

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 1
	VERSION: 4	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

**1100-380-10**  
**CI-169**

Bucaramanga, 24 de septiembre de 2025

Doctor  
HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN  
Gerente

Doctora  
MARTHA LILIANA CORDERO GÓMEZ  
Jefe oficina de Calidad

Jefe  
DIANA MARIA LEÓN GARRIDO  
Directora Técnica Unidades Hospitalarias

Jefe  
DRINI GUARIN CÁCERES  
Profesional Apoyo Oficina de Calidad y Auditoria

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00003246**  
Enviado: 24/09/2025 - 2:27 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU



Asunto: Resultado segundo seguimiento al plan de mejoramiento Auditoría a Internación- Paciente Trazador

Cordial saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones y con el propósito de evidenciar el avance de cumplimiento en las metas propuestas en el plan de mejoramiento en el marco de la auditoría a Internación – Paciente Trazador, presenta el segundo seguimiento que se encuentra adjunto a este oficio y que podrá ser consultado en la página web institucional.

Del resultado de este seguimiento se destaca el cumplimiento de las metas propuestas con corte 31 de agosto de 2025, sin embargo, se recomienda tener en cuenta el seguimiento y evaluación realizado por esta oficina frente a cada una de las metas y las fechas de cumplimiento, lo anterior con el fin de subsanar los hallazgos ya que de esto depende la mejora continua del proceso.

Agradezco su atención



**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Control Interno

<div><div>ISABU</div><div>e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</div></div>	SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO Y/O RECOMENDACIONES					FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020		
						FECHA ACTUALIZACIÓN: 1-04-2025		
	CODIGO: CIN-F-007					PAGINA: 1		
	VERSION: 3					REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno		
AUDITORIA O SEGUIMIENTO : Gestión Internación- Paciente Trazador								
PERIODO: Con corte a 31 de agosto de 2025								
FECHA DE SEGUIMIENTO: 23 septiembre de 2025								
HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
1.	Se detectaron errores en el número de identificación (cédula) y en el tipo de sangre en la hoja de identificación del paciente, así mismo la identificación del riesgo en la cabecera de cama no concuerda con la manilla puesta al paciente. Desconocimiento del usuario que indica el color de la camilla que tiene. Colocar las manillas de identificación del riesgo de hemorragia al momento en que el paciente ingresa desde el servicio de cirugía a hospitalización, incluso si aún no se ha realizado en el otro servicio. Se realice el cambio cuando esta sea visiblemente deteriorada.	Estructurar un cronograma de socialización y evaluación del protocolo de identificación del paciente al personal asistencial de unidades hospitalarias.	Cronograma	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Se evidencia documento en Excel denominado "Cronograma de capacitaciones" en el cual el departamento de enfermería relaciona un total de seis (6) capacitaciones, identificando a fecha, hora, medio de realización, temática y responsable. De igual manera se evidencia correo electrónico de 29 de mayo de 2025 en el cual desde la coordinación de enfermería se socializa el cronograma de capacitación del plan de mejoramiento de paciente trazador, especificando que se programaron las fechas con el fin de permitir la asistencia del personal, solicitando el diligenciamiento de pre test y post test. <b>Evaluación de Control Interno:</b> Se denota que las temáticas de las capacitaciones impactarán de manera positiva en el hallazgo, en procura de la adhesión a ciertos tópicos necesarios para una correcta prestación del servicio.	100%
		Implementar el cronograma establecido	Material educativo- Informe de implementación	4/06/2025	15/07/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Se evidencia informe de Socialización de documentos actualizados en el servicio de internación hospitalización 3 y 4 piso con la participación de 13 profesionales de un total de 35, se concluyó que el personal presentaba falencias al momento de evaluar los criterios de ingreso y egreso a internación de los usuarios, por ello es importante continuar socializando dicho protocolo a todo el personal involucrado del hospital local del norte. Igualmente se evidencia informe de la socialización, evaluación y análisis de la aplicación de los Protocolos de Prevención de Caídas e Identificación del Paciente en el Servicio de Urgencias en concordancia con los lineamientos de seguridad del paciente y calidad en la atención. <b>Evaluación de Control Interno:</b> De acuerdo a lo evaluado, se evidenció cumplimiento en la implementación del cronograma de socialización y evaluación del protocolo de identificación del paciente, cumpliendo con la meta establecida para subsanar el hallazgo. <b>Recomendación de Control Interno:</b> Se recomienda mantener las acciones de mejora continua para garantizar una atención segura y efectiva de los pacientes.	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Medir la apropiación del conocimiento al protocolo de identificación del paciente	Informe de evaluación	4/06/2025	15/07/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Se evidencia acta de socialización protocolo identificación de paciente de fecha 10/06/2025, en el cual se realizó evaluación pre test y post test midiendo la apropiación del protocolo de identificación del paciente. <b>Evaluación de Control Interno:</b> Revisados los resultados se evidencia que hubo apropiación del protocolo, lo que indica conocimiento y comprensión de los pasos necesarios para una correcta identificación del paciente, reforzando así la seguridad en la atención prestada, conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.	100%
		Evaluar la adherencia atreves de evaluación de paciente trazador	Informe de paciente trazador	15/07/2025	30/09/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/10/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
2.	No se evidencia en los baños barandas de seguridad, ni cintas antideslizantes para la prevención de riesgo de caída.	Identificar las unidades sanitarias que requieren barreras de seguridad de los servicios del Hospital Local del Norte	Inventario de unidades sanitarias	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería	Se evidencia formato de informe institucional denominado "Informe de baterías sanitarias Hospital Local del Norte ESE ISABU". en el cual se presenta en detalle las cantidades de unidades sanitarias del hospital local del norte para aprobación de instalación de barreras de seguridad pertinentes para prevención de caídas y seguridad del paciente. El informe relaciona la cantidad de unidades sanitarias que hay actualmente y que requieren barandas de seguridad. <b>Evaluación de Control Interno:</b> En el informe se detalla la cantidad de unidades sanitarias existentes, así como los servicios que actualmente requieren la instalación de barandas de seguridad: consulta externa, urgencias, sala de partos, cirugía, tercer y cuarto piso del HLN. Esta identificación permite visibilizar la situación y orientar las acciones necesarias para subsanar el hallazgo, en cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad del paciente.	100%
		Realizar requerimiento de compras de barreras de seguridad (Cinta antideslizantes) a la subgerencia administrativa, subgerencia científica	Requerimiento	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería	Se evidencia informe de gestión frente a la necesidad de instalación de barreras de seguridad en baños, el cual detalla correo electrónico del 29/05/2025, en el cual se realizó solicitud de instalación de las cintas antideslizantes en los baños del servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización 3 y 4 piso. <b>Evaluación de Control Interno:</b> El informe de gestión presentado, identifica la necesidad de instalar barreras de seguridad en los baños de diferentes áreas. Esta gestión queda respaldada mediante el correo electrónico fechado el 29 de mayo de 2025, en el cual se formaliza la solicitud de instalación de cintas antideslizantes en los baños del servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización del tercer y cuarto piso. Lo anterior permite mejorar las condiciones de seguridad no solo de los pacientes también del personal en genera. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Instalar las cintas antideslizante en unidades sanitarias	Informe de instalación	4/06/2025	30/09/2025	Ingeniero civil- Almacén	Se evidencia informe seguimiento a las acciones establecidas en el plan de mejora del paciente trazador, realizado por el área de infraestructura, en el cual se presenta informe final de avance en la instalación de las cintas antideslizantes. Se relaciona la instalación en el área de urgencias de cintas antideslizantes en los baños de sala de espera (hombres y mujeres) y en los baños de observación (hombres y mujeres) quedando su instalación adecuada y en servicio. Se informa que en la mayoría de los baños de la entidad se encuentra un tipo de cerámica instalada de tableta corrugada antideslizante, que no permite la instalación de la cinta antideslizante, por lo tanto fue solo posible la instalación de las cintas en los baños que no tienen este tipo de tableta. <b>Evaluación de Control Interno:</b> De acuerdo a lo evaluado se evidencia un cumplimiento parcial de la acción de mejora para este hallazgo, la instalación de las cintas antideslizantes fue efectiva solo para el área de urgencias, donde las condiciones del piso permitieron dicha instalación; sin embargo, al identificarse una limitante para continuar con la instalación de dichas cintas antideslizantes en los demás servicios, se debe realizar una evaluación técnica que permita subsanar el hallazgo.	80%
		Verificar instalación de cintas antideslizantes en las unidades sanitarias del Hospital local del Norte	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Definir la metodología para verificar la suficiencia del personal de aseo, garantizando el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección.	Metodología definida	15/06/2025	30/06/2025	Líder de infecciones	<p>Se evidencia informe de "Metodología para verificar la suficiencia del personal de aseo, garantizando el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección". La metodología determina: Realizar una jornada de socialización dirigida a todo el personal de aseo y aplicar listas de chequeo institucionales en rondas de verificación programadas y aleatorias.</p> <p>La auditoría será realizada por el líder de servicios generales o el jefe de infecciones, con apoyo de los coordinadores de área.</p> <p>Los resultados obtenidos se consolidarán en un informe en el que se generarán indicadores de cumplimiento, porcentaje de hallazgos críticos y análisis de las oportunidades de mejora.</p> <p>Los hallazgos se socializarán con el personal de aseo en reuniones periódicas, reforzando los aspectos que presenten incumplimiento y aplicando un ciclo de mejora continua bajo la metodología PHVA.</p> <p>El informe concluye que la jornada de socialización permitirá reforzar al personal de aseo los lineamientos de limpieza y desinfección, generando un mayor compromiso con la seguridad del paciente y se sugiere mantener capacitaciones periódicas, aplicar listas de chequeo de manera constante y consolidar los resultados para orientar acciones de mejora continua.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Con respecto a lo evaluado, definir la metodología para verificar la suficiencia del personal de aseo permite asegurar el cumplimiento efectivo del protocolo de limpieza y desinfección, fortaleciendo la seguridad del paciente, igualmente de gran importancia por cumplimiento normativo, conforme a lo anterior se da cumplimiento de la meta establecida para subsanar el hallazgo.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
3.	Se evidenció que la capacidad del personal de servicios generales es insuficiente para cubrir la carga de trabajo en el área de hospitalización. Se evidencia recipientes de envasado de insumos por parte de servicios generales sin rotular que están utilizando. En cuanto al proceso de limpieza y desinfección, no utilizan los elementos de protección personal adecuados. Se evidencia sangre en el piso de la habitación 305, usuario refiere que fue en la noche anterior	Implementar la verificación de la suficiencia del personal de aseo y el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección.	Informe de verificación	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Se anexa informe de seguimiento a la estrategia de paciente trazador, periodo del informe de julio a agosto de 2025, en el cual se realizó ronda de control de infecciones en el servicio de Sala de partos HLN, medicina interna, urgencias. Se concluyó que los hallazgos en los tres servicios (sala de partos, medicina interna y urgencias) reflejan deficiencias transversales en limpieza y desinfección rutinaria y terminal, control de trazabilidad de insumos (alcohol, soluciones, medicamentos), diligenciamiento de formatos y listas de chequeo, supervisión del personal de aseo y asistencial; con recomendaciones de: Reforzar la capacitación del personal de aseo y asistencial en protocolos institucionales, implementar controles más estrictos de supervisión y auditorías con listas de chequeo, garantizar la trazabilidad mediante la correcta rotulación de insumos, realizar seguimiento mensual de indicadores de cumplimiento en cada servicio. <b>Evaluación de Control Interno:</b> La implementación de una metodología estructurada con el fin de verificar la suficiencia del personal de aseo que permitan cumplir con el protocolo de limpieza y desinfección, muestra un avance para la seguridad del paciente, igualmente las jornadas de socialización, la aplicación de listas de chequeo y auditorías periódicas, permiten identificar las falencias y generar acciones correctivas oportunas; en este sentido, se evidencia un progreso en el cumplimiento de lo establecido. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 1 de julio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el segundo informe de verificación sobre la suficiencia del personal de aseo y el cumplimiento del protocolo; con la entrega de dicho informe, se procederá al cierre del hallazgo.	80%
		Supervisar el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Se anexa informe de seguimiento a estrategia de paciente trazador, periodo del informe de julio a agosto de 2025, en el cual se realizó ronda de control de infecciones en el servicio de Sala de partos HLN, medicina interna, urgencias. Se concluyó que Los hallazgos en los tres servicios (sala de partos, medicina interna y urgencias) reflejan deficiencias transversales en limpieza y desinfección rutinaria y terminal, control de trazabilidad de insumos (alcohol, soluciones, medicamentos), diligenciamiento de formatos y listas de chequeo, supervisión del personal de aseo y asistencial; con recomendaciones de: Reforzar la capacitación del personal de aseo y asistencial en protocolos institucionales, implementar controles más estrictos de supervisión y auditorías con listas de chequeo, garantizar la trazabilidad mediante la correcta rotulación de insumos, realizar seguimiento mensual de indicadores de cumplimiento en cada servicio. <b>Evaluación de Control Interno:</b> La implementación de una metodología estructurada con el fin de verificar la suficiencia del personal de aseo que permitan cumplir con el protocolo de limpieza y desinfección muestra un avance para la seguridad del paciente, igualmente las jornadas de socialización, la aplicación de listas de chequeo y auditorías periódicas, permiten identificar las falencias y generar acciones correctivas oportunas; en este sentido, se evidencia un progreso en el cumplimiento de lo establecido. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 1 de julio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el segundo informe de verificación sobre la suficiencia del personal de aseo y el cumplimiento del protocolo; con la entrega de dicho informe, se procederá al cierre del hallazgo.	80%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
4.	No se evidencia educación al paciente y a sus familiares sobre derechos y deberes, su patología manejo y pronóstico, la importancia de la higiene de manos y del cuidado de los accesos venosos periféricos durante cada turno. Al momento de dar indicaciones de egreso, adicionar indicaciones específicas de acuerdo con las patologías del usuario, enfocadas al autocuidado, demanda inducida para los programas de Programas de Promoción y Mantenimiento de la salud	Ajustar la guía de educación e información al usuario	Guía definida	29/05/2025	10/06/2025	Líderes de los servicios	Se evidencia documento en PDF denominado "Guía de atención al usuario 2025" en la cual se dan a conocer aspectos relevantes de la atención al usuario como: los servicios de salud prestados, cómo acceder a ellos, red de centros de salud, derechos y deberes del usuario, asignación de citas, ingreso de acuerdo con el triage- urgencias, Integralidad con la política de seguridad del paciente, información para el paciente en su estancia hospitalaria, ruta de egreso y disposición de residuos". <b>Evaluación Control Interno:</b> Se evidencia un documento completo, de buena calidad, con información relevante para impactar de manera positiva el hallazgo, siendo un excelente instrumento para la educación del paciente y sus familias, con imágenes que generarán recordación y darán cuenta de la información que se le brindó al paciente, situación que generará satisfacción frente a los servicios prestados por la ESE ISABU.	100%
		Educar e informar al usuario al ingreso, durante y al egreso hospitalario de acuerdo a la guía de información al usuario, en los servicios de: urgencias, hospitalización, cirugía, atención de parto,	Informe de educación	10/06/2025	30/10/2025	Líderes de los servicios	Se evidencia Informe de educación al usuario en Urgencias HLN de los meses Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto de 2025; igualmente informe de guía de atención al usuario del 01 de julio al 31 de agosto de 2025, del área de medicina interna, ginecología y pediatría del HLN con anexos de registro de educación brindada a familiares y pacientes, e informe de educación al usuario del 01 de julio al 31 de agosto de 2025 de cirugía y central de esterilización. <b>Evaluación control interno:</b> La documentación presentada demuestra que se ha dado cumplimiento al proceso de educación al usuario en los servicios de Urgencias del HLN, así como en las áreas de medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía y central de esterilización, los informes y registros anexos evidencian la orientación brindada tanto a pacientes como a sus familiares, asegurando la continuidad y calidad en la atención. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 10 de junio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presenten los informes de educación al usuario con corte a octubre de 2025; con la entrega de dichos informes se procederá al cierre del hallazgo.	80%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
	de promoción y mantenimiento de la salud. Al indagar desconoce la política y las estrategias del programa de humanización, seguridad del paciente el personal del servicio de internación.	Auditar la planilla de firmas de educación al usuario de manera mensual	Planilla de firmas	10/06/2025	30/10/2025	Coordinadora de Enfermería	Se adjuntan planillas de educación al usuario mes de junio y julio de 2025 del área de cirugía y planillas educación al usuario mes junio, julio y agosto de 2025 del área de sala de partos.  <b>Evaluación Control Interno:</b> Revisados los soportes de cumplimiento para esta meta se evidencian planillas de educación al usuario de los meses junio y julio de 2025 del área de cirugía debidamente diligenciadas; sin embargo, en las planillas adjuntadas correspondiente al área de sala de partos, se evidencian inconsistencias en su diligenciamiento, ya que en su mayoría no se completaron los campos "Dirigido por" y "Cargo o profesión", por lo cual se debe tener en cuenta para el diligenciamiento de los documentos.  Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 10 de junio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presenten las planillas de educación al usuario con corte a octubre de 2025; con la entrega de estas planillas, se procederá al cierre del hallazgo.	80%
		Auditar el registro de la educación brindada al paciente durante la atención en los servicios de: urgencias, hospitalización, cirugía, atención de parto, de acuerdo a una muestra representativa de historias clínicas	Informe de auditoria	2/09/2025	30/10/2025	Coordinador medico	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Actuar frente a desviaciones encontradas	Informe de auditoria	2/09/2025	30/10/2025	Coordinador medico	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Estructurar un cronograma de capacitación de las primeras causas de atención.	Cronograma	27/05/2025	3/06/2025	Coordinador medico	Se evidencia documento en Excel denominado "Cronograma de capacitaciones de las primeras causas de atención en el servicio de urgencias" en el cual se describe: tema, responsable, fecha y hora. <b>Evaluación Control Interno:</b> Se denota que los temas a tratar en las capacitaciones impactan de manera positiva el hallazgo que se reflejará en una mejor prestación del servicio. <b>Recomendación Control Interno:</b> Recomienda esta oficina de control interno que se cumpla puntualmente con las fechas de las capacitaciones y se documente el impacto de las mismas, representado la nutrida participación de los médicos. La aplicación de pre test y post test es valioso para medir la adherencia a las capacitaciones, por favor tenerla en cuenta.	100%



HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
5.	En registro de historia clínica: No se indaga sobre el contexto sociocultural del paciente ni psicológico, no se evidencia en historia clínica. No se identifican riesgos, recomendaciones médicas y signos de alarma e incompletas. Con relación a convenio docente servicio desconoce las guías de prácticas clínicas para su consulta y aplicación en el proceso de atención.	Realizar capacitación según cronograma establecido	Informe de capacitaciones	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico	Se evidencian actas de fecha 11 y 12 de agosto de 2025 de grupo primario médicos UIMIST y HLN en el cual se llevó a cabo socialización en temas de Infección de Vías Urinarias. Se evidencian acta de fecha 24 y 25 de julio de 2025 de grupo primario médicos UIMIST y HLN en el cual se llevó a cabo socialización en temas de Neumonía. <b>Evaluación Control Interno:</b> Se evidencia compromiso con la realización de los grupos primarios de médicos UIMIST y HLN en la realización de espacios de socialización sobre temas relevantes como la Infección de Vías Urinarias Neumonía, cumpliendo con el cronograma de capacitaciones establecidas que permitan subsanar el hallazgo. Estas actividades contribuyen a la mejora continua en la atención médica y al fortalecimiento de las buenas prácticas clínicas. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 4 de junio al 30 de septiembre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presenten los informes de capacitaciones con corte a septiembre de 2025; con la entrega de dichos informes, se procederá al cierre del hallazgo.	80%
		Socializar a los médicos docentes servicios las guía de practicas clínicas	Informe	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico	Se evidencia informe de socialización de las Guías de Práctica Clínica dirigidas a los docentes del convenio servicio y se anexa registro de asistencia de fecha 05/08/2025, lo cual refleja el compromiso institucional con la actualización continua del personal de salud y la promoción de una atención con calidad.	100%
		Evaluar la adherencia atreves de auditoria de historia clínica	Informe de adherencia	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Diagnosticar el estado de los documentos del servicio de internación	Acta	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	Se evidencia acta de reunión de 5 de junio de 2025, en la cual se revisaron los documentos del servicio de internación, se diagnosticaron los protocolos del servicio, incluyendo medicina interna, pediatría y ginecología de la ESE ISABU. Se evidenció la desactualización del protocolo de ingreso y egreso el cual fue ajustado y posteriormente codificado. <b>Evaluación Control Interno:</b> El diagnóstico y posterior actualización del listado maestro de internación proporciona seguridad, eficiencia, calidad y coherencia en la ejecución de las actividades propias del área, siendo esto un resultado positivo de cara al hallazgo evidenciado.	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
6.	Se identificaron irregularidades en el uso de documentos en el área evaluada, formatos desactualizados, sin codificación oficial ni el logotipo institucional vigente. Esto evidencia un incumplimiento de los lineamientos del sistema de	Actualizar los documentos del servicio de internación	Documentos actualizados	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	Se anexan como soportes la actualización de los siguientes documentos: FORMATO REGISTRO DE GLUCOMETRIAS CÓDIGO: INA-F-001VERSIÓN: 4 FORMATO ÚNICO DE CONTROL DE LIQUIDOS CÓDIGO: INA-F-005 FORMATO ÚNICO TARJETA DE MEDICAMENTOS CÓDIGO: INA-F-017 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA – KARDEX CÓDIGO: INA-F-018 PROTOCOLO IDENTIFICACION DEL PACIENTE CÓDIGO: SDP-PT-002 PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS CÓDIGO: SDP-PT-006 <b>Evaluación control interno:</b> La actualización de los formatos y protocolos mencionados contribuyen al fortalecimiento del sistema de gestión de calidad y en la seguridad en la atención al paciente. Este avance evidencia el cumplimiento de la meta propuesta, lo cual muestra el compromiso con la mejora continua que favorecen la atención integral y segura del paciente.	100%
		Socializar con el personal asistencial los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/09/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	Se evidencia informe de socialización de documentos actualizados en el servicio de internación (hospitalización 3 y 4 piso) de fecha 5 de septiembre de 2025, en el cual específicamente se socializó el protocolo de ingreso y egreso a internación al personal del servicio de hospitalización. En el informe se concluyó que el personal presentaba falencias al momento de evaluar los criterios de ingreso y egreso a internación de los usuarios, por lo cual se continuará socializando dicho protocolo a todo el personal involucrado del hospital local del norte. Igualmente se anexa informe de socialización y evaluación al cumplimiento de los Protocolos de Prevención de Caídas y de Identificación del Paciente en el área de urgencias en concordancia con los lineamientos de seguridad del paciente y calidad en la atención, de los resultados de la evaluación se evidenció mejora en el nivel de conocimientos del personal entre el pre test y el post test, reflejando la efectividad de la capacitación <b>Evaluación Control Interno:</b> El desarrollo de actividades de socialización y evaluación de los protocolos institucionales en los servicios de hospitalización y urgencias demuestra un avance importante en el cumplimiento de la meta establecida del plan de mejoramiento. Se destaca la identificación oportuna de debilidades en el conocimiento del personal, así como la implementación de acciones correctivas inmediatas, como la continuidad de las capacitaciones. Los resultados de las evaluaciones contribuyen al fortalecimiento para la atención de los pacientes.	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
	Incumplimiento de los lineamientos del sistema de gestión documental y puede afectar la calidad y trazabilidad de los procesos.	Evaluar el conocimiento del personal de los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/09/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	<p>Se evidencia informe de socialización de documentos actualizados en el servicio de internación (hospitalización 3 y 4 piso) de fecha 5 de septiembre de 2025, en el cual específicamente se socializó el protocolo de ingreso y egreso a internación al personal del servicio de hospitalización. En el informe se concluyó que el personal presentaba falencias al momento de evaluar los criterios de ingreso y egreso a internación de los usuarios, por lo cual se continuará socializando dicho protocolo a todo el personal involucrado del hospital local del norte.</p> <p>Igualmente se anexa informe de socialización y evaluación al cumplimiento de los Protocolos de Prevención de Caídas y de Identificación del Paciente en el área de urgencias en concordancia con los lineamientos de seguridad del paciente y calidad en la atención, de los resultados de la evaluación se evidenció mejora en el nivel de conocimientos del personal entre el pre test y el post test, reflejando la efectividad de la capacitación</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> El desarrollo de actividades de socialización y evaluación de los protocolos institucionales en los servicios de hospitalización y urgencias demuestra un avance importante en el cumplimiento de la meta establecida del plan de mejoramiento. Se destaca la identificación oportuna de debilidades en el conocimiento del personal, así como la implementación de acciones correctivas inmediatas, como la continuidad de las capacitaciones.</p> <p>Los resultados de las evaluaciones contribuyen al fortalecimiento para la atención de los pacientes.</p>	100%
		Verificar por medio de lista de chequeo el uso correcto de los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/10/2025	Profesional de calidad	<p>Se evidencia por parte del profesional de calidad la aplicación de listas de chequeo de verificación de estructura documental en los servicios de internación de fechas 05/06/2025, 17/07/2025 y 14/08/2025. Igualmente informe cuyo objetivo es la capacitación y asesoría en la gestión de la pirámide documental dirigida a los líderes de cada proceso de la ESE ISABU, con el fin de fortalecer sus competencias en la organización, clasificación y manejo adecuado de la documentación, garantizando la eficiencia en la gestión de la información, el cumplimiento normativo y la mejora continua en los procesos institucionales.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Conforme a lo revisado las acciones realizadas reflejan un enfoque preventivo y formativo, enfocado al control documental.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	14/06/2025	30/10/2025	Profesional de calidad	Se evidencia por parte del profesional de calidad la aplicación de listas de chequeo de verificación de estructura documental en los servicios de internación de fechas 05/06/2025, 17/07/2025 y 14/08/2025. Igualmente informe cuyo objetivo es la capacitación y asesoría en la gestión de la pirámide documental dirigida a los líderes de cada proceso de la ESE ISABU, con el fin de fortalecer sus competencias en la organización, clasificación y manejo adecuado de la documentación, garantizando la eficiencia en la gestión de la información, el cumplimiento normativo y la mejora continua en los procesos institucionales. <b>Evaluación control interno:</b> Conforme a lo revisado las acciones realizadas reflejan un enfoque preventivo y formativo, enfocado al control documental.	100%
7.	Diligenciar las escalas de riesgo de caída en las historias clínicas de los pacientes para una mejor evaluación y prevención.	Actualizar el Protocolo de prevención de caídas. SDP-PT-006, incluyendo la frecuencia de valoración del riesgo de caídas.	Protocolo actualizado	27/05/2025	30/06/2025	Coordinación de enfermería- líder de seguridad del paciente	Se evidencia Protocolo de Prevención de Caídas, código SDP-PT-006 Versión 6 con fecha de actualización del 22/07/2025. En el cual se incluyó La escala de JH DOWNTON para adultos y la escala de HUMPTY DUMPTY para menores de edad, la cual es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída que se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje total, sirve para determinar factores de riesgo de caídas. La escala se debe aplicar al ingreso del paciente, cada doce horas o cuando las condiciones clínicas del paciente cambien y se aumente el riesgo. <b>Evaluación control interno:</b> La actualización del Protocolo de Prevención de Caídas demuestra el compromiso institucional con la seguridad del paciente, contribuyendo así a la reducción de eventos adversos y a la mejora continua de la calidad en la atención en salud.	100%
		Socializar con el personal asistencial el Protocolo de prevención de caídas.	Informe	1/07/2025	30/07/2025	Coordinación de enfermería- líder de seguridad del paciente	Se evidencia acta del 18/06/2025 e informe de socialización del Protocolo de Prevención de Caídas realizada al personal de los diferentes servicios del hospital local del norte, en el cual se llevó a cabo evaluación pre test y post test, según socialización se concluye con la participación del personal en los procesos de capacitación, así como el compromiso por parte de los líderes y del equipo en general con el programa de seguridad del paciente. Igualmente con base en la actividad realizada, se establece el siguiente compromiso para fortalecer la cultura de seguridad a través de la socialización continua en los diferentes servicios. <b>Evaluación Control Interno:</b> La realización de la socialización del Protocolo de Prevención de Caídas refleja el compromiso institucional con la formación continua del personal asistencial, promoviendo la actualización constante y la adherencia a las buenas prácticas en la atención segura de los pacientes. Se recomienda continuar con las capacitaciones al personal.	100%
		Auditar el diligenciamiento de la escala de downton en historia clínica según la frecuencia.	Informe	1/08/2025	30/09/2025	Líder de seguridad del paciente	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/08/2025	30/09/2025	Líder de seguridad del paciente	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%
		Estructurar capacitación al personal de internación en la correcta segregación de residuos.	Acta	2/05/2025	30/05/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se evidencia acta de reunión del 2 de mayo de 2025 cuyo objetivo fue "estructurar capacitación para el personal del servicio de internación en correcta segregación de residuos y estrategias de la ESE ISABU" . En la reunión se concluye que se llevará a cabo una capacitación teniendo en cuenta temas puntuales como clasificación y correcta segregación de residuos y estrategias de la ESE ISABU para el cuidado del medio ambiente. Por lo tanto se coordinará las fechas con los líderes para afectar lo menos posible el servicio. Se establecen las fechas de las capacitaciones y se realizará pre test y post test.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> De conformidad a las debilidades evidencias en el marco de la auditoría a Internación- Paciente Trazador, es necesario reforzar entre el personal de internación tercer y cuarto piso, la cultura de clasificación y correcta segregación de residuos, fortaleciendo las estrategias de cuidado del medio ambiente en el servicio, evitando accidentes y logrando una conciencia medio ambiental adecuada, todo lo anterior, impactando positivamente en la mejora del servicio.</p>	100%
		Socializar al personal de internación la adecuada segregación de los residuos	Acta de capacitación	2/05/2025	30/06/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se evidencia actas de reunión del 02 de mayo y 20 de mayo de 2025 en la cual se deja consignados los resultados de la capacitación al personal del servicio de hospitalización tercer y cuarto piso con el objetivo de afianzar temas básicos del programa de gestión ambiental como clasificación de los residuos, manejo de los mismos y las estrategias de la ESE ISABU. Se aplica es pre test y el post test. El post test evidenció una adherencia al conocimiento del 100% del total de las personas que resolvió el cuestionario.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Considera esta oficina de control interno que las capacitaciones son el mejor medio para crear cultura y reforzar conocimientos y si adicionalmente se aplica un pre test y post test, se garantiza aún más los resultados positivos en la adherencia a la información. Lo anterior representa beneficios en la correcta segregación de residuos al interior de la entidad y coadyuva en la generación de conciencia medio ambiental.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
8.	Inadecuada segregación de residuos peligrosos en recipiente rojo. Se observa refunde en guardián. Se observa en carro de preparación de medicamentos bolsa transparente donde se recolectan los guantes	Verificar con Lista de chequeo Gestión ambiental.GAM-F-076	Informe y listas de chequeo	1/07/2025	30/10/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se evidencian listas de chequeo de gestión ambiental aplicadas:</p> <p>Piso 4 HLN 04/08/2025</p> <p>Piso 3 HLN 04/08/2025</p> <p>Piso 3 HLN hospitalización 04/07/2025</p> <p>Piso 4 HLN hospitalización 04/07/2025</p> <p>Se evidencia informe de verificación de la correcta segregación en el área de hospitalización del HLN presentado por el líder del área ambiental, en el cual aún se observa inadecuada segregación de residuos, una vez se realiza la inspección se realizó retroalimentación con el personal. El informe concluye que al realizar las inspecciones desde el área ambiental ha permitido evidenciar que la alta rotación de personal en los servicios altera la inadecuada segregación de residuos, así como la rotación de los estudiantes y la falta de compromiso por parte del personal, por lo que desde el área ambiental se continuará con las inspecciones y las retroalimentaciones en el punto para mejorar la segregación de estos residuos.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Con las inspecciones realizadas y la retroalimentación inmediata al personal, demuestra un enfoque proactivo para corregir desviaciones. Sin embargo, los hallazgos reflejan la necesidad de reforzar la cultura ambiental institucional a través de estrategias de capacitación continua, supervisión frecuente y sensibilización sobre la importancia del cumplimiento de las normas de segregación.</p> <p>Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 01 de julio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el informe de las inspecciones realizadas y listas de chequeo con corte a 30 de octubre; con la entrega esta información se procederá al cierre del hallazgo.</p>	80%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	27/05/2025	30/10/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se evidencian listas de chequeo de gestión ambiental aplicadas:</p> <p>Piso 4 HLN 04/08/2025</p> <p>Piso 3 HLN 04/08/2025</p> <p>Piso 3 HLN hospitalización 04/07/2025</p> <p>Piso 4 HLN hospitalización 04/07/2025</p> <p>Se evidencia informe de verificación de la correcta segregación en el área de hospitalización del HLN presentado por el líder del área ambiental, en el cual aún se observa inadecuada segregación de residuos, una vez se realiza la inspección se realizó retroalimentación con el personal. El informe concluye que al realizar las inspecciones desde el área ambiental ha permitido evidenciar que la alta rotación de personal en los servicios altera la inadecuada segregación de residuos, así como la rotación de los estudiantes y la falta de compromiso por parte del personal, por lo que desde el área ambiental se continuará con las inspecciones y las retroalimentaciones en el punto para mejorar la segregación de estos residuos.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Con las inspecciones realizadas y la retroalimentación inmediata al personal, demuestra un enfoque proactivo para corregir desviaciones. Sin embargo, los hallazgos reflejan la necesidad de reforzar la cultura ambiental institucional a través de estrategias de capacitación continua, supervisión frecuente y sensibilización sobre la importancia del cumplimiento de las normas de segregación.</p> <p>Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 01 de julio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el informe de las inspecciones realizadas y listas de chequeo con corte a 30 de octubre; con la entrega esta información se procederá al cierre del hallazgo.</p>	80%
		Identificar los sifones que requieren barreras de seguridad (rejillas) en el servicio de internación del Hospital Local del Norte.	Inventario de sifones	27/05/2025	16/06/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se evidencia informe denominado "inventario de sifones sin barrera de seguridad (rejillas) en el cual desde el proceso de Calidad- Subproceso de gestión ambiental se realiza la inspección del estado actual de todos los sifones del servicio de internación en el tercer y cuarto piso del Hospital Local del Norte.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Este informe del estado de los sifones del tercer y cuarto piso del Hospital Local del Norte, es el instrumento necesario para identificar la necesidad de cambio, compra y reparación de sifones y con esto coadyuvar en una mejor prestación del servicio en el tercer y cuarto piso del Hospital Local del Norte además del cumplimiento normativo vigente.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
9.	Se evidencia sifón sin rejilla en el cuarto de aseo	Realizar requerimiento de compras de barreras de seguridad (rejillas para sifones) al área de almacén general.	Correo	16/06/2025	30/06/2025	Líder de gestión ambiental	Se evidencia un correo electrónico con fecha 24/06/2025, mediante el cual el área ambiental realiza una solicitud al área de Almacén, relacionada con el requerimiento de compra e instalación de rejillas. <b>Evaluación Control Interno:</b> Conforme a la actividad realizada el área ambiental gestionó formalmente la solicitud de adquisición e instalación de rejillas remitiendo la solicitud al área de Almacén, lo anterior permite avances con el fin de mejorar el proceso en la prestación del servicio de salud.	100%
		Instalar las rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local del Norte	Informe de instalación	1/07/2025	30/08/2025	Almacén- Mantenimiento	Se evidencia el informe presentado por el área de Infraestructura, en el cual se documentan las actividades de revisión, instalación y reinstalación de los sifones ubicados en los pisos 3 y 4 del Hospital Local del Norte, con su registro fotográfico. <b>Evaluación Control Interno:</b> Con la presentación del informe por parte del área de Infraestructura, cumple con la meta establecida en el plan de mejoramiento, relacionada con la instalación de rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local del Norte.	100%
		Verificar correcta instalación de rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local del Norte	Informe de verificación	1/09/2025	15/09/2025	Líder de gestión ambiental	Se presenta informe de verificación de la correcta instalación de rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local Del Norte, de acuerdo a la inspección realizada se concluyó que en el tercer piso se deben pegar 6 rejillas y cambiar 3 rejillas, en el cuarto piso se debe cambiar 1 rejilla y es necesario en el cuarto de aseo instalar rejilla en el sifón ya que no se evidencio presencia de la misma. <b>Evaluación Control Interno:</b> El informe de verificación evidencia avances en la instalación de rejillas en los sifones del servicio de internación del Hospital Local del Norte; sin embargo, aún se identifican pendientes por resolver. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 01 de septiembre al 15 de septiembre de 2025, y de acuerdo al informe de inspección se deben realizar cambios de rejillas, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el informe de las inspecciones realizadas con cumplimiento a las rejillas faltantes; con la entrega esta información se procederá al cierre del hallazgo.	80%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/09/2025	15/09/2025	Líder de gestión ambiental	El informe de verificación evidencia avances en la instalación de rejillas en los sifones del servicio de internación del Hospital Local del Norte; sin embargo, aún se identifican pendientes por resolver. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 01 de septiembre al 15 de septiembre de 2025, y de acuerdo al informe de inspección se deben realizar cambios de rejillas, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el informe de las inspecciones realizadas con cumplimiento a las rejillas faltantes; con la entrega esta información se procederá al cierre del hallazgo.	80%



HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
10.	En el servicio de internación a lo cual responden no conocerlo, por lo tanto falta despliegue del PAMEC con el personal del servicio	Estructurar un cronograma de socialización del Plan de acción PAMEC por servicio a través de los grupos primarios por servicio	Cronograma	3/06/2025	10/06/2025	Lideres de los servicios	Se evidencian cronogramas de grupos primarios en hospitalización, ginecología y pediatría del tercer y cuarto piso del Hospital Local del Norte, en el cual se programa la realización de grupos primarios desde el es de junio a diciembre de 2025. <b>Evaluación Control Interno:</b> La realización de grupos primarios en los cuales se socializará el plan de acción PAMEC y los avances con el personal del tercer y cuarto piso, generarán mayor adherencia y conocimientos en las actividades a desarrollar, adicionalmente, permitirá que se lleve un control y una respuesta oportuna frente a posibles incumplimientos del PAMEC, esto contribuirá de manera positiva en la gestión de Internación.	100%
		Socializar en el grupo primario de los servicios el plan de acción PAMEC y sus avances	Actas de grupo primario	3/06/2025	30/10/2025	Lideres de los servicios	Se evidencia la realización de reuniones de Grupos Primarios en los distintos servicios del Hospital Local del Norte, en el cual se llevaron a cabo retroalimentación en actividades del PAMEC las actas corresponden a las siguientes áreas y fechas: Acta de reunión de grupo primario servicio de cirugía y central de esterilización mes de agosto 2025 del 01/09/2025. Acta de reunión Grupo primario servicio farmacéutico del 22/08/2025 Acta de Grupo primario y fijación adecuada de sonda nasogástrica del 26/06/2025 Acta de reunión de Grupo Primario del mes de julio del servicio de Laboratorio Clínico del 28/07/2025. Acta grupo primario mes de agosto 2025 sala de partos del 29/08/2025 Acta grupo primario mes de julio radiología del 21/07/2025 Acta grupo primario servicio de fisioterapia mes de agosto 2025 del 29/08/2025 Acta grupo primario de Mejoramiento Continuo del Servicio de Urgencias del Hospital Local del Norte del 31 y 31 de julio 2025. <b>Evaluación Control Interno:</b> Con las diferentes reuniones llevadas a cabo a través de los grupos primarios, se evidencia capacitación de los diferentes temas al nivel asistencial lo cual demuestra el desarrollo de espacios periódicos de revisión, seguimiento y mejora continua en los procesos asistenciales. Las fechas definidas para alcanzar esta meta comprenden el periodo del 03 de junio al 30 de octubre de 2025, por lo tanto, el porcentaje de avance final será reportado una vez se presente el cumplimiento de las socializaciones en grupo primario con corte a 30 de octubre de 2025, con la entrega esta información se procederá al cierre del hallazgo.	80%
		Evaluar en la metodología de paciente trazador el conocimiento del personal en el plan de acción PAMEC	Informe de paciente trazador	2/07/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN N°.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, PLAN DE MEJORA Y/O RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS METAS (COMPROMISO)	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIACIÓN DE LAS METAS	FECHA TERMINACIÓN DE LAS METAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCI	CUMPLIMIENTO %
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe de paciente trazador	2/07/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.	0%



Silvia Juliana Pinzón Cuevas  
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Apoyó seguimiento: Vianey González Gamarra