos de alarma y cuando debe consultar por urgencias	22/04/2026	proxima auditoria		
ID 1961905 CC 28612055 No se evidencia en la valoración clinica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos	Diligenciar en la hC las manifestaciones secundarias generados por los procesos metabolicos	22/04/2026	proxima auditoria		
ID 1954085 CC 19416273 No describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo	Registrar en la HC cuando se realice el examen y que este enfocado con diagnostico de hipotiroidismo	22/04/2026	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :			
Líder :			

Powered by CamScanner

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (84%)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de adherencia	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria interna (PAMEC, Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria guia Hipotiroidismo I trimestre 2026	
Aplicación de evaluación de desempeño o seguimiento a logro con resultados inferiores al estándar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	22/04/2026	Fecha de finalización del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	ROBERT CAÑIZARES	Dirección a la cual pertenece	Ambulatorio
Sede Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jussef Mora Murcia
Periodo de Inducción/Reinducción	I trimestre	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (84 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipotiroidismo consulta externa I Trimestre 2026	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1986310 CC 52311528 No se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	Registrra en la HC las recomendaciones dadas sobre signos de alarma y cuando debe consultar por urgencias	22/04/2026	proxima auditoria		
ID 1952523 CC 17113029 No se evidencia en la valoración clinica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos	Diligenciar en la hC las manifestaciones secundarias generados por los procesos metabolicos	22/04/2026	proxima auditoria		
No describe en la enfermedad actual signos y síntomas relacionados con hipotiroidismo	Registrra en la HC la enfermedad actual sus signos ys intomas relacionados al hipotroidismo si tiene como diagnostico principal	22/04/2026	proxima auditoria		
No evalúa manifestaciones clinicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglucanos en el espacio intersticia	Realizar registro en la HC sobre las manifestaciones elacionadas con glucosaminoglucanos del paciente	22/04/2026	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	ROBERT CAÑIZARES		V. Javier
Lider :	Ibet MRC		V. Javier

Powered by CamScanner

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Version: 1
Fecha de aprobación: 28/01/2024
Cargo: 52-03-40-0054

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026. (80%)

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 guia Hipotiroidismo I trimestre 2026
Aplicación de evaluación de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar ugente	( )	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	ARGEMIRO CANTILLO	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jussett Mora Murcia
Periodo de hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (80 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipotiroidismo consulta externa I Trimestre 2026	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1966367 CC 65758551 No evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglucanos en el espacio intersticia	Realizar registro en la HC sobre las manifestaciones elacionadas con glucosaminoglucanos del paciente	22/04/2026	proxima auditoria		
ID 1953819 CC 19195973 No se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos	Diligenciar en la hC las manifestaciones secundarias generados por los procesos metabolicos	22/04/2026	proxima auditoria		
ID 1954762 CC 20755403 No se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	Registrra en la HC las recomendaciones dadas sobre signos de alarma y cuando debe consultar por urgencias	22/04/2026	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Argemiro Cantillo		V. Javier
Lider :	Ibet Mora		UMHV

Powered by CamScanner

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Mejorar la adherencia a la guía de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (71%)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autoridad	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC, Historia Clinica y Guias)	(x)	cual es nuestra guia	Hipotiroidismo I trimestre 2026
Activación de auditorías de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estándar esperado	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	22/04/2026	Fecha de finalización del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	ORIANA QUINTERO	Direccion a la cual pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jussett Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	I trimestre	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guía de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (71 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guía de Hipotiroidismo consulta externa I Trimestre 2026	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1951747 CC 1032471576 No se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos	Diligenciar en la hC las manifestaciones secundarias generados por los procesos metabolicos	22/04/2026	proxima auditoria		
No se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias	Registrra en la HC las recomendaciones dadas sobre signos de alarma y cuando debe consultar por urgencias	22/04/2026	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Oriana Quintero		Villa Javier
Lider :	Ibet Mora		Villa Javier

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud
Red Prestadores S.A.S.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 1
Fecha de aprobación: 20/01/2024
Código: 01.03.FO.0014

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026. (80%)

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 guia Hipotiroidismo I trimestre 2026	
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: JUA PABLO PEREZ
Direccion a la cual pertenece: Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia: Centro de Salud Villa Javier
Responsable del seguimiento del Plan: Ibel Jussef Mora Murcia
Periodo de hallazgo/inconsistencia: I trimestre
Accion Preventiva ( )
Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipotiroidismo en consulta externa I Trimestre 2026 (80 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipotiroidismo consulta externa I Trimestre 2026	22/04/2026	22/04/2026		
ID 1950905 CC 1012336439 No evalúa manifestaciones clínicas relacionadas con la acumulación de matriz de glucosaminoglucanos en el espacio intersticia	Realizar registro en la HC sobre las manifestaciones elacionadas con glucosaminoglucanos del paciente	22/04/2026	proxima auditoria		
No se evidencia en la valoración clínica manifestaciones secundarias al enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos	Diligenciar en la hC las manifestaciones secundarias generados por los procesos metabolicos	22/04/2026	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Juan Pablo Perez		Villa Javier
Lider :	Ibel Mora		Villa Javier

Powered by CamScanner

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