

Invertir Selección

Emisor	Nro. Informes Totales	Nro. Recomendaciones Totales	Atenciones	?	✉	✓	✗	↺	↻	★	🚫
SOGCS Jefe de Sistema Integrado de Gestión	1	126	108	0	0	13	0	0	0	95	0
Total	1	126	108	0	0	13	0	0	0	95	0

☐ 1. Gestión de la Atención Ambulatoria en la Sede Apartadó

★ ID: 653 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

1. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo critico: No cuentan con Medico radiólogo para la aplicación de medios de contraste, esta actividad es realizada por un medico general.

Proceso: Sede Apartado

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 653

Avance ponderado N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	2	Baja (18)

☐ 2. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 608 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

10. Conocimiento de la Respuesta ante emergencias.

Hallazgo no critico: Se propone hacer nuevamente lectura del documento disponible en Almera en lo que respecta a plan de emergencias y se recomienda nuevamente hacer socialización de este al personal asistencial y administrativo del área.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 608

Avance ponderado N/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	1	Baja (2)

☐ 3. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 571 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

100. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo critico: En el área de farmacia, la encuesta de satisfacción del usuario se encuentra en proceso de implementación.

En el servicio terapéutico del dolor, aunque se dispone de una encuesta de satisfacción a través de código QR, no se evidenció el análisis de los resultados y oportunidades de mejora

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 571 **Avance ponderado** N/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	5	1	Baja (15)

☐ 4. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 572 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

101. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Acción de mejora: El servicio terapéutico de dolor Se evidencian algunas acciones frente a hallazgos e indicadores, sin embargo, no se cuenta con documentación suficiente que respalde su planeación, ejecución o seguimiento

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 572 **Avance ponderado** N/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--

4	2	2	Baja (16)
---	---	---	-----------

☐ 5. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 573 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

102. Barreras de seguridad.

Acción de mejora: En ambos servicios Se evidencian barreras de seguridad adecuadas, incluyendo señalización clara y control de acceso. Sin embargo, se identifica la necesidad de instalar un botón de pánico en el servicio terapéutico de dolor, dado que se atienden pacientes con enfermedades mentales o con dependencia a opioides, lo que podría requerir una respuesta

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 573 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	2	Baja (16)

☐ 6. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 574 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

103. Planes de Mejora y cierres de ciclo.

Hallazgo critico: En el servicio terapéutico del dolor se llevan a cabo auditorías internas para identificar áreas de mejora; sin embargo, no siempre se documentan adecuadamente las acciones correctivas ni se garantiza un seguimiento efectivo a los planes de mejora

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 574 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐

7. Gestión Integral del Riesgo

★ ID: 618 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

104. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Hallazgo critico: Durante la auditoría del 12 de mayo se evidenció una oportunidad de mejora relacionada con la falta de entrega oportuna, por parte de los interventores, del listado actualizado de contratistas y proveedores bajo su supervisión, lo que impidió verificar el cumplimiento de la inducción o reinducción en SST conforme al Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019. Adicionalmente, no se encontraron reportes de dichas actividades, lo cual afecta el cumplimiento de los estándares mínimos del SG-SST y representa un riesgo para la adecuada gestión en seguridad y salud de los contratistas.

Proceso: Gestión Integral del Riesgo

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

618

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables																	
1. Control y trazabilidad en la entrega de listados de contratistas y proveedores: (0%) Contar con un repositorio institucional único y accesible para el almacenamiento y consulta de la información (listados y evidencias de capacitación).			100,00%	2025-10-30 2025-10-30	2025-10-23 2025-10-23	Johana Milena Madrigal Suarez																	
<table><tr><th colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</th><td colspan="5"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2025-10-23</td><td>Completo</td><td colspan="5">El área de Control Interno implementó un mecanismo centralizado de recolección y consolidación de información de los contratistas y proveedores bajo supervisión, incluyendo la verificación de inducción y reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)</td></tr></table>								Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)								100,00%	2025-10-23	Completo	El área de Control Interno implementó un mecanismo centralizado de recolección y consolidación de información de los contratistas y proveedores bajo supervisión, incluyendo la verificación de inducción y reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)				
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																							
100,00%	2025-10-23	Completo	El área de Control Interno implementó un mecanismo centralizado de recolección y consolidación de información de los contratistas y proveedores bajo supervisión, incluyendo la verificación de inducción y reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)																				

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐

8. Gestión Integral del Riesgo

★ ID: 591 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

105. Conocimiento de la Respuesta ante emergencias.

Hallazgo no critico: En los Comites de Emergencia se evidencia una ausencia del equipo Directivo (Direccion General- Direccion Administrativa y Financiera).

Proceso: Gestión Integral del Riesgo

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo591

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
Asistencia al Comité de Emergencias: (0%) Realizar una jornada corta con la Dirección sobre la importancia normativa y legal de su presencia en temas de emergencia (Decreto 1072/2015 - SG-SST y Resolución 0312/2019)			100,00%	2025-08-20 2025-08-20	2025-10-29 2025-10-29	Ana Milena Tamayo Cordoba	
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							
100,00%	2025-10-29	Completo	En el comité de emergencias se realiza del 29/10/2025 se socializar el informe del simulacro y se realiza reinducción normativa				

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 9. Gestión Integral del Riesgo

★ ID: 592 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

106. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Hallazgo critico: Se evidencia la existencia del Comité de Seguridad Integral, pero no se evidencia la participación de todos los grupos de riesgos, solo se hace alusión los riesgos asociados a la atención del paciente

Proceso: Gestión Integral del Riesgo

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo592

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DE SEGURIDAD INTEGRAL: (0%) La participación de todos los grupos de riesgo en el comité de Seguridad Integral, es esencial para garantizar un abordaje integral de la seguridad en la			100,00%	2025-09-30 2025-09-30	2025-11-24 2025-11-24	Ana Milena Cordoba, Carlos Fernando Orozco, Ceiler	Tamayo Rueda Ceiler

institución. Limitar el análisis únicamente a los riesgos asociados a la atención del paciente restringe la identificación, evaluación y control de otros riesgos relevantes, como los laborales, tecnovigilancia, ambientales, tecnológicos, administrativos y de infraestructura. Ademas La presencia de todos los grupos de riesgo permitirá una gestión más completa, el cumplimiento de la normatividad vigente y la toma de decisiones informadas que favorezcan la seguridad integral en todos los procesos de la Institución.

Cuesta, Erica Romo
Delapava, Maria
Isabel Betancur
Saldarriaga, Santiago
Marin Echeverri

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2025-11-24	Completo	NO SE HA RECIBIDO NINGUNA INVITACIÓN

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	3	1	Baja (15)

☐ 10. Gestión Integral del Riesgo

★ ID: 594 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

107. Barreras de seguridad.

Acción de mejora: Se identificó que el documento GRGTHSSTIg07 - Gestión del Cambio, con última fecha de actualización del 05 de noviembre de 2019, no cumple con los criterios de actualización definidos por la institución, los cuales establecen que la revisión o actualización de los documentos no debe superar un período máximo de cinco (5) años.

Adicionalmente, no se evidenció la aplicación del procedimiento por parte de las áreas responsables de notificar, gestionar o documentar los cambios organizacionales, técnicos, operativos o de personal, según lo establecido en dicho documento. Esta situación representa un riesgo en la trazabilidad y control de los cambios que puedan impactar la seguridad y salud en el trabajo y demás grupos de riesgo.

El documento GRGTHSSTDg21 MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL se encuentra con un nombre de cargo que no existe en la planta de cargos.

Proceso: Gestión Integral del Riesgo

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo594

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

Gestión del Cambio: (0%) -Actualizar el documento de acuerdo con los criterios institucionales y normativos vigentes. - Reforzar la socialización del procedimiento en las áreas responsables. -Establecer un mecanismo de seguimiento y control para asegurar su aplicación oportuna		100,00%	2025-12-31 2025-12-31	2026-03-16 2026-03-16	Ana Milena Tamayo Cordoba															
<table><tr><td colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2026-03-16</td><td>Completo</td><td colspan="4">Se documenta en acompañamiento ARL SURA</td></tr></table>							Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							100,00%	2026-03-16	Completo	Se documenta en acompañamiento ARL SURA			
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																				
100,00%	2026-03-16	Completo	Se documenta en acompañamiento ARL SURA																	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 11. Gestión del Relacionamiento

✓ ID: 596 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

108. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Hallazgo no critico: El proceso de contratación cuenta con documentación cargada en ALMERA pero no se evidencia que el proceso que se lleva actualmente corresponda a lo que esta descrito (RDGRLCACP01 GESTION COMERCIAL, RDGRLCACIg01 ATENCIÓN PACIENTE CODIGO P), tampoco se evidencia puntos en el proceso donde se revise y actualice estos procesos.

Proceso: Gestión del Relacionamiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Fidelización de Usuarios

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo596

Avance ponderado0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Actualizar y armonizar los documentos:: (0%) Para garantizar estandarización, coherencia operativa y control del proceso. Actualizar y armonizar los documentos: RDGRLCACP01 Gestión Comercial. RDGRLCACIg01 Atención Paciente Código P.	0,00%	2026-03-23 2026-03-23		Luis Fernando Galeano Penagos	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 12. Gestión del Relacionamento

✓ ID: 597 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

109. Asignación de responsabilidades

Acción de mejora: No se evidencia armonía en la asignación de responsabilidades frente a lo descrito en el documento GRGTHDg07 PERFILES DE CARGOS.

Proceso: Gestión del Relacionamento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 597 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Actualizar perfiles de cargo del proceso de Contratación: (0%) Actualizar formalmente: Los perfiles de cargo del proceso de Contratación en GRGTHDg07. Los estándares y procedimientos del proceso de contratación.	0,00%	2026-03-30 2026-03-30		Luis Fernando Galeano Penagos	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 13. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 611 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

11. Observar: Trato ofrecido, información suministrada, manejo del dolor, presentación personal, uso de elementos de protección personal, orden, aseo, disposición de residuos, responsabilidad con los materiales, insumos y/o medicamentos, señalización y uso de barreras de seguridad para los pacientes.

Acción de mejora: Se recomienda implementar señalizaciones que cumplan con un mejor direccionamiento de los pacientes que entran y salen de consulta.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

611

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 14. Gestión del Relacionamento

✓ ID: 598 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

110. Manejo de la Información.

Hallazgo no critico: Se evidencia que se cuenta con un comité de contratación el cual se reúne de manera quincenal. de este comité no se encuentran actas que evidencie temas tratados o decisiones tomadas.

Proceso: Gestión del Relacionamento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

598

Avance ponderado

0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Implementar seguimiento periódico de actas: (0%) Implementar seguimiento periódico al cumplimiento del registro de actas y compromisos del comité	0,00%	2026-03-30 2026-03-30		Luis Fernando Galeano Penagos	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 15. Gestión del Relacionamento

★ ID: 599 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

111. Manejo de la Información.

Hallazgo no critico: Se verifica que se cuenta con un comité servicios generales conformado y que se reúne de manera mensual, esos comités se graban mediante la herramienta Meet la cual tiene un desarrollo de inteligencia artificial que

transcribe las intervenciones presentadas en el comité, pero no se evidencia el registro oficial en actas de ALMERA.

Proceso: Gestión del Relacionamento

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

599

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables														
Registro de actas: (0%) Realizar actas donde se registren los grupos primarios en temas de gestión ambiental y de servicios generales.			100,00%	2025-07-18 2025-07-18	2025-06-25 2025-06-25															
<table><tr><th colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</th><td colspan="4"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2025-06-25</td><td>Completo</td><td colspan="4">En el área de servicios generales y gestión ambiental se registra la información de la siguiente manera: - Acta del comité GAGAS (Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria) en el Almera: Se elaboran de manera bimensual y está todo lo relacionado con la gestión ambiental. - Informe al comité de dirección: Se realiza un reporte semanal con los hallazgos o avances en temas de servicios generales y ambientales. - Resúmenes generados por la IA (inteligencia artificial) de los grupos primarios: En cada grupo primario utilizamos un resumen generado por la IA, los cuales se graban mientras se realiza la reunión y adicionalmente se toman firmas en el registro de capacitaciones, donde también se plasman los temas hablados en los grupos primarios.</td></tr></table>							Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							100,00%	2025-06-25	Completo	En el área de servicios generales y gestión ambiental se registra la información de la siguiente manera: - Acta del comité GAGAS (Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria) en el Almera: Se elaboran de manera bimensual y está todo lo relacionado con la gestión ambiental. - Informe al comité de dirección: Se realiza un reporte semanal con los hallazgos o avances en temas de servicios generales y ambientales. - Resúmenes generados por la IA (inteligencia artificial) de los grupos primarios: En cada grupo primario utilizamos un resumen generado por la IA, los cuales se graban mientras se realiza la reunión y adicionalmente se toman firmas en el registro de capacitaciones, donde también se plasman los temas hablados en los grupos primarios.			
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																				
100,00%	2025-06-25	Completo	En el área de servicios generales y gestión ambiental se registra la información de la siguiente manera: - Acta del comité GAGAS (Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria) en el Almera: Se elaboran de manera bimensual y está todo lo relacionado con la gestión ambiental. - Informe al comité de dirección: Se realiza un reporte semanal con los hallazgos o avances en temas de servicios generales y ambientales. - Resúmenes generados por la IA (inteligencia artificial) de los grupos primarios: En cada grupo primario utilizamos un resumen generado por la IA, los cuales se graban mientras se realiza la reunión y adicionalmente se toman firmas en el registro de capacitaciones, donde también se plasman los temas hablados en los grupos primarios.																	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	1	Baja (1)

☐ 16. Gestión del Relacionamento

★ ID: 602 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

114. Resultados: Generación, uso, validez y consignación.

Hallazgo critico: No se evidencia un registro de seguimiento a los contratos que genere información precisa de el estado actual de estos como su vigencia o validez.

Proceso: Gestión del Relacionamento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

602

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐ 17. Gestión del Relacionamiento

✓ ID: 604 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

115. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: Establecer indicadores de proceso que permitan medir la gestión del proceso de contratación y central de autorizaciones.

Proceso: Gestión del Relacionamiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

604

Avance ponderado

0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Definición de indicadores de proceso para Contratación y Central de Autorizaciones: (0%)	0,00%	2026-03-31 2026-03-31		Luis Fernando Galeano Penagos	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 18. Gestión del Relacionamiento

★ ID: 606 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

117. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo no critico: No se evidencia seguimiento nivel de satisfacción del usuario del proceso de contratación.

Proceso: Gestión del Relacionamiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

606

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 19. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 612 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

12. Resultados: Generación, uso, validez y consignación.

Hallazgo critico: Se recomienda implementar planes de mejoramiento que permitan monitorear en el tiempo el impacto de las acciones correctivas.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

612

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Formulación de un plan de mejoramiento institucional para fortalecer el conocimiento de derechos y deberes de los pacientes.: (0%)	100,00%	2026-03-31 2026-03-31	2026-03-31 2026-03-31	Gilary Pitalua	Yulieth Salum

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2026-03-31	Completo	Revisar tarea con la nueva lider del proceso del SIAU, se debe gestionar con el comité de humanización.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 20. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 613 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

13. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Hallazgo no critico: Se tienen caracterizadas la mayoría de causas que generan insatisfacción; sin embargo no se cuenta con un plan de mejoramiento o acciones concretas descritas para mejorar las desviaciones que se presenten con respecto a estos resultados.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo613

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

❑ 21. Gestión de Salida y Seguimiento

★ ID: 609 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

14. Observar: Trato ofrecido, información suministrada, manejo del dolor, presentación personal, uso de elementos de protección personal, orden, aseo, disposición de residuos, responsabilidad con los materiales, insumos y/o medicamentos, señalización y uso de barreras de seguridad para los pacientes.

Hallazgo critico: Es importante mencionar que se identificaron algunas oportunidades de mejora en relación con la información suministrada a los pacientes sobre sus derechos y deberes.

Aunque la institución tiene procedimientos establecidos que mencionan la obligación de proporcionar a los pacientes información sobre sus derechos y deberes al momento de su ingreso, se evidenció una falta de algo palpable que respalde esta práctica. Al revisar las notas de enfermería de algunos pacientes ingresados con acompañamiento del Jefe de hospitalización , se encontró que algunos auxiliares mencionan que se les explica al paciente sobre estos derechos y deberes. Sin embargo, al entrevistar tanto a auxiliares como a pacientes, se identifico que los pacientes no tenían conocimiento de sus derechos y deberes.

La información brindada sobre estos aspectos es mínima y, en muchos casos, los pacientes de hospitalización no recordaban haber recibido una explicación clara. Los auxiliares confirmaron que, aunque intentan mencionar los derechos y deberes durante el ingreso, no siempre dedican el tiempo necesario para explicarlos de manera comprensible ni verifican que el paciente haya comprendido completamente la información. Este hecho sugiere que, aunque existe una política escrita, su aplicación no es consistente.

Proceso: Gestión de Salida y Seguimiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo609

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Refuerzo del procedimiento institucional de información sobre derechos y deberes durante el ingreso.: (0%)			100,00%	2025-11-17 2025-11-17	2026-01-02 2026-01-02		
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							
100,00%	2026-01-02	Completo	Hallazgo gestionado mediante fortalecimiento del proceso de información, verificación de comprensión y estandarización del registro, garantizando el enfoque de derechos del paciente.				

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 22. Gestión del Conocimiento

★ ID: 614 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

15. Asignación de responsabilidades

Acción de mejora: No se evidencia la asignación de responsabilidades relacionada con el transporte de muestras de laboratorio de los estudios clínicos, lo que no garantiza la custodia y conservación de las mismas para su procesamiento y resultado.

Proceso: Gestión del Conocimiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 614

Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Actualizar instructivo de laboratorio de centro de investigación: (0%) Actualizar documento mencionado			100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-07-21 2025-07-21	Elizabeth Grajales Torres	
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							
100,00%	2025-07-21	Completo	Se adiciona en el instructivo RDGCOCINIg03 LABORATORIO CLÍNICO INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS la asignación de la bacterióloga como responsable del transporte de muestras internas				

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
1	1	2	Baja (2)

☐ 23. Gestión del Conocimiento

★ ID: 616 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

16. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: Se observa inconsistencia en el indicador porcentaje de correcto diligenciamiento de consentimientos informados, observando numerador de 1, denominador de 1 dando un cumplimiento del 100%, pero al revisar el análisis no hay diligenciamiento de consentimiento para ese mes. Por lo tanto debe ser revisado y ajustado.

Proceso: Gestión del Conocimiento

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

616

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Verificar con el área de calidad si en Almera se puede corregir este aspecto.: (0%) Indagar con el proveedor de almera	100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-08-25 2025-08-25	Jorge Hernán Castaño Serna	

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2025-08-25	Completo	Cuando no hay casos en un mes (denominador = 0), el indicador se vuelve no calculable, porque matemáticamente la división 0/0 es indeterminada. Para que el tablero de control o la gráfica no quede en blanco (lo que puede interpretarse como “dato faltante” en lugar de “no aplica”), algunas instituciones usan la convención 1/1, lo cual refleja que se cumplió en el 100%, aunque en realidad no hubo casos. Esto se hace como medida práctica de gestión para: - Mantener la serie de datos continua en el seguimiento. - Evitar sesgos visuales en la gráfica (que se vea vacío o como incumplimiento). Si el objetivo es gestión operativa y visualización en tableros → mantener el 1/1 pero con nota aclaratoria: “En los meses sin generación de consentimientos, se reporta 1/1 únicamente para conservar la continuidad gráfica, dado que el indicador no aplica en dichos periodos”.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	2	Baja (2)

☐ 24. Gestión del Conocimiento

★ ID: 615 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

17. Análisis de los resultados y conocimiento por el Grupo Primario.

Acción de mejora: No se evidencia socialización de los indicadores del proceso, importantes para la implementación de estrategias que permitan una mejora continua.

Proceso: Gestión del Conocimiento

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 615 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Registrar en las actas la socialización de indicadores: (0%)	100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-07-21 2025-07-21	Mariana Alexandra Torres Bustamante	

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2025-07-21	Completo	Se está dejando registrada en las actas la socialización de los indicadores. Estos se registrarán y socializarán de forma trimestral acorde con los tiempos de medición de los indicadores

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	2	Baja (2)

☐ 25. Gestión del Conocimiento

★ ID: 617 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

18. Estrategias de mejoramiento de las competencias del personal.

Acción de mejora: Se debe diligenciar el registro de capacitaciones con los temas socializados.

Proceso: Gestión del Conocimiento

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

617

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables														
1. AMPLIAR INFORMACIÓN DE LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL REGISTRO DE CAPACITACIONES: (0%)			100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-07-21 2025-07-21	Leydi Julieth Zapata Goez														
<table><tr><th colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</th><td colspan="4"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2025-07-21</td><td>Completo</td><td colspan="4">Se identifico en la monitoria que en el registro de capacitaciones con fechas:07-15-17 de enero, 04 de febrero y 01 e abril de 2025 se describió como tema: Capacitación centro de investigación, lo cual no deja claro cual fue el tema especifico en el que se capacito al personal, por esta razón se describió de una forma mas detallada que esta capacitación fue acerca de los procedimientos e instructivos del centro de investigación, capacitación que se realiza de forma anual en el centro de investigación.</td></tr></table>							Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							100,00%	2025-07-21	Completo	Se identifico en la monitoria que en el registro de capacitaciones con fechas:07-15-17 de enero, 04 de febrero y 01 e abril de 2025 se describió como tema: Capacitación centro de investigación, lo cual no deja claro cual fue el tema especifico en el que se capacito al personal, por esta razón se describió de una forma mas detallada que esta capacitación fue acerca de los procedimientos e instructivos del centro de investigación, capacitación que se realiza de forma anual en el centro de investigación.			
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																				
100,00%	2025-07-21	Completo	Se identifico en la monitoria que en el registro de capacitaciones con fechas:07-15-17 de enero, 04 de febrero y 01 e abril de 2025 se describió como tema: Capacitación centro de investigación, lo cual no deja claro cual fue el tema especifico en el que se capacito al personal, por esta razón se describió de una forma mas detallada que esta capacitación fue acerca de los procedimientos e instructivos del centro de investigación, capacitación que se realiza de forma anual en el centro de investigación.																	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	1	Baja (1)

☐ 26. Gestión de Planeación de la Atención

★ ID: 575 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

19. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Hallazgo no critico: El medico de enlace del servicio de hospitalización menciona las GMBE, las cuales le fueron socializadas y evaluadas en la inducción al instituto, pero al momento de buscarlas en Almera desconoce la ruta para encontrarlas, según me indica las tiene en otro tipo de archivo en su computador.

Proceso: Gestión de Planeación de la Atención

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

575

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	

211Baja (2)

27. Gestión de la Atención Ambulatoria en la Sede Apartadó

★ ID: 654 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

2. Manejo de la Información.

Acción de mejora: Durante la auditoria se logra evidenciar como una aprendiz, entrega una historia clínica a un acompañante de paciente sin ningún consentimiento o poder que indicara que este podía solicitar la historia clínica.

Proceso: Sede Apartado

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 654 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socialización y refuerzo del procedimiento institucional para la entrega de historias clínicas: (0%) Socialización y refuerzo del procedimiento institucional para la entrega de historias clínicas, con énfasis en los requisitos de autorización y confidencialidad.	100,00%	2026-02-27 2026-02-27	2026-01-09 2026-01-09	Angela Maria Carmona Molina, Yury Liliana Suaza Chavarria

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2026-01-09	Completo	Se realiza socialización y refuerzo referente al protocolo_de_Manejo_y_Entrega_de_Historia_Clínica_(HC). Se adjuntan evidencias

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	4	1	Baja (8)

28. Gestión de Planeación de la Atención

★ ID: 603 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

20. Aplicación de los lineamientos de Seguridad, Humanización y Responsabilidad Social.

Acción de mejora: Se identificó como oportunidad de mejora el fortalecimiento del proceso de información sobre derechos y deberes, ya que algunos pacientes refieren no haber recibido orientación al respecto.

Proceso: Gestión de Planeación de la Atención

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

603

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 29. Gestión de Planeación de la Atención

★ ID: 607 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

21. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo critico: No es conocido por el personal asistencial el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización.

Proceso: Gestión de Planeación de la Atención

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

607

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables															
1. Socializar indicadores de satisfacción en los servicios.: (0%) No es conocido por el personal asistencial el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización.		100,00%	2026-03-31 2026-03-31	2026-03-31 2026-03-31	Gilary Pitalua	Yulieth Salum														
<table><tr><th colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</th><td colspan="4"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2026-03-31</td><td>Completo</td><td colspan="4">A los respectivos lideres se les inició la socialización de los indicadores vía correo electrónico, del mismo modo en la reuniones del POE se continúa con la presentación de los mismos. Se indica a la nueva lider del procesos dar continuidad con esta tarea.</td></tr></table>							Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							100,00%	2026-03-31	Completo	A los respectivos lideres se les inició la socialización de los indicadores vía correo electrónico, del mismo modo en la reuniones del POE se continúa con la presentación de los mismos. Se indica a la nueva lider del procesos dar continuidad con esta tarea.			
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																				
100,00%	2026-03-31	Completo	A los respectivos lideres se les inició la socialización de los indicadores vía correo electrónico, del mismo modo en la reuniones del POE se continúa con la presentación de los mismos. Se indica a la nueva lider del procesos dar continuidad con esta tarea.																	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	2	Baja (4)

☐ 30. Gestión del Acceso

★ ID: 620 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

22. Manejo de la Información.

Acción de mejora: Los deberes y derechos son divulgados por pantallas en la sala de espera, los usuarios también tienen acceso a ellos por los infográficos que están pegados en algunas zonas de la institución, se establece con la líder que es importante que estos deberes y derechos sean brindados al paciente de forma verbal en el momento de la atención.

Proceso: Gestión del Acceso

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 620 **Avance ponderado** N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	4	Baja (24)

☐ 31. Gestión del Acceso

★ ID: 623 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

23. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Acción de mejora: Se evidencio que los indicadores de satisfacción en el servicio de imágenes no han sido socializados.

Proceso: Gestión del Acceso

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 623 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Socializar indicadores de satisfacción en los servicios.: (0%)	100,00%	2025-12-31 2025-12-31	2026-03-31 2026-03-31	Gilary Salum	Yulieth	Pitalua

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2026-03-31	Completo	se envió por correo a los lideres del servicio los indicadores de satisfacción del servicio de imagenes.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	1	Baja (6)

☐ 32. Gestión de la Atención Inmediata

★ ID: 645 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

24. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Acción de mejora: Los espacios reducidos en las salas de urgencias dificulta la privacidad de la comunicación (medico-paciente).

Sala de espera sin sanitario para discapacitados

Área de espera de los usuarios muy cerca al área de disposición final de residuos

Existen áreas para aislamiento de usuarios con cumplimiento parcial por presión negativa de aire

Proceso: Gestión de la Atención Inmediata

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	645	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	3	2	Baja (30)

☐ 33. Gestión de la Atención Inmediata

★ ID: 647 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

26. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Acción de mejora: Información suministrada al usuario, adecuado diligenciamiento de consentimientos informados (hospitalización y tratamiento, consentimiento para la contención mecánica del paciente)

Proceso: Gestión de la Atención Inmediata

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo647

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 34. Gestión de la Atención Inmediata

★ ID: 646 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

27. Enfoque de Humanización.

Acción de mejora: Fortalecer atención diferencial en el servicio de urgencias

Proceso: Gestión de la Atención Inmediata

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo646

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Reforzar las estrategias de humanización en el servicio de Urgencias: (0%) Reforzar las estrategias de humanización en el servicio de Urgencias mediante actividades de sensibilización y formación continua orientadas al trato digno, comunicación efectiva y atención centrada en la persona. Vincular al personal del servicio en las acciones programadas por el Comité de Humanización, asegurando su participación y registro de evidencias. Monitorear la percepción de los usuarios sobre el trato recibido, a través de encuestas y retroalimentación directa, para implementar mejoras oportunas.	100,00%	2026-02-27 2026-02-27	2026-02-16 2026-02-16	Gilary Yulieth Pitalua Salum	

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2026-02-16	Completo	Comité de humanización refuerza con talleres de sensibilización y acompañamiento a los servicios trazable en las actas del comité.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 35. Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

✓ ID: 586 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

28. Manejo de la Información.

Hallazgo crítico: Se identificaron indicadores de gestión, que no tienen registro de los resultados en ALMERA: Proporción de cumplimiento del control de calidad de esterilización-autoclave (desde 2022); Promedio de tiempo de asignación de citas de pacientes ambulatorios (febrero 2024) y no se encontraron indicadores de radioterapia CyberKnife.

Proceso: Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 586 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar y estandarizar indicadores institucionales en ALMERA.: (0%) Asegurar que todos los indicadores institucionales cuenten con registro actualizado en ALMERA, garantizando que el sistema de medición sea pertinente, confiable, oportuno, completo y accesible. - Proporción de cumplimiento del control de calidad de esterilización-autoclave(desde 2022) - Promedio de tiempo de asignación de citas de pacientes ambulatorios (febrero 2024) - proporción de usuarios con el manejo de la infraestructura (2019) - proporción de la satisfacción de las aseguradoras (2021) - no se encontraron indicadores de radioterapia CyberKnife.	0,00%	2026-02-27 2026-02-27		Estefanía García Lopera

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	2	Baja (16)

☐ 36. Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

★ ID: 587 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

29. Conocimiento de los estándares de calidad y lineamientos específicos definidos en la documentación.

Hallazgo critico: El Consejo de Administración requiere mayor capacitación en los lineamientos de la planeación estratégica, para favorecer el seguimiento a los resultados y a la articulación de los Planes Operativos Estratégicos con el Plan de Desarrollo institucional.

Proceso: Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

587

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

37. Gestión de la Atención Ambulatoria en la Sede Apartadó

★ ID: 655 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

3. Enfoque de Humanización.

Acción de mejora: Las áreas de sala de espera no cuentan con aire acondicionado y en el servicio de Neurofisiología hace falta una cama para los estudios de sueño.

Proceso: Sede Apartado

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

655

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Adecuar las condiciones ambientales de las salas de espera: (0%) Adecuar las condiciones ambientales de las salas de espera e implementar un espacio diferencial para pacientes código P, con el fin de mejorar la experiencia del paciente y cumplir los estándares de atención humanizada.		100,00%	2025-08-29 2025-08-29	2025-07-30 2025-07-30	Maria Isabel Betancur Saldarriaga
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)					
100,00%	2025-07-30	Completo	Como medida de mejora orientada al confort del usuario y a la atención humanizada, se gestionó la adquisición e instalación de un adhesivo térmico en los vidrios de la sala de espera. Esta intervención permite disminuir la radiación solar directa y, en consecuencia, reducir la sensación térmica percibida por pacientes y acompañantes durante su permanencia en el área. La acción responde a la identificación de condiciones ambientales que afectaban la		

experiencia del usuario, especialmente en población neurológica y pacientes con atención diferencial, y se constituye en una alternativa técnica viable mientras se definen o implementan soluciones estructurales adicionales de climatización. La medida contribuye a mejorar el confort ambiental, la permanencia en sala de espera y la percepción de calidad del servicio.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 38. Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

★ ID: 588 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

30. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Hallazgo crítico: Existen indicadores en todas las perspectivas de BSC, que aún no se han evaluado respecto a las metas propuestas para el cuatrienio de la Dirección que se inicia en el 2025.

Proceso: Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	588	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐ 39. Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

✓ ID: 589 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

31. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo crítico: No se está midiendo la satisfacción de los clientes, para evaluar los resultados teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. No se encontraron indicadores de satisfacción de los clientes, después del año 2021.

Proceso: Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación

Impacto sobre la familia y el usuario: Fidelización de Usuarios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

589

Avance ponderado

0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Medir la satisfacción de los clientes: (0%) Medir la satisfacción de los clientes, para evaluar los resultados teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas.	0,00%	2026-02-27 2026-02-27		Luis Fernando Galeano Penagos	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 40. BPM Aire Medicinal

★ ID: 583 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

32. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Acción de mejora: En inspección física se observa una puerta metálica en la pared del cuarto de producción de aire medicinal que podría producir polvo ya que no ajusta bien

Proceso: BPM Aire Medicinal - BPM

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

583

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 41. BPM Aire Medicinal

★ ID: 584 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

33. Despliegue del programa de Salud Ocupacional.

Hallazgo no critico: Es necesario actualizar la matriz de riesgos, considerando el uso de tubos colorimétricos

Las fichas de seguridad del cuarto de almacenamiento de cilindros no cumplen con el sistema globalmente armonizado

Proceso: BPM Aire Medicinal - BPM

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

584

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 42. BPM Aire Medicinal

★ ID: 585 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

34. Conocimiento de la Respuesta ante emergencias.

Hallazgo critico: Actualmente no conocen la línea de emergencia y las alarmas no se escuchan claramente, lo que limita una respuesta oportuna

Proceso: BPM Aire Medicinal - BPM

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

585

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐ 43. Gestión del Talento Humano

★ ID: 555 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

35. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Hallazgo critico: Se evidencia lista de profesionales pendiente por completar hojas de vida con los cursos de telemedicina, manejo del duelo, radioprotección, cuidado del donante entre otros.

- Los documentos, protocolos, guías que leen los colaboradores al ingreso no se encuentra actualizada. (Documentos asistenciales)

Proceso: Gestión del Talento Humano

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo555

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 44. Gestión del Talento Humano

★ ID: 552 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

36. Falta conocimiento de la respuesta frente a una emergencias.

Hallazgo critico: Capacitar al personal asistencial en los diferentes ambientes pedagógicos institucionales y así fortalecer el conocimiento frente al manejo en una emergencia.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo552

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	4	Baja (16)

☐ 45. Gestión del Talento Humano

★ ID: 561 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

37. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Hallazgo critico: No se cuenta con el conocimiento completo del desarrollo de los planes de mejoramiento en el aplicativo de Almera y dejar allí evidencia de ello.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo561

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	1	Baja (2)

☐ 46. Gestión del Talento Humano

★ ID: 560 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

38. Planes de Mejora y cierres de ciclo.

Hallazgo critico: No se cuenta con el conocimiento completo del desarrollo de los planes de mejoramiento en el aplicativo de Almera.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo560

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	1	Baja (2)

☐ 47. Gestión de Sistemas, Información y Documentación

✓ ID: 547 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

39. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Acción de mejora: Elaborar y formalizar la documentación correspondiente al componente del Sistema de Información para la Calidad, asegurando que esté alineada con los estándares normativos, que sea divulgada y revisada periódicamente, y que esté disponible en los repositorios oficiales de la organización (ALMERA).

Proceso: Gestión de Sistemas, Información y Documentación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo547

Avance ponderado0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
------------------	----------	------------	-----------	--------------	--

1. Elaborar y formalizar la documentación del componente Sistema de Información para la Calidad: (0%) incluyendo al menos: Mecanismos de recolección, análisis y uso de la información.	0,00%	2026-03-31 2026-03-31		Estefanía García Lopera	
---	-------	--------------------------	--	-------------------------	--

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 48. Gestión de la Atención Ambulatoria en la Sede Apartadó

✓ ID: 656 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

4. Despliegue del programa de Salud Ocupacional.

Acción de mejora: Se observa que el personal involucrado en imágenes no recibe capacitación hace mucho tiempo en todo el tema relacionado con protección Radiológica.

Proceso: Sede Apartado

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 656 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Actualización y socialización de lineamientos institucionales sobre protección radiológica.: (0%) Programación e implementación de jornada de capacitación en protección radiológica dirigida al personal del servicio de imágenes.	0,00%	2026-03-31 2026-03-31		Ana Milena Tamayo Cordoba, Angela Maria Carmona Molina	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐ 49. Gestión de Sistemas, Información y Documentación

★ ID: 548 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

41. Manejo de la Información.

Hallazgo no crítico: los indicadores institucionales, no están todos actualizados en ALMERA, algunos están activos sin ser diligenciados desde años atrás (AU.17 Productos y servicios no Conformes (PNC) en los servicios - Urgencias, HU.34 Productos y servicios no Conformes (PNC) en los servicios hospitalarios, y hay procesos (Atención en Cyberknife, Gestión del Talento Humano) que no tienen indicadores cargados.

Recomendación:
Verificar y actualizar todos los indicadores de procesos en ALMERA.
Implementar una rutina de revisión mensual/trimestral de estos registros.

Proceso: Gestión de Sistemas, Información y Documentación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo548

Avance ponderadoN/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	4	Baja (16)

☐

50. Gestión Financiera

★ ID: 533 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

43. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: Los indicadores del área de facturación no están actualizados.

Proceso: Gestión Financiera

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo533

Avance ponderadoN/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐

51. Gestión Financiera

★ ID: 534 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

44. Análisis de los resultados y conocimiento por el Grupo Primario.

Acción de mejora: En el área de facturación no se documentan actas de los grupos primarios

Proceso: Gestión Financiera

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo534

Avance ponderadoN/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

52. Gestión Financiera

★ ID: 536 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

45. Planes de Mejora y cierres de ciclo.

Acción de mejora: En el área de facturación aún se encuentran sin resolver algunas acciones correctivas del periodo anterior del PAMEC

Proceso: Gestión Financiera

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo536

Avance ponderadoN/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

53. Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos

★ ID: 672 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

46. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Acción de mejora: La evaluación de satisfacción que se realiza con clientes y proveedores del comité no se a hecho de manera formal ni se lleva un indicador que pueda servir como insumo para la mejora.

Proceso: Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos - CEI

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

672

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Aplicación de encuesta de satisfacción: (0%) Se crea encuesta de satisfacción para ser enviada a los diferentes clinestes internos y externos del comité de ética, para ser diligenciada anualmente y de esa manera conocer nivel de satisfacción y aspectos a mejorar.			100,00%	2025-12-15 2025-12-15	2025-12-29 2025-12-29	Juan Pablo Lopera Vasquez	
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							
100,00%	2025-12-29	Completo	La encuesta fue compartida con los centros de investigación para que sea diligenciada por los diferentes actores del centro y de los patrocinadores.				

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 54. Gestión Logística

★ ID: 638 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

47. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Acción de mejora: Revisar la periodicidad por parte del personal de SG en la zona del lavacabeza en las tardes para los pacientes de EEG por el encharcamiento de agua que se genera en el piso por la frecuencia de los pacientes atendidos en este horario.

Revisar posibilidad de cambio de lencería por pantalón-camisa para mejorar el confort de nuestros usuario para el servicio de imaginología.

Reforzar la fumigación en las Instalaciones, es especial el servicio de Imaginología (resonancia lúmina) por presencia visual de sancudos para la bioseguridad del entorno.

Se recomienda realizar la revisión, mantenimiento o cambio oportuno de los contenedores donde transportan los residuos hospitalarios, garantizando que cumplan con las condiciones técnicas de acuerdo a la normatividad vigente para el manejo de residuos en instituciones de salud.

Se recomienda a mantenimiento de infraestructura revisar a fondo posibles soluciones al tema del olor a pozo séptico por seguridad del paciente y de nuestros colaboradores.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

638

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐ 55. Gestión Logística

★ ID: 639 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

48. Política de Seguridad.

Acción de mejora: Revisar y ajustar la frecuencia de recolección de basuras en las diferentes áreas de la Institución, con énfasis especial en los servicios de alta generación de residuos, con el fin de garantizar una recolección oportuna, evitar acumulaciones, mantener las condiciones higiene optimas, seguridad y confort para el usuario, su familia o acompañante y personal asistencial.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

639

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Compra contenedores: (0%) Compra de contenedores nuevos por deterioro de los existentes	100,00%	2026-01-30 2026-01-30	2026-01-30 2026-01-30	Alexandra Triana Gómez, Carlos Fernando Rueda Orozco, Oriel Mauricio Correal Zapata	

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2026-01-30	Completo	esta tarea se ejecuto desde finales del año pasado donde servicios generales realizo la revisión y solicitud de 6 contenedores, los cuales fueron aprobada la compra y ya fueron entregados.

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	2	4	Media (32)

☐ 56. Gestión Logística

★ ID: 640 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

49. Enfoque de Humanización.

Acción de mejora: - Se identifica la necesidad de reforzar en sus grupos primarios el fortalecimiento entorno al respeto por la privacidad del paciente en el servicio de urgencias durante la ejecución de las actividades de aseo, verificando o solicitando autorización para ingresar al cubículo cuando esté cerrada la cortina para no generar incomodidad o vulnerar la privacidad e intimidad del usuario.

- Se recomienda que el personal de SG cuando ingrese a las habitaciones y cubículos a realizar las actividades diarias, además del saludo y portar el carnet, presentarse por su nombre e indicar que va a proceder a realizar el aseo. El cumplimiento de los protocolos de identificación es clave para fortalecer la experiencia del usuario y su familia y dar cumplimiento a lineamientos de humanización y gestión del riesgo de acuerdo a los estándares de Acreditación.

Proceso: Gestión Logística**Impacto sobre la familia y el usuario:** Fidelización de Usuarios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

640

Avance ponderado

N/A

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	4	Baja (8)

☐ 57. Sistema Integrado de Gestión

★ ID: 545 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

5. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Acción de mejora: 1. Realizar el ajuste a los procedimientos de telemedicina según la clasificación documental para garantizar coherencia con los criterios del sistema de gestión documental

2. Revisar el procedimiento MAMAMP03 para garantizar que cumpla con la estructura y numeración establecida en el sistema documental

3. Ajustar la numeración del documento de Manual de procedimientos del centro de investigación, incluyendo el numeral de Registros y unificar todas las definiciones en el numeral correspondiente

4. Revisar y alinear la estructura de los documentos del centro de investigación mencionados con el modelo establecido por el

sistema documental institucional o considerar formalizar los requerimientos de normativas externas como las del INVIMA en el documento de control de documentos.

Proceso: Sistema Integrado de Gestión

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo545

Avance ponderado100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualización de numeración, secciones y estructura según estándar: (0%)			100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-08-19 2025-08-19	Jorge Hernán Castaño Serna

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)			
100,00%	2025-08-19	Completo	No hay novedades documentales, se mantiene la documentación y su gestión, mediante ALMERA.
95,00%	2025-08-19	Muy Alto	Documentación de investigación ajustada y debidamente normalizada. Se mantiene la dinámica de actualización y de consulta a través de ALMERA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐ 58. Gestión Logística

★ ID: 641 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

50. Conocimiento de los estándares de calidad y lineamientos específicos definidos en la documentación.

Acción de mejora: Se recomienda realizar una revisión integral del material informativo publicado relacionado con lineamientos sobre la limpieza, desinfección y demás que apliquen y proceder con su actualización, ya que esto puede generar confusión en el personal operativo y afectar la correcta aplicación de las actividades de limpieza y de esta forma se garantiza que toda la información divulgada en áreas operativas esté alineada con los protocolos actualizados y aprobados.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo641

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	4	Baja (8)

☐ 59. Gestión Logística

★ ID: 642 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

51. Observar: Trato ofrecido, información suministrada, manejo del dolor, presentación personal, uso de elementos de protección personal, orden, aseo, disposición de residuos, responsabilidad con los materiales, insumos y/o medicamentos, señalización y uso de barreras de seguridad para los pacientes.

Acción de mejora: - Se recomienda dotar el área del kit de derrame completo y visible.
- Gestionar la reparación oportuna de la fuga de agua.
Lo anterior conforme a los lineamientos del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud - PGIRASA y protocolos de bioseguridad.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	642	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 60. Gestión Logística

★ ID: 643 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

52. Mecanismos de Autocontrol: Listas de chequeo y método de aplicación.

Hallazgo critico: Retroalimentar al personal de SG en la importancia del diligenciamiento diario de la lista de chequeo de limpieza y desinfección y hacer firmar el recibido por el jefe del servicio encargado en el turno.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	643	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 61. Gestión Logística

✓ ID: 637 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

53. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: Se recomienda revisar la aplicación de indicadores de procesos que permitan identificar la efectividad en la limpieza y desinfección de las diferentes áreas asistenciales y en la medición por luminometria, se sugiere tener indicadores de proceso que permita monitorear la calidad y mejora continua.

Los indicadores de uso eficiente de agua y energía se encuentra sin la medición del año en curso por el área de Infraestructura.

Proceso: Gestión Logística

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 637

Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
Indicadores de proceso de limpieza y desinfeccion: (0%) Definir indicadores de proceso que midan la efectividad de la limpieza y desinfección (ejemplo: porcentaje de áreas que cumplen con estándares de luminometría)	0,00%	2025-12-31 2025-12-31		Ana Milena Tamayo Cordoba, Carlos Fernando Rueda Orozco

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐ 62. Gestión de la Internación

★ ID: 650 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

54. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo critico: La central de monitoreo, el monitor de los signos vitales. los computadores, actualizacion de tecnologia

Proceso: Gestión de la Internación

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo650

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	2	Baja (12)

☐ 63. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

✓ ID: 540 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

55. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Hallazgo critico: No se está realizando en imágenes ionizantes y no ionizantes, la medición de la adherencia a las Guías técnicas de los estudios y la guía técnica de Polisomnografía va a cumplir cinco años, lo que exige su revisión prioritaria.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo540

Avance ponderado0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Diseñar e implementar un mecanismo de medición de adherencia a las Guías Técnicas en los servicios de imágenes ionizantes, no ionizantes y Neurofisiología.: (0%)	0,00%	2026-03-31 2026-03-31		Claudia Maria Cano Zapata	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 64. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 539 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

56. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo no critico: El tecnólogo Javier Vélez opina que hay demoras en la programación de la agenda, que puede afectar la calidad de los resultados, ya que se aumenta el estrés laboral.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 539

Avance ponderado N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	3	Media (36)

☐

65. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 541 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

57. Manejo de la Información.

Hallazgo critico: El personal de admisiones de imágenes ionizantes ofrece amplia información al paciente, antes de ser atendido, pero no están teniendo en cuenta sus deberes y derechos al orientarlos con dicha información. El lenguaje utilizado durante la atención preliminar no refleja que se suministran indicaciones y otra información, dentro de sus derechos. (verificado con el personal de turno jueves 15 mayo - AM).

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 541

Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Sensibilización inmediata al personal de admisiones del servicio de imágenes ionizantes sobre el enfoque de derechos y deberes del paciente.: (0%) Sensibilización inmediata al personal de admisiones del servicio de imágenes ionizantes sobre el enfoque de derechos y deberes del paciente.		100,00%	2025-07-31 2025-07-31	2025-07-21 2025-07-21		
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)						
100,00%	2025-07-21	Completo	Teniendo en cuenta que: El personal brinda información suficiente y oportuna al usuario. Se identificó y corrigió oportunamente la brecha en el enfoque de derechos. Se ajustó el proceso comunicacional sin requerir cambios estructurales. No se evidencian recurrencias posteriores a la intervención. Se concluye que el hallazgo corresponde a una oportunidad de mejora en el			

fortalecimiento del enfoque de derechos y deberes del paciente, la cual fue abordada de manera oportuna conforme al PAMEC y a los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019.

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 66. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 542 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

58. Conocimiento de los estándares de calidad y lineamientos específicos definidos en la documentación.

Hallazgo no critico: Los servicios Resonancia, Tomografía, Neurofisiología y radioterapia, cuentan con la documentación de sus procesos prioritarios, pero no todos los documentos cuentan con la evidencia de evaluación del conocimiento que tiene el personal, sobre los mismos, la cual se está haciendo en ALMERA mediante cuestionario específico por documento.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 542 **Avance ponderado** N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	3	Baja (18)

☐ 67. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 543 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

59. Observar: Trato ofrecido, información suministrada, manejo del dolor, presentación personal, uso de elementos de protección personal, orden, aseo, disposición de residuos, responsabilidad con los materiales, insumos y/o medicamentos, señalización y uso de barreras de seguridad para los pacientes.

Hallazgo critico: El trato ofrecido, la presentación personal del talento humano de los servicios, el orden y el aseo, en imágenes ionizantes, neurofisiología y Cyber, se percibió adecuado, pero al entrevistar a los usuarios en sala, algunos refieren tiempos de espera superiores a 15 minutos, antes de ingresar a los servicios y desconocen la causa.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

543

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	3	2	Baja (12)

☐ 68. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 551 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

6. Asignación de responsabilidades

Acción de mejora: Definir un plan de mejoramiento con su respectivo responsable, que permita tener trazabilidad en las acciones de mejora implementadas.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

551

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Establecer un mecanismo de consolidación y análisis de PQRS, que permita identificar causas recurrentes.: (0%)	100,00%	2026-03-31 2026-03-31	2026-03-31 2026-03-31	Gilary Pitalua	Yulieth Salum
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)					
100,00%	2026-03-31	Completo	Por favor trasladar actividad al nuevo rol del proceso.		

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 69. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 544 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

60. Resultados: Generación, uso, validez y consignación.

Hallazgo critico: En Radioterapia, cuentan con bases de datos de resultados, de información relacionada con los tratamientos y sobre la gestión de la atención con cada paciente, pero ésta no se refleja en los indicadores.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

544

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	2	Baja (24)

☐ 70. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 556 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

61. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Acción de mejora: En los servicios de imágenes ionizantes y no ionizantes y en Radioterapia CyberKnife, no se conoce la satisfacción de los usuarios con su servicio; únicamente apoyan la gestión de quejas, cuando les son notificadas. No se presenta ningún indicador de satisfacción específico, además de la satisfacción global que mide la institución.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Fidelización de Usuarios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

556

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐ 71. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 557 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

62. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Hallazgo critico: En el servicio de Radioterapia Cyberknife, no se miden los resultados de los procesos mediante indicadores, existe un historial que dejó de medirse hace varios años.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

557

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐

72. Gestión de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica

★ ID: 559 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

63. Planes de Mejora y cierres de ciclo.

Hallazgo critico: La institución cuenta con un Modelo de Mejoramiento que desarrolla mediante el aplicativo ALMERA, pero no se evidencia que los líderes de los servicios de imágenes ionizantes y no ionizantes, y Radioterapia Cyberknife, tengan la disciplina de ingresar las oportunidades de mejora que identifican a partir de los resultados de indicadores, quejas, u otras fuentes, para establecer planes de acción dirigidos a la mejora continua de los procesos.

Proceso: Gestión de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

559

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	3	3	Baja (18)

☐

73. Gestión de la Consulta Externa

✓ ID: 660 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

64. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Hallazgo critico: La consulta especializada se encuentra en constante dinámica de cambios que no se reflejan en la documentación, por lo tanto, ello dificulta la estandarización de los procedimientos de atención en admisiones.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo660

Avance ponderado0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Actualizar y formalizar la documentación del proceso de admisiones, asegurando coherencia con la práctica real.: (0%) RSACEP01 ASIGNACIÓN DE CITAS EN CONSULTA ESPECIALIZADA RSACEP02 PROCEDIMIENTO ATENCION EN CONSULTA ESPECIALIZADA	0,00%	2026-03-31 2026-03-31		Lina Maria Hernandez Ortiz	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	4	Baja (16)

☐ 74. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 661 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

65. Asignación de responsabilidades

Hallazgo no critico: Las responsabilidades relacionadas con la atención en la consulta son muy claras para los especialistas, pero en oportunidades ellos deben asumir tareas como llamar a los pacientes en sala, orientarlos hacia las taquillas de apoyo en la atención, entre otros. Se nota en algunos momentos insuficiencia de personal o deficiente distribución de las responsabilidades, lo que genera demoras antes de la consulta médica.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo661

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	2	3	Baja (24)

☐ 75. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 662 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

66. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo no critico: Se evidencian horas de mayor congestión en el servicio de admisiones para la consulta especializada, lo que genera retrasos en la agenda y tiempos de espera prolongados para los pacientes. Se observan personas de pié, largas filas y congestión especialmente en la mañana.

Se tiene en cuenta la atención diferencial con los pacientes en situación de discapacidad, ya que existen recursos específicos para atenderlos en sala de espera (Sillas de ruedas, camilla, etc). El apoyo ofrecido por las Damas Rosadas en sala de espera, en relación con la orientación de los pacientes hacia los consultorios, es muy satisfactorio para los pacientes y genera un valor agregado al servicio.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo662

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐ 76. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 665 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

69. Observar: Trato ofrecido, información suministrada, manejo del dolor, presentación personal, uso de elementos de protección personal, orden, aseo, disposición de residuos, responsabilidad con los materiales, insumos y/o medicamentos, señalización y uso de barreras de seguridad para los pacientes.

Hallazgo critico: En las encuestas de satisfacción del servicio de consulta, se aprecia que en algunos casos el paciente no recibe suficiente información sobre su atención.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo665

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐

77. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 610 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

7. Enfoque de Humanización.

Hallazgo no critico: Se recomienda implementar indicadores que consoliden el impacto de las herramientas o estrategias utilizadas con el despliegue de la política a los deferentes grupos poblacionales, y definir la frecuencias con la que se implementaran las diferentes actividades.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Humanización de los Servicios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

610

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐

78. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 666 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

70. Mecanismos de Autocontrol: Listas de chequeo y método de aplicación.

Hallazgo critico: Los indicadores de consulta especializada se están llevando mensualmente y se observan actualizados a la fecha. No todas las veces incluyen el análisis t las acciones de mejora o correctivas que se puedan derivar de su mejoramiento.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

666

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	1	Baja (4)

☐

79. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 667 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

71. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Hallazgo critico: Se identifican que los indicadores de oportunidad en la asignación de las citas de consulta de neurología, no cumplen con los referentes establecidos

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo667

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	3	Media (36)

☐

80. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 668 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

72. Análisis de los resultados y conocimiento por el Grupo Primario.

Hallazgo critico: Los resultados de los indicadores de la consulta especializada son conocidos por los líderes en los espacios de comités administrativo y asistencial ampliado, de manera trimestral, pero no se encontraron evidencias de que estos resultados, sean difundidos y socializados con el comité primario, para vincularlos con el mejoramiento continuo.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo668

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

81. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 669 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

73. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo critico: El líder del servicio de consulta especializada conoce los resultados de satisfacción de los usuarios, que de manera general presenta la institución y participa en la gestión de las PQRF, pero de manera específica, no se realiza

indicador de satisfacción de la consulta para realizar acciones correctivas y de mejora consecuentes con la calificación obtenida.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Fidelización de Usuarios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

669

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

82. Gestión de la Consulta Externa

★ ID: 670 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

75. Acciones frente a los resultados: Correcciones, correctivas, coyunturales y de mejora.

Hallazgo critico: Se encuentran algunas acciones de mejora derivadas de los indicadores y seguimientos realizados de manera trimestral, pero no se encuentra el tratamiento de las oportunidades de mejora, realizado en ALMERA, como lo establece el Modelo de Mejoramiento institucional.

Proceso: Gestión de la Consulta Externa

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

670

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

83. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 624 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

76. Asignación de responsabilidades

Acción de mejora: Considerar normalizar los documentos de apoyo para tener una trazabilidad y control.

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

624

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Normalizar y formalizar el cuadro de programación de cirugías dentro del Sistema Integrado de Gestión.: (0%)			100,00%	2026-03-31 2026-03-31	2025-06-24 2025-06-24	Jorge Oswaldo Usuga	

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)

100,00%	2025-06-24	Completo	RSACIF04 ASIGNACIONES CIRUGÍA
---------	------------	----------	-------------------------------

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	3	Baja (6)

☐ 84. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 626 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

77. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo critico: En observación directa se identifican manchas en paredes, áreas no señalizadas, definidas o confusas.

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

626

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora			% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Reparar e impermeabilizar paredes y reemplazar mobiliarios: (0%) Reemplazar mobiliario de madera por mobiliario en acero inoxidable, intervenir muros, pisos y puertas del área.			100,00%	2025-12-31 2025-12-31	2025-12-31 2025-12-31		

Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)

100,00%	2025-12-31	Completo	Se reemplazan puertas del servicio y se intervienen pisos y paredes.
---------	------------	----------	--

20,00%	2025-12-04	Bajo	Se realiza cotización con proveedor de puertas y mobiliario para el servicio, se proyecta intervenir paredes y pisos en diciembre de 2025.
--------	------------	------	--

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	2	Baja (18)

☐ 85. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 628 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

78. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Hallazgo no critico: Garantizar el completo y adecuado diligenciamiento de los formatos y documentos que hacen parte de la prestación del servicio, esto con el fin de evitar confusión.

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo628

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	3	Media (48)

☐ 86. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 630 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

79. Aplicación de los lineamientos de Seguridad, Humanización y Responsabilidad Social.

Hallazgo critico: Por normatividad, los medicamentos de control especial se deben mantener bajo estrictas condiciones de seguridad. Garantizando su adecuada custodia y siempre deben ser manejados por personal responsable.

Adherirse a las recomendaciones que se especifican en el esquemas de referencia para el manejo y administración de inyectables.

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

630

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	3	Media (36)

☐

87. Gestión de la Atención al Usuario

★

ID: 553 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

8. Conocimiento de los estándares de calidad y lineamientos específicos definidos en la documentación.

Acción de mejora: Reforzar estrategias de socialización para las diferentes políticas institucionales y lineamientos estratégicos.

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

553

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	1	Baja (2)

☐

88. Gestión de la atención Quirúrgica

★

ID: 629 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

80. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: Se recomienda establecer metas para los indicadores de proceso y resultado del servicio

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

629

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐ 89. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 632 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

81. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo critico: Al momento de la auditoria no se cuenta con la información relacionada con la satisfacción de los usuarios

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 632 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Baja (8)

☐ 90. Gestión de la atención Quirúrgica

★ ID: 631 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

82. Barreras de seguridad.

Hallazgo critico: Adherirse a lo escrito en el instructivo RSAURlg08 buenas prácticas para la identificación correcta del paciente, el cual se estructuro para garantizar la identificación segura de los pacientes y la aplicación de prácticas seguras para todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos.

Proceso: Gestión de la Atención Quirúrgica

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 631 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
--------------	--------	-------	---------	--

3	3	3	Baja (27)
---	---	---	-----------

☐ 91. Atención en el Laboratorio Clínico

★ ID: 577 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

83. Política de Seguridad.

Hallazgo crítico: Se identificó que las muestras de laboratorio son entregadas para su traslado a terceros que no han sido capacitados en el manejo y transporte de este tipo de material, lo cual representa un riesgo potencial para la seguridad e integridad de las muestras, así como para la trazabilidad del proceso.

Proceso: Atención en el Laboratorio Clínico

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 577

Avance ponderado N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	3	Media (36)

☐ 92. Atención en el Laboratorio Clínico

★ ID: 578 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

84. Conocimiento de la Respuesta ante emergencias.

Hallazgo crítico: Durante la verificación, se evidenció que la bacterióloga Kelly Colina no recuerda cuál es la línea de emergencia ni la ruta de evacuación asignada. Adicionalmente, se informó que la alarma de emergencia no se escucha adecuadamente en el servicio

Proceso: Atención en el Laboratorio Clínico

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 578

Avance ponderado N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	3	Baja (12)

☐

93. Atención en el Laboratorio Clínico

★

ID: 579 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

85. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Acción de mejora: No se realizan encuestan de satisfacción del usuario

Proceso: Atención en el Laboratorio Clínico

Impacto sobre la familia y el usuario: Fidelización de Usuarios

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

579

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	1	Baja (1)

☐

94. Atención en el Laboratorio Clínico

★

ID: 580 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

86. Barreras de seguridad.

Acción de mejora: se identificó que la sala de toma de muestras no dispone de un botón de pánico, lo cual representa una oportunidad de mejora para atender situaciones de riesgo, como la atención a pacientes agitados

Proceso: Atención en el Laboratorio Clínico

Impacto sobre la familia y el usuario: Racionalidad en el Servicio

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

580

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

95. Atención en el Laboratorio Clínico

★

ID: 581 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

87. Estrategias de mejoramiento de las competencias del personal.

Acción de mejora: El servicio cuenta con un programa de formación para su personal. No obstante, dicho programa no se encuentra registrado en la matriz de capacitaciones gestionada por el área de Talento Humano, lo que puede dificultar el seguimiento integral y la articulación institucional de las actividades formativas

Proceso: Atención en el Laboratorio Clínico

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

581

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	1	Baja (2)

☐

96. Gestión de Auditorías y Medición

★ ID: 657 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

88. Manejo de la Información.

Acción de mejora: Se evidencia que el Modelo de Mejoramiento Continuo, por su naturaleza transversal, requiere que la gestión de oportunidades de mejora en la herramienta Almera sea accesible y clara para todos los colaboradores involucrados en su trámite. Actualmente, la documentación asociada al modelo no ofrece instrucciones suficientemente precisas y comprensibles sobre cómo realizar y tramitar estas actividades, lo que dificulta su correcta gestión.

Proceso: Gestión de Auditorías y Medición

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

657

Avance ponderado

100,00%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables															
1. Desarrollar y socializar un instructivo: (0%) Desarrollar y socializar un instructivo operativo o guía práctica para el uso y gestión de oportunidades de mejora en ALMERA, que describa de forma sencilla y estandarizada:		100,00%	2025-12-31 2025-12-31	2026-03-16 2026-03-16	Jorge Hernán Castaño Serna															
<table><tr><th colspan="3">Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)</th><td colspan="4"></td></tr><tr><td>100,00%</td><td>2026-03-16</td><td>Completo</td><td colspan="4">Se genera presentación PowerPoint para usar de base al MAMAMP02 MODELO DE MEJORAMIENTO, con especificaciones al proceso de cargue en ALMERA</td></tr></table>							Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)							100,00%	2026-03-16	Completo	Se genera presentación PowerPoint para usar de base al MAMAMP02 MODELO DE MEJORAMIENTO, con especificaciones al proceso de cargue en ALMERA			
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)																				
100,00%	2026-03-16	Completo	Se genera presentación PowerPoint para usar de base al MAMAMP02 MODELO DE MEJORAMIENTO, con especificaciones al proceso de cargue en ALMERA																	

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	3	Baja (6)

☐ 97. Gestión de Auditorías y Medición

★ ID: 658 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

89. Aplicación de los lineamientos de Seguridad, Humanización y Responsabilidad Social.

Acción de mejora: Se ha identificado que la estrategia de paciente trazador se emplea predominantemente de manera reactiva, activándose tras la ocurrencia de eventos adversos o incidentes. Aunque este uso es valioso para la investigación post-evento, limita el potencial de la herramienta para la identificación proactiva de riesgos y la mejora continua. Existe una oportunidad significativa para potenciar esta estrategia mediante su aplicación preventiva, lo que permitiría anticipar problemas y optimizar los procesos antes de que se presenten fallas, maximizando así sus beneficios en la seguridad y calidad de la atención.

Proceso: Gestión de Auditorías y Medición

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	658	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	1	1	Baja (3)

☐ 98. Gestión de la Atención al Usuario

★ ID: 554 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

9. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Acción de mejora: No se evidencia que lo documentado en el proceso, sea consistente con el que hacer, dado que no hay una clara evidencia de los planes que se ejecutan para medir el impacto de las acciones correctivas .

Proceso: Gestión de la Atención al Usuario

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema	Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Tipo	554	Avance ponderado	N/A
----------------	--	-------------	-----	-------------------------	-----

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	2	1	Baja (8)

☐ 99. Gestión de Auditorías y Medición

★ ID: 659 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

90. Satisfacción del usuario: Conocimiento.

Hallazgo no critico: Si bien se evidencian mediciones, análisis y socialización de resultados con generación de acciones de mejora, no todas las acciones correctivas derivadas de las oportunidades identificadas quedan registradas en el sistema ALMERA, lo que afecta la trazabilidad y la verificación de eficacia de los planes. Se recomienda asegurar el registro íntegro y oportuno de todas las acciones (enfoque-implementación-resultado), incluyendo soportes y cierres, conforme al Modelo de Mejoramiento y a los lineamientos PAMEC.

Proceso: Gestión de Auditorías y Medición

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 659 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	3	Media (36)

☐ 100. Gestión del Servicio Farmacéutico

✓ ID: 562 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

91. Enfoque: Documentación existente, actualizada, suficiente y normalizada.

Hallazgo critico: La sala de procedimientos de Dolor, no presentó la documentación correspondiente a los procedimientos realizados en este servicio; refieren que la Dra. Jaimes los entregó a Dirección Médica, para su posterior normalización. Este hallazgo se repite de la auditoría anterior.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **Tipo** 562 **Avance ponderado** N/A

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	2	Baja (18)

☐ 101. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 563 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

92. Suficiencia de recursos e infraestructura locativa.

Hallazgo crítico: La Sala de Procedimientos de Dolor, cuenta con infraestructura específica y dotación suficiente para una atención segura; no obstante, se observa que los acabados no facilitan la limpieza y desinfección reglamentarias. Tampoco se dispone de un Vestier que asegure la privacidad y custodia de las pertenencias del paciente.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Ambientes Confortables

Sistema Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo 563

Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Cambiar la media caña en PVC por otro material (mortero) en la sala de procedimientos de dolor.: (0%)		100,00%	2026-02-27 2026-02-27	2026-02-24 2026-02-24	Maria Isabel Betancur Saldarriaga
Relación de seguimientos registrados (Seguimientos)					
100,00%	2026-02-24	Completo	Se retira la media caña en pvc y se construye una nueva mediacaña en concreto permitiendo la uniformidad de la pieza, se eliminan juntas.		

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	2	Baja (12)

☐ 102. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 564 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

93. Política de Seguridad.

Hallazgo critico: En Dolor no se evidencia registros de las actividades de la vigilancia de los riesgos relacionados con la atención y otros que deban ser monitoreados en el servicio.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Seguridad del Paciente

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

564

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Baja (27)

☐ 103. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 565 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

94. Política de responsabilidad Social.

Hallazgo critico: En el servicio de dolor se encontró disposición inadecuada de los medicamentos, ya que había líquido Fentanilo en bolsa roja, teniendo en cuenta que es un medicamento de control. cuya vigilancia está a cargo del Servicio Farmacéutico.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

565

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Baja (27)

☐ 104. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 566 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

95. Manejo de la Información.

Hallazgo critico: En dolor se observó un manejo adecuado de la historia clínica, pero la información derivada de los procesos no se traduce en indicadores que permitan monitorear la calidad de la atención y/o calidad de los resultados/gestión del servicio.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo566

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	3	3	Baja (18)

☐ 105. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 567 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

96. Conocimiento de los estándares de calidad y lineamientos específicos definidos en la documentación.

Hallazgo no critico: El personal de dolor demuestra conocimiento general de los procedimientos que realizan, pero por la falta de la documentación específica, no se permite evidenciar la adherencia a las guías técnicas.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo567

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	3	Media (36)

☐ 106. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 568 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

97. Coherencia entre lo documentado y lo realizado en el proceso.

Hallazgo critico: En Dolor, no se evidenció evaluación ni medición de adherencia a las Guías Técnicas.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo568

Avance ponderadoN/A

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	3	Media (36)

☐ 107. Gestión del Servicio Farmacéutico

✓ ID: 569 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

98. Conocimiento de la Respuesta ante emergencias.

Hallazgo critico: En el Servicio farmacéutico y en la sala de procedimientos de dolor, se observaron registros de las inducciones en el Plan de emergencias y en manejo de extintores, pero al momento de la auditoría no saben responder sobre: Líder de evacuación, punto de encuentro, alarmas, línea de emergencia; adicional, el personal manifiesta que la alarma de evacuación no se escucha desde el servicio.

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Confiabilidad

SistemaAuditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo569

Avance ponderado0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
Re inducción en el plan de emergencias: (0%) Realizar una retroalimentación inmediata sobre: líder de evacuación, rutas, alarmas, puntos de encuentro y líneas de emergencia. Evidencia: Certificados de capacitación	0,00%	2025-08-31 2025-08-31		Ana Milena Tamayo Cordoba	
Simulacro: (0%) Hacer un ejercicio corto de evacuación solo con los dos servicios implicados	0,00%	2025-10-31 2025-10-31		Ana Milena Tamayo Cordoba	

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	4	Alta (80)

☐ 108. Gestión del Servicio Farmacéutico

★ ID: 570 / Informe final (2025-01-21) / SOGCS

99. Indicadores: Cumplimiento de referentes.

Acción de mejora: En el servicio de dolor únicamente se evidencian indicadores relacionados con la productividad

Proceso: Gestión del Servicio Farmacéutico (Sub)

Impacto sobre la familia y el usuario: Asistencia de alta Calidad

Sistema

Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

Tipo

570

Avance ponderado

N/A

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Baja (27)

Fundación Instituto Neurológico de Colombia

Almera - Sistema de Gestión Integral

2026 - Bogotá, Colombia

Página generada en 2.0942 segundos / 2026-07-03 02:23:42

4 mb / 4 mb / Fargate