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: 16 DE JUNIO 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 auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa de la subred suroccidente i trimestre 2026

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Socialización auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa de la Subred Suroccidente I trimestre 2026
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 les informa a los colaboradores que se estará socializando la auditoria de historia clínica.

2.SOCIALIZACIÓN AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA DE LA SUBRED SUROCCIDENTE I TRIMESTRE 2026.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica en completitud y calidad de contenido de la historia clínica de consulta externa de medicina general y especializada correspondiente al I trimestre de 2026.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA AUDITORIA:

- Verificar la calidad en la completitud de los registros de la historia clínica de consulta externa de la subred suroccidente en el periodo a evaluar. (I trimestre 2026).
- Verificar la calidad del contenido de los registros de la historia clínica de consulta externa de la subred suroccidente.
- Identificar oportunidades de mejora que contribuyan con el adecuado registró en las historias clínicas, en los servicios consulta externa de la subred suroccidente.

JUSTIFICACIÓN

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

METODOLOGÍA

Gestión de la información:
Se verifica la lista de chequeo, y el informe anterior correspondiente al I semestre del año 2026.
Se recibe por la líder de PAMEC el universo, la muestra, el listado de profesionales a evaluar por cada una de las sedes y la distribución por auditores para la ejecución de la auditoria.

El universo total está constituido por 84.230 historias clínicas, con un tamaño muestral estadístico de 246 registros de historia clínica. Se realiza auditoría a 431 registros, con el fin de evaluar a todos los profesionales que registran en la aplicativa dinámica gerencial durante el período auditado, y realizando una segunda evaluación a aquellos profesionales que obtuvieron un resultado desfavorable.

DESARROLLO

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

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

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

5. Tabulación, consolidación y análisis de resultados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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**.

DESARROLLO

- Ley 23 de 1981 en el artículo 34. **La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente**. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- La **Historia Clínica** debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
- Decreto 1011 de 2006 (abril 3). "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- De la historia clínica debe conservarse, junto con los datos de identificación de cada paciente, **como mínimo durante quince años**, desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, la siguiente documentación: a) Las hojas de consentimiento informado
- Resolución 3100 del 2019 Por la **cual** se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Ley 1438 de 2011 (enero 19). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título VI de la prestación de servicios de salud".
- Resolución 2003 de 2014 (28 de mayo). "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Criterios procedimentales:

La lista aplicada en la auditoria de calidad de historia clínica de medicina consulta externa en la Subred suroccidente durante el I trimestre de 2026, ccontiene 52 ítems a evaluar agrupados en 2 criterios, distribuidos de la siguiente manera:

PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD FORMAL O COMPLETITUD. 50%

1. Evaluación de Calidad Formal 50 %							
		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						

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

DESARROLLO								
13	Examen Físico - SISTEMAS - Estado general, Valoración cefalocaudal, Descripción del órgano blanco afectado. (CABEZA Y CUELLO, OTORRINONARINGOLOGICO, CARDIO PULMONAR Y/O TORAX, GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN, OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES, GINECO Y/O URINARIO, PIEL Y FANERAS, NEUROLOGICO.) Observaciones.							
14	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico							
15	Análisis-Integra la información recolectada en la anamnesis, el examen físico y los posibles paraclínicos. Justifica la utilización de ayudas diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas que no encuentre contemplado en las guías institucionales							
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente							
17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental							
18	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior							
19	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología, Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión) tipo de dieta, ordenes médicas, recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.							
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento							
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana							
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS							
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa							
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión							
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidad							

DESARROLLO							
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia						
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones						
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber						
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente						
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección						
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial						
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención						
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico						
34	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.						
35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado						
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema						
37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema						
38	indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes)-indicaciones dadas por el profesional						
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias						
40	Se cumple con estrategias para apoyo emocional y espiritual en relación con la enfermedad y tratamiento del paciente. En los casos que aplique-interconsultas para apoyo emocional						
41	Solicitud de interconsultas por el sistema						

DESARROLLO

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

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Adherencia global:

La adherencia al registro de la historia clínica del servicio de consulta externa para la subred suroccidente en calidad formal (completitud), calidad del contenido y resultado global para el periodo evaluado fue del 84% en rango aceptable según el estándar de adherencia de la subred.

DESARROLLO

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	% ADHERENCIA SUBRED
Evaluación de Calidad Formal 50 %	80%
Evaluación Calidad del contenido 50 %	90%
TOTAL	84%

Se evidencia que en cuanto a calidad formal la subred suroccidente, se encuentra en rango aceptable con 80% y en calidad del contenido de historias clínicas se encuentra en un rango aceptable con 90 **%**, para un resultado global aceptable de 84 %, según el estándar de adherencia de la subred.

Adherencia por localidades:

LOCALIDAD		
	NÚMERO DE HC	**% ADHERENCIA**
Localidad de Kennedy	223	84
Localidad de Bosa	147	84
Localidad de Fontibón	40	85
Localidad de Puente Aranda	21	88
SUBRED	431	84

La localidad de Kennedy**,** con 223 historias clínicas auditadas, obtuvo una adherencia global del 84%, porcentaje en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred
La localidad de Bosa, con un total de 147 registros auditados obtuvo una adherencia global de 84%, porcentaje en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred
La localidad de Fontibón, con 40 historias, obtuvo una adherencia global de 85%, porcentaje en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred
La localidad de Puente Aranda, con 21 registros auditados obtuvo una adherencia global de 88 %, porcentaje en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred

Resultados por sedes:

BOSA			
	SEDE	**NUMERO DE HC**	**% ADHERENCIA**
1	Hospital Bosa	89	81
2	Centro de Salud Pablo VI Bosa	14	93
3	Centro de Salud Villa Javier	13	89
4	Centro de Salud El Porvenir	11	86
5	Centro de Salud Olarte	8	77
6	Centro de Salud La Estación	7	95

DESARROLLO

7	Centro de Salud José María Carbonell	5	95

Se evaluaron 30 sedes en la subred; 5 hospitales y 25 centros médicos, la sede con mejor adherencia fue el centro médico San Pablo con el 98% de adherencia y la sede con menor adherencia fue el Centro de Salud Olarte y Centro de Salud 29 Kennedy con 77% en rango aceptable, no se obtuvieron sedes en rango desfavorable.

Resultado por criterios:

En el Servicio de consulta externa se aplicó a las 431 historias clínicas, una lista de chequeo con 2 Criterios Mayores, a los que correspondieron 52 Subcriterios, cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas de la evaluación de la calidad formal y de la evaluación de la calidad del contenido. De los 52 Subcriterios evaluados, 20 ítems, obtuvieron resultado FAVORABLE 19 ítems obtuvieron calificación ACEPTABLE y 13 DESFAVORABLE requiriendo implementar estrategias puntuales de mejora.

El cumplimiento por Criterios:

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

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	KENNEDY	BOSA	PUENTE ARANDA	FONTIBÓN	SUBRED
	1. Evaluación de Calidad Formal 50 %					
1	Usa el formato indicado para la actividad-Usa el formato específico para la actividad contemplada	100	100	100	96	99
2	Legibilidad- Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.	99	100	98	100	99
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

DESARROLLO						
4	Datos de Admisión- número de ingreso, finalidad de la atención, fecha de ingreso, responsable, Dirección del responsable, religión, Centro de atención, Acudiente, Nombre de acudiente, teléfono del acudiente, responsable, nivel educativo, etnia, discapacidad, tipo de discapacidad, causa externa	75	73	70	73	74
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta	93	93	97	97	94
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	88	87	86	81	87
7	Antecedentes- Registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	74	71	63	68	71
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.	87	91	100	93	89
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	95	97	100	95	96
10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	95	97	100	97	96

DESARROLLO						
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2	76	82	89	85	80
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor	77	81	90	80	79
13	Registra el estado general del paciente - Es una valoración que realiza el médico mediante la inspección visual evaluando el nivel de conciencia, estado nutricional, hidratación, marcha, facies y actitud. Permite determinar rápidamente la gravedad (bueno, regular, grave) antes de la exploración detallada	79	82	86	84	81
13	Examen Físico - Sistemas. Se describe el examen físico en los ítems que le corresponde (cabeza, tórax, abdomen, extremidades, genitales, snc, piel y anexos) - Se describe el examen físico céfalo caudal en los ítems del registro clínico que corresponda (cabeza, tórax, abdomen, extremidades, genitales, Neurológico, piel y anexos) que incluya la descripción del órgano blanco afectado con sus respectivas observaciones.	73	72	75	73	73
14	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico	96	96	97	91	96
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	91	86	97	81	89
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	66	62	73	72	65
17	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	87	89	100	92	89

DESARROLLO						
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	65	59	67	68	63
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.	72	65	70	73	70
20	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	78	85	97	92	83
21	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana	86	89	100	92	88
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	33	25	NA	67	33
23	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	80	83	76	75	81
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	61	62	86	67	63
25	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidad	71	78	75	81	75
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	57	62	63	70	60
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	55	56	52	67	57
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	65	71	81	74	69
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	34	35	26	24	33
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	37	45	45	25	39

DESARROLLO						
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	14	19	18	16	16
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	31	45	42	33	37
33	Demanda inducida-Registra el campo especifico	74	79	89	83	77
34	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.	99	99	100	97	99
35	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado	94	89	NA	NA	91
36	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema	94	97	100	100	96
37	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema	95	96	100	100	96
38	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	73	70	50	82	72
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	51	50	41	41	49
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	74	93	100	100	82
41	Solicitud de interconsultas por el sistema	97	100	100	100	99
42	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad	99	100	100	100	99
43	Firma digitalizada	98	94	100	100	97

DESARROLLO						
44	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional	99	100	100	100	99
	Subtotal	79	80	83	81	80
	2. Evaluación Calidad del contenido 50 %					
1	Coherencia entre anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica y tratamiento*-Coherencia entre anamnesis, examen físico y la impresión diagnóstica	97	95	100	97	97
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico	98	98	100	100	99
3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico	90	100	100	100	96
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico-Existe pertinencia en el tratamiento	97	99	100	100	99
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones	98	99	100	96	99
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	72	73	88	74	73

DESARROLLO

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.	71	70	52	55	68
	Subtotal	**89**	**90**	93	**85**	**90**
	TOTAL	**84**	**84**	**88**	**85**	**84**

ADHERENCIA DESFAVORABLE

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

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	SUBRED
	1. Evaluación de Calidad Formal 50 %	
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	65
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	63
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	33
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	63
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	60
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	57
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	69

DESARROLLO

29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	33
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	39
31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	16
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	37
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	49
	2. Evaluación Calidad del contenido 50 %	
7	Pertinencia en la reconciliación medicamentosa-Se registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa (Incluye los auto-formulados, farmacología vegetal, homeopatía u otros medicamentos) y los medicamentos que va a formular en la presente atención, las decisiones terapéuticas tomadas de acuerdo a las interacciones medicamentosas encontradas.	68

LOCALIDAD DE BOSA

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

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS Evaluación 1. Evaluación de Calidad Formal 50 %	Centro de Salud El Porvenir	Hospital Bosa	Centro de Salud José María Carbonell	Centro de Salud La Olarte	Centro de Salud La Estación	Centro de Salud Pablo VI Bosa	Centro de Salud Villa Javier	Subred
1	Usa el formato indicado para la actividad-Usa el formato específico para la actividad contemplada	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Legibilidad- Evalúa la legibilidad y comprensibilidad de los textos digitados.	100	100	100	100	100	100	97	99
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	100	100	100

DESARROLLO

4	Datos de Admisión- número de ingreso, finalidad de la atención, fecha de ingreso, responsable, Dirección del responsable, religión, Centro de atención, Acudiente, Nombre de acudiente, teléfono del acudiente, responsable, nivel educativo, etnia, discapacidad, tipo de discapacidad, causa externa	67	74	67	63	81	76	69	73
5	Motivo de Consulta- Describe el motivo de consulta	100	88	100	100	100	98	100	93
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	88	85	100	75	95	98	90	87
7	Antecedentes- Registro y actualización de antecedentes médicos, quirúrgicos, traumatológicos, pediátricos, ginecológicos, inmunológicos, Farmacológicos y familiares que puedan servir de soporte para un diagnóstico más adecuado y descartar posibles diagnósticos diferenciales, según correspondan.	61	73	67	42	71	71	79	71
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.	91	85	100	100	100	100	100	91
9	Registro de sintomático respiratorio- Registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	100	97	100	100	100	100	92	97
10	Registro de sintomático de piel- Registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	100	96	100	100	100	100	92	97

DESARROLLO									
11	Signos vitales- Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardiaca, Tensión Arterial. TAM, PA, GLASGOW, PESÓ, TALLA, IMC, Saturacion.O2, FiO2	94	73	100	79	100	95	100	82
12	Valoración del Dolor- Registro de la intensidad escala del dolor	100	70	100	83	100	100	92	81
13	Registra el estado general del paciente - Es una valoración que realiza el médico mediante la inspección visual evaluando el nivel de conciencia, estado nutricional, hidratación, marcha, facies y actitud. Permite determinar rápidamente la gravedad (bueno, regular, grave) antes de la exploración detallada	100	74	100	71	86	100	92	82
14	Examen Físico - Sistemas. Se describe el examen físico en los ítems que le corresponde (cabeza, tórax, abdomen, extremidades, genitales, snc, piel y anexos) - Se describe el examen físico céfalo caudal en los ítems del registro clínico que corresponda (cabeza, tórax, abdomen, extremidades, genitales, Neurológico, piel y anexos) que incluya la descripción del órgano blanco afectado con sus respectivas observaciones.	82	61	100	79	90	90	92	71
15	Laboratorios y Paraclínicos-Registro de la fecha y resultados de apoyo diagnostico	100	95	100	100	100	100	100	96
16	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	91	83	100	75	90	100	90	86
17	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	76	52	80	63	90	83	72	62
18	Se identifica y registra enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta- Identificación y registro de los riesgos de enfermedad mental	82	88	100	75	100	100	92	89

DESARROLLO									
19	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	70	50	100	61	83	67	63	59
20	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.	70	60	87	63	76	81	64	65
21	Necesidades de aislamiento o usuario protegido-Describe la necesidad y tipo de aislamiento	70	83	100	83	100	94	94	85
22	Profilaxis antibiótica- Describe la necesidad de profilaxis antimicrobiana	91	86	100	67	100	100	100	89
23	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	NA	0	NA	NA	NA	0	100	25
24	Reconciliación medicamentosa-Registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	79	89	100	67	100	83	97	83
25	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	64	51	100	61	67	82	82	62
26	Identificación de necesidades educativas-Registra los campos relacionados con la necesidad	79	71	100	67	95	93	100	78
27	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	48	54	87	48	95	76	85	62
28	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	52	48	67	63	62	74	79	56
29	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	82	60	100	75	100	100	77	71
30	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	37	28	67	11	47	79	30	35
31	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	63	41	75	20	56	50	40	45

DESARROLLO									
32	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	17	12	50	0	78	33	29	19
33	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	67	35	60	13	89	67	33	45
34	Demanda inducida-Registra el campo especifico	91	74	93	63	100	88	92	79
35	Impresión Diagnóstica-Diagnostico principal acorde a la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas, Diagnósticos relacionados deben ser secundarios a la revisión por sistemas u otras enfermedades del paciente.	100	99	100	100	100	100	97	99
36	Consentimiento informado- Describe la necesidad del consentimiento informado	33	89	NA	100	NA	100	NA	89
37	Formulación de medicamentos por el sistema-Formulación de medicamentos por el sistema	100	97	100	100	100	97	92	97
38	Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema-Solicitud de apoyo diagnostico por el sistema	100	95	100	100	100	95	91	95
39	Indicaciones médicas (preparación para toma de exámenes) - indicaciones dadas por el profesional	61	67	100	75	100	78	70	70
40	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	43	42	67	38	52	93	64	50
41	Se cumple con estrategias para apoyo emocional y espiritual en relación con la enfermedad y tratamiento del paciente. En los casos que aplique-interconsultas para apoyo emocional	NA	83	100	100	100	NA	NA	93
42	Solicitud de interconsultas por el sistema	100	100	100	100	100	100	100	100
43	Datos del profesional-nombre, cedula, especialidad	100	100	100	100	100	100	100	100
44	Firma digitalizada	91	91	100	100	100	100	100	94
45	No uso de acrónimos-Verificar si el no uso de acrónimos está de acuerdo con el instructivo institucional	100	99	100	100	100	98	100	99
	Subtotal	**82**	**76**	**93**	**75**	**91**	**90**	**86**	**80**

DESARROLLO

	2. Evaluación Calidad del contenido 50 %								
1	Coherencia entre anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica y tratamiento*-Coherencia entre anamnesis, examen físico y la impresión diagnóstica	97	94	100	83	100	100	100	95
2	Pertinencia en la utilización de apoyo diagnostico-Existe pertinencia para el apoyo diagnostico	93	100	100	100	100	100	90	98
3	Pertinencia en la utilización de apoyo terapéutico-Existe pertinencia para el apoyo terapéutico	100	100	NA	100	100	100	100	100
4	Pertinencia en la utilización de tratamiento farmacológico-Existe pertinencia en el tratamiento	100	100	100	100	93	100	100	99
5	Pertinencia en la solicitud de remisiones / interconsultas-Existe pertinencia de las interconsultas o remisiones	94	100	100	100	100	100	100	99
6	Integralidad con actividades de prevención y promoción-Existe integralidad con las actividades de P y P	87	65	93	63	100	93	75	73
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.	50	72	NA	58	100	58	83	70
	Subtotal	**91**	**89**	**98**	**80**	**99**	**96**	**93**	**90**
	TOTAL	**86**	**81**	**95**	**77**	**93**	**93**	**89**	**84**

ADHERENCIA DESFAVORABLE BOSA

AUDITORIA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA		
	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	Subred
	Evaluación	

DESARROLLO

	1. Evaluación de Calidad Formal 50 %	
17	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	62
19	El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior	59
20	Plan de manejo- Plan de manejo individual y acorde a su patología; Destino del paciente (observación, hospitalización, remisión); tipo de dieta, ordenes medicas; recomendaciones no farmacológicas, farmacológicas, interconsultas.	65
23	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	25
25	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	62
27	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	62
28	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	56
30	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	35
31	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	45
32	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	19
33	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	45
40	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	50

Resultado por perfil profesional:

Se evaluaron 30 perfiles profesionales evidenciando que el 30% (9) mostraron resultado satisfactorio, el 63% (19) mostraron resultado aceptable y el 6% (2) mostraron resultado crítico.

ESPECIALIDAD			
	PERFIL PROFESIONAL	HC	% ADHERENCIA
6	MEDICINA GENERAL	151	93

DESARROLLO

8	PEDIATRIA	18	92
9	MEDICINA FAMILIAR	11	91
21	GINECOLOGÍA	43	83
22	MEDICINA INTERNA	8	83
TOTAL		**431**	**84**

Se evaluaron 30 perfiles, la especialidad con mejor adherencia fue Nefrología Pediátrica con 99% de adherencia resultado óptimo y Anestesiología con 53% y cirugía plástica con 62%, resultado desfavorable según el estándar de adherencia de la subred.

Resultado por profesionales, localidades y sedes

Resultados por especialista

Se evaluaron 216 profesionales con los siguientes resultados por especialidad:

- Se evaluaron 24 Anestesiólogos de los cuales 6 mostraron resultado satisfactorio, 2 resultado aceptable y 16 resultado crítico.
- Se evaluaron 5 cardiólogos de los cuales 2 mostraron resultado satisfactorio y 3 resultado aceptable
- Se evaluó un cirujano de Tórax con resultado aceptable.
- Se evaluaron 22 Cirujanos generales, de los cuales 11 obtuvieron un resultado satisfactorio y 11 con resultado aceptable
- Se evaluaron 7 cirujanos vasculares de los cuales 5 obtuvieron un resultado satisfactorio y 2 obtuvieron un resultado critico
- Se evaluó 1 cirujano plástico el cual obtuvo un resultado aceptable
- Se evaluaron 4 dermatólogos de los cuales 3 mostraron un resultado aceptable y 1 obtuvo resultado critico
- Se evaluaron 2 médicos de equipo más bienestar con resultado satisfactorio
- Se evaluó un endocrinólogo pediatra con resultado satisfactorio
- Se evaluaron 6 gastroenterólogos de los cuales 3 obtuvieron resultado satisfactorio, 2 con resultado aceptable y 1obtuvo resultado critico
- Se evalúa un especialista en genética con resultado aceptable
- Se evaluaron 35 Ginecólogos de los cuales 16 mostraron resultado favorable, 13 con resultado aceptable y 6 con resultado critico
- Se evaluaron 3 médicos alternativos, 1 obtuvo resultado favorable, 1 obtuvo resultado aceptable y uno con resultado crítico.
- Se evaluaron 11 médicos familiares, de los cuales 5 obtuvieron resultado aceptable y 6 un resultado satisfactorio.
- Se evaluaron 6 médicos internistas, de los cuales 2 obtuvieron un resultado favorable, 3 un resultado aceptable y 1 un resultado desfavorable.
- Se evaluó un nefrólogo que obtuvo adherencia optima
- Se evaluó un nefrólogo pediatra con adherencia óptima.
- Se evaluó un neumólogo pediatra con adherencia óptima
- Se evaluaron 6 especialistas en Neurocirugía de los cuales 3 mostraron resultado satisfactorio 2 mostraron resultado aceptable y 1 resultado critico

DESARROLLO

- Se evaluaron 8 especialistas en neurología de los cuales 4 mostraron resultado satisfactorio Y 4 mostraron resultado aceptable.
- Se evaluaron 2 especialistas en Neuropediatría 1 mostro resultado aceptable y el otro mostro resultado satisfactorio.
- Se evaluaron 7 especialistas oftalmólogos de los cuales 4 obtuvieron un resultado satisfactorio, 2 con resultado aceptables y 1 obtuvo resultado crítico.
- Se evaluaron 20 ortopedistas de los cuales, 4 mostraron resultado satisfactorio, 11 mostraron resultado aceptable y 5 resultado critico
- Se evaluó 1 médico especialista en medicina física y rehabilitación con resultado aceptable
- Se evaluaron 2 especialistas en Otorrinolaringología de los cuales 1 mostro resultado satisfactorio y el otro mostro resultado aceptable.
- Se evaluaron 14 pediatras de los cuales 4 mostraron un resultado aceptable y 10 mostraron resultado satisfactorio.
- Se evaluaron 14 Psiquiatras de los cuales, 9 mostraron resultado satisfactorio, 2 con un resultado aceptable y 3 resultado crítico.
- Se evaluaron 10 urólogos de los cuales 5 mostraron resultado satisfactorio y 5 mostraron resultado aceptable

	GINECOLOGÍA			
NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	TOTAL
RODRIGUEZ CABRERA ANGEL RAFAEL	GINECOLOGÍA	Bosa	Centro de Salud Porvenir	88

	MEDICINA FAMILIAR			
NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	TOTAL
ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	MEDICINA FAMILIAR	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	96
INFANTE HERNANDEZ YANELA	MEDICINA FAMILIAR	Bosa	Centro de Salud Porvenir	87

	MEDICINA INTERNA			
NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	TOTAL
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	MEDICINA INTERNA	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	65

	PEDIATRIA	

DESARROLLO

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	SEDE	TOTAL
SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	PEDIATRIA	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	94

Resultados por medicina general

Se evaluaron 136 médicos generales el 82% (112) mostro un resultado satisfactorio y el 18% (24) mostro un resultado aceptable.

NOMBRE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD BOSA	SEDE	TOTAL
ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	91
INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	90
GACHANCIPA ORTIZ JUAN FELIPE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	98
QUINTERO PADILLA ORIANA MARIA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	98
RODRIGUEZ MEDINA ANGIE PAOLA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	95
TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	95
RAMIREZ GUERRERO JAMES	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	90
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	87
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	92
MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud El Porvenir	96
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	78
PEREZ CANO JUAN PABLO	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	96

DESARROLLO

CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	96
SILVA GALVIS NICOLAS	MEDICINA GENERAL	Bosa	Centro de Salud Villa Javier	95

RESULTADO DE INDICADORES POR HISTORIA CLINICA Y CRITERIOS

CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA I TRIMESTRE 2026									
CRITERIOS									
LOCALIDAD	SEDE	N° TOTAL DE HC EVALUADAS	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 90%	% ADHERENCIA PARA LA SECRETARIA DE SALUD	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 85%	% DE CUMPLIMIENTO POR HC SUBRED	N° TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	N° TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLEN	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS
BOSA	SEDE								
	Hospital Bosa	89	38	43%	52	58%	4268	3750	81
	Centro de Salud Pablo VI Bosa	14	11	79%	13	93%	728	677	93
	Centro de Salud Villa Javier	13	9	69%	10	77%	676	602	89
	Centro de Salud El Porvenir	11	7	64%	9	82%	572	492	86
	Centro de Salud Olarte	8	5	63%	5	63%	416	320	77
	Centro de Salud La Estación	7	7	100%	7	100%	364	346	95
	Centro de Salud José María Carbonell	5	4	80%	5	100%	260	247	95
TOTAL		431	219	51%	289	67%	22412	18826	84

Se evidencia que el indicador del número historias clínicas que cumple con:

El indicador del 90%, se encuentra en el 51% de cumplimiento, resultado desfavorable según el estándar de adherencia de la subred
El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 67% de cumplimiento según el estándar de adherencia.
De los 22412 criterios evaluados, 18826 criterios cumplieron con el estándar que equivalente al 84% de cumplimiento.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

La adherencia a la auditoria de calidad de la historia clínica de medicina general y especializada en consulta externa en el I trimestre del año 2026 fue del 84%, ubicada en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred; sin dar cumplimiento al **indicador del 90%.**

Con este resultado se presenta un aumento porcentual de 4 puntos con relación a la auditoria del primer trimestre de 2025, que fue de 80%.

DESARROLLO

El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 67% de cumplimiento según el estándar de adherencia.

De los 22412 criterios evaluados, 18826 criterios cumplieron con el estándar lo que es equivalente al 84% de cumplimiento.

La sede con mejor adherencia fue el centro médico San Pablo con el 98% de adherencia y la sede con menor adherencia fue el Centro de Salud Olarte y Centro de Salud 29 Kennedy con 77% en rango aceptable, no se obtuvieron sedes en rango desfavorable.

ADHERENCIA DESFAVORABLE:

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

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	SUBRED
	1. Evaluación de Calidad Formal 50 %	
16	Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente	65
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	63
22	Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS	33
24	Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión	63
26	Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia	60
27	Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones	57
28	Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	69
29	Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente	33
30	Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección	39

DESARROLLO

31	Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial	16
32	Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención	37
39	Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias	49
	2. Evaluación Calidad del contenido 50 %	
7	Pertinencia en la reconciliación medicamentosa-Se registra el análisis que realiza el profesional en relación a los medicamentos que el paciente toma en casa (Incluye los auto-formulados, farmacología vegetal, homeopatía u otros medicamentos) y los medicamentos que va a formular en la presente atención, las decisiones terapéuticas tomadas de acuerdo a las interacciones medicamentosas encontradas.	68

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

La adherencia global de la auditoria del I trimestre del año 2026 fue del 84% en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

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

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Evaluación de Calidad Formal 50 %	75%	87%	78%	66%	71%	80%
Evaluación Calidad del contenido 50 %	67%	93%	90%	88%	87%	90%
% ADHERENCIA SUBRED	69%	90%	83%	78%	80%	84%

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la calidad formal de completitud de registro y evaluación del contenido de la historia clínica de medicina consulta externa (medicina general y especialidades), con énfasis en los siguientes subcriterios:

1. Evaluación de Calidad Formal

- Identificación de riesgos clínicos-Identificación y registro de los riesgos clínicos del paciente
- El paciente fue adherente al plan de cuidados de la consulta anterior-se registra la adherencia al plan de cuidados de la consulta anterior
- Numero Mipres en caso de medicamento no POS-Registra el número del No PBS
- Registro de segunda opción- Describe la necesidad de una segunda opinión

DESARROLLO

- Lectura de necesidades educativas-Registra las necesidades educativas e informativas al paciente / familia
- Educación y Recomendaciones- Registra la Educación y Recomendaciones
- Deberes y derechos- Registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber
- Identificación de riesgos de seguridad-Identificación y registro de los riesgos de seguridad del paciente
- Identificación de riesgos de promoción y detección-Identificación y registro de promoción y detección
- Identificación de riesgo psicosocial-Identificación y registro de riesgo psicosocial
- Gestión intervención-Se registra la gestión de intervención
- Se describen signos de alarma para consultar a urgencias-Registra signos de alarma en forma específica por patología para consultar a urgencias

2. Evaluación Calidad del contenido

- 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.

RIESGOS IDENTIFICADOS

- Riesgo de presentarse sucesos de seguridad durante el proceso de atención secundario a fallas en los registros.

- Riesgo afectación económica por demandas contenciosas administrativas, por incumplimiento de la normatividad relacionados con los requisitos de la historia clínica.

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

CONCLUSIONES

1. La adherencia al registro de la historia clínica de consulta externa de medicina en completitud y calidad del contenido en la subred suroccidente, para el I trimestre de 2026 fue 84% ubicándose en nivel aceptable para el estándar de la subred. Presentándose un aumento porcentual con relación a la auditoria del I trimestre del 2025.

2. De las 431 historias clínicas evaluadas, 219 historias clínicas, cumplen con el 90% de la adherencia según el estándar institucional. Es decir que el **51 %** de los registros cumplieron con el estándar y se encuentra en un nivel desfavorable.

3. Se evaluaron 30 sedes en la subred; 5 hospitales y 25 centros médicos, la sede con mejor adherencia fue el centro médico San Pablo con el 98% de adherencia y la sede con menor adherencia fue el Centro de Salud Olarte y Centro de Salud 29 Kennedy con 77% en rango aceptable, no se obtuvieron sedes en rango desfavorable.

DESARROLLO

En el Servicio de consulta externa se aplicó a las 431 historias clínicas, una lista de chequeo con 2 Criterios Mayores, a los que correspondieron 52 Subcriterios, cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas de la evaluación de la calidad formal y de la evaluación de la calidad del contenido. De los 51 Subcriterios evaluados, 20 ítems, obtuvieron resultado FAVORABLE 19 ítems obtuvieron calificación ACEPTABLE y 13 DESFAVORABLE requiriendo implementar estrategias puntuales de mejora.

RECOMENDACIONES

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

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

3. Generar compromisos en aquellos colaboradores que no cumplan con el estándar, especialmente aquellos con calificación inferior al estándar Fortalecer a los médicos los estándares de acreditación relacionados con la calidad del diligenciamiento de la historia clínica, y actualización de listas de chequeo de acuerdo a los criterios de Acreditación.

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

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

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

3.COMPROMISOS

Se recuerda la importancia de verificar los ítems evaluados para mejorar la adherencia a la historia clínica de medicina general y especializada, recordando la importancia de mantener un porcentaje favorable tanto a nivel profesional como unidad y subred, se realizara acción de mejora a las personas que presentaron un porcentaje desfavorable y en espera de la siguiente auditoria, se informa que en el momento los profesionales James Ramírez, Juan pablo Pérez y Nicolás Silva no se encuentran laborando en la Subred Sur Occidente.

4. CIERRE

Se realiza el cierre de la socialización de la auditoria en la unidad de villa javier recordando los compromiso mencionado anteriormente.

FECHA: 16 DE JUNIO DE 2026	TEMA: Socialización auditoria de calidad de la historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa de la Subred Suroccidente I trimestre 2026

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar los ítems evaluados para tener en cuenta en el diligenciamiento de la historia clínica	Profesionales	Diario
Notificar de manera inmediata si se presenta alguna novedad con el registro de la historia clínica	Profesionales	Inmediato

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	Lessly Almeida	7962831	Villa Javier	Medica	Ambulat	
2	Juliana Camila Aragon	1022776421	U. Javier	medico G	Ambu	
3	Doven Moreno	72.259757	U. J	D. INTERNA	C. Ext	
4	Johanna Lobo Gomez	1001870661	Villa Javier	Medico Gal	C. Ext	
5	Angie Londoño	75933726	Villa Javier	Medico Gi	C. Ext	
6	Robert Camargo	91436685	U. Javier	Medico	C. ext	
7	Oriana Nuñez	1127656977	U. Javier	Medico	C. ext	
8	Vada Sachez	10360280	U. Jav	Pedm	C Ext	
9	Est Mora Mora	52973894	Villa Jav	Aut enfermera	Ambul	
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 1
Fecha de aprobación: 29/11/2024
Código: 02-01-F0-0001

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2026 (65 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autoridad	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria interna (PAMEC, Historia Clinica y Cuasi)	(x)	Cual ? Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2026	
Aplicación de evaluación de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estándar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	10/06/2026	Fecha de finalizacion del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Mireya Moreno	Direccion a la cual pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento del Plan	Ibet Jussell Mura Murcia
Periodo del hallazgo/oportunidad	trimestre 2026	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2026

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia Auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2026 . (65%)	Se realizara socializacion de auditoria de calidad de historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2026	9/06/2026	9/06/2026		
ID 2011995 CC 1012424687 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	Registra en la Hc los antecedetes generales del paciente	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis	Registrar en la HC si paciente presenta sintomas respiratorios o si se sospecha de una tuberculosis	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra la presencia de síntomas dermatológicos sugestivo de lepra	Registrar en la HC si presneta sintomas dermatologicos	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registro de la intensidad escala del dolor	Registrar en la HC la intensidad del dolor del paciente o si se utiliza la escala del dolor	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra el estado general del paciente	Registrar en la HC el estado general del paciente, nutrivo, de salud, psicosocial, etc	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No realiza Identificación y registro del riesgo clinico del paciente	Realizar registro en la HC sobre los riesgo clinicos del paciente	9/06/2026	Porxima Adutoria		
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	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra la Educación y Recomenmdaciones	Diligenciar en la HC la educacucion y las recomendaciones que se le brindan al paciente	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra el campo relacionado con al menos un derecho y un deber	Diligenciar en la HC cuando se socialice el derecho y el deber al paciente	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra las indicaciones dadas por el profesional	Registra en la HC las indicaicones que se le brindna al usuario sobre preparion, toma, importanca de las indicacones medicas	9/06/2026	Porxima Adutoria		
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	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No realiza identificación y registro de promoción y detección	Realizar registro en la HC cuando se indaga sobre deteccion y promocion de enfermedades ya que realiza demanda indicuda mas no registra	9/06/2026	Porxima Adutoria		
No registra los campos relacionados con la reconciliación medicamentosa	Registrar en la HC la reconciliacion medicamentosa	9/06/2026	Porxima Adutoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :			
Lider :			