

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

**1100-380-10**  
**CI-223**

Bucaramanga, 26 de diciembre 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: **00004633**

Enviado: 26/12/2025 - 11:19 a.m.

ventanillaunica

ESE ISABU



**ASUNTO:** Cierre plan de mejoramiento auditoria Internación-Paciente Trazador 2025

Cordial Saludo:

Como resultado de la evaluación y seguimiento a las actividades formuladas para cada uno de los hallazgos en el plan de mejoramiento producto de la auditoria realizada a Internación-paciente trazador, me permito informar que se presentó cumplimiento del 100% de las metas programadas, por lo tanto, se da el cierre a dicho plan.

Sin embargo, esta oficina recomienda continuar con la revisión de las diferentes acciones que motivaron los hallazgos con el fin de evitar que se reiteren en futuras auditorías realizadas por esta oficina o por los entes de control externos y de igual manera garantizar la efectividad del plan de mejoramiento.

Agradezco su atención

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

P/: Vianey González Gamarra  
Profesional de apoyo control interno

	<b>SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO Y/O RECOMENDACIONES</b>					FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020 FECHA ACTUALIZACIÓN: 1-04-2025													
	<b>CODIGO: CIN-F-007</b>					PAGINA: 1													
	<b>VERSION: 3</b>					REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno													
	<b>AUDITORIA O SEGUIMIENTO :</b> Gestión Internación- Paciente Trazador																		
<b>PERIODO:</b> Con corte a 30 de noviembre de 2025																			
<b>FECHA DE SEGUIMIENTO:</b> 26 de diciembre de 2025																			
HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %											
		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	<p>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.</p> <p><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.</p>	100%											

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
	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.	Implementar el cronograma establecido	Material educativo-Informe de implementación	4/06/2025	15/07/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><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.</p> <p><b>Recomendación de Control Interno:</b> Se recomienda mantener las acciones de mejora continua para garantizar una atención segura y efectiva de los pacientes.</p>	100%
1.		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	<p>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.</p> <p><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.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
		Evaluar la adherencia atreves de evaluación de paciente trazador	Informe de paciente trazador	15/07/2025	30/09/2025	Oficina de calidad	<p>Se presenta informe de III y IV trimestre de Evaluación de la metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte realizado por la oficina de calidad en el cual para el III trimestre la evaluación de los cumplimientos tuvo una calificación cuantitativa de acuerdo con cada uno de los ítems evaluados del 87%, dicha evaluación arroja un resultado de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p>Para el IV trimestre la verificación del cumplimiento obtuvo un puntaje del 91% con un resultado evaluación de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Los resultados de la evaluación de la metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte durante el III y IV trimestre evidenciaron un cumplimiento satisfactorio, obteniendo puntajes del 87% y 91% respectivamente, en el cual se muestra la mejora en el desempeño y el compromiso con la calidad de la atención; por lo tanto conforme al criterio de la oficina de calidad y auditoría con los resultados satisfactorios no se debe generar un plan de mejoramiento.</p>	100%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/10/2025	Oficina de calidad	<p>Se presenta informe de III y IV trimestre de Evaluación de la metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte realizado por la oficina de calidad en el cual para el III trimestre la evaluación de los cumplimientos tuvo una calificación cuantitativa de acuerdo con cada uno de los ítems evaluados del 87%, dicha evaluación arroja un resultado de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p>Para el IV trimestre la verificación del cumplimiento obtuvo un puntaje del 91% con un resultado evaluación de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Los resultados de la evaluación de la metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte durante el III y IV trimestre evidenciaron un cumplimiento satisfactorio, obteniendo puntajes del 87% y 91% respectivamente, en el cual se muestra la mejora en el desempeño y el compromiso con la calidad de la atención; por lo tanto conforme al criterio de la oficina de calidad y auditoría con los resultados satisfactorios no se debe generar un plan de mejoramiento.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
		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	<p>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.</p> <p><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.</p>	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	<p>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.</p> <p><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 general. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
2.	No se evidencia en los baños barandas de seguridad, ni cintas antideslizantes para la prevención de riesgo de caída.	Instalar las cintas antideslizante en unidades sanitarias	Informe de instalación	4/06/2025	30/09/2025	Ingeniero civil- Almacén	<p>Se evidencia informe de 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 en el Hospital Local del Norte . a instalación de cintas antideslizantes en los baños de sala de espera (hombres y mujeres) y en los baños de observación (hombres y mujeres).las cintas instaladas en los baños de hombre y mujeres de la sala de espera se adhirieron correctamente, quedando su instalación adecuada y en servicio.</p> <p>Se informó 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.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Se presenta en el informe de seguimiento a las acciones establecidas en el plan de mejora de paciente trazador la justificación técnica en referencia a los baños en los cuales no se pudo instalar la cintas antideslizantes, en el que se refiere "Las baldosas antideslizantes son baldosas que cuentan con texturas diseñadas para prevenir resbalones y caídas. Los enchapes de pisos en los pisos 3 y 4 del hospital local del norte son antideslizantes de textura rugosa. Los enchapes de piso instalados en baños y duchas de los pisos 3 y 4 del hospital local del norte, permiten prestar servicios seguros contra resbalones y caídas, ya que llevan unos tratamientos en su superficie para generar la rugosidad necesaria para no deslizar, adicional a esto por ser una superficie rugosa no es posible adherir de manera correcta cintas antideslizantes, o cualquier otro material. Este tipo de enchape presta mayor seguridad para los usuarios, que la misma cinta antideslizante, la cual solo actúa en el sitio donde se instala".</p> <p>Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
		Verificar instalación de cintas antideslizantes en las unidades sanitarias del Hospital local del Norte	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	<p>Se presenta por parte de la oficina de calidad y auditoría informe de verificación de instalación de cintas antideslizantes en las unidades sanitarias en el servicio de Internación del Hospital local del Norte, concluyendo que las unidades sanitarias del servicio de internación cumplen con las condiciones de seguridad requeridas, dado que la instalación de la cinta antideslizante y el uso de enchape de piso con características antideslizantes se encuentran adecuados y en correcto funcionamiento. Estas acciones garantizan un entorno seguro para los usuarios, reducen el riesgo de caídas y dan cumplimiento a los lineamientos establecidos en materia de seguridad del paciente.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Conforme al informe presentado, la verificación realizada por la oficina de calidad y auditoría confirma que las unidades sanitarias del servicio de internación del Hospital Local del Norte cumplen con las condiciones de seguridad establecidas, garantizando un entorno seguro para los usuarios y el cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.</p>	100%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	<p>Se presenta por parte de la oficina de calidad y auditoría informe de verificación de instalación de cintas antideslizantes en las unidades sanitarias en el servicio de Internación del Hospital local del Norte, concluyendo que las unidades sanitarias del servicio de internación cumplen con las condiciones de seguridad requeridas, dado que la instalación de la cinta antideslizante y el uso de enchape de piso con características antideslizantes se encuentran adecuados y en correcto funcionamiento. Estas acciones garantizan un entorno seguro para los usuarios, reducen el riesgo de caídas y dan cumplimiento a los lineamientos establecidos en materia de seguridad del paciente.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> Conforme al informe presentado, la verificación realizada por la oficina de calidad y auditoría confirma que las unidades sanitarias del servicio de internación del Hospital Local del Norte cumplen con las condiciones de seguridad establecidas, garantizando un entorno seguro para los usuarios y el cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida para subsanar el hallazgo.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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. 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 Nº.	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.	<p>Se evidenció que la capacidad del personal de servicios generales es insuficiente para cubrir la carga de trabajo en el área de hospitalización.</p> <p>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.</p> <p>Se evidencia sangre en el piso de la habitación 305, usuario refiere que fue en la noche anterior</p>	<p>Implementar la verificación de la suficiencia del personal de aseo y el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección.</p>	Informe de verificación	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	<p>Se anexa informe de seguimiento a plan de mejora paciente trazador con corte a octubre, en el cual durante el periodo evaluado, la adherencia a la limpieza y desinfección a cargo del operador Nutrialia alcanzó un 69,5%, resultado que se encuentra por debajo de la meta institucional (<math>\geq 90\%</math>). Los principales incumplimientos se relacionan directamente con la operación de Nutrialia, particularmente en frecuencias de limpieza, registros y supervisión.</p> <p>Existe riesgo moderado-alto para la institución en términos de control IAAS si no se toman acciones inmediatas.</p> <p>Los hallazgos evidencian la necesidad de intervención contractual, seguimiento estricto y acompañamiento operativo permanente.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> El informe de seguimiento al plan de mejora del paciente trazador evidencia que el cumplimiento en los procesos de limpieza y desinfección por parte del operador Nutrialia se encuentra por debajo de la meta institucional establecida, debido a que se presentan aún inconvenientes frente al servicio prestado.</p> <p>Sin embargo la meta establecida corresponde a un informe de verificación con el cual se cumple con la meta, se recomienda implementar acciones correctivas inmediatas que permitan fortalecer la supervisión y el control de las actividades de limpieza y desinfección realizadas por el operador, realizar un seguimiento estricto y continuo que permita alcanzar la meta institucional y mitigar los riesgos identificados.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
		Supervisar el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	<p>Se anexa informe de seguimiento a plan de mejora paciente trazador con corte a octubre, en el cual durante el periodo evaluado, la adherencia a la limpieza y desinfección a cargo del operador Nutrialia alcanzó un 69,5%, resultado que se encuentra por debajo de la meta institucional (<math>\geq 90\%</math>). Los principales incumplimientos se relacionan directamente con la operación de Nutrialia, particularmente en frecuencias de limpieza, registros y supervisión. Existe riesgo moderado-alto para la institución en términos de control IAAS si no se toman acciones inmediatas. Los hallazgos evidencian la necesidad de intervención contractual, seguimiento estricto y acompañamiento operativo permanente.</p> <p><b>Evaluación de Control Interno:</b> El informe de seguimiento al plan de mejora del paciente trazador evidencia que el cumplimiento en los procesos de limpieza y desinfección por parte del operador Nutrialia se encuentra por debajo de la meta institucional establecida, debido a que se presentan aún inconvenientes frente al servicio prestado. Conforme a lo anterior se deben tomar las medidas correctivas, sin embargo la meta establece la presentación de un informe, el cual con su presentación se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	<p>Se evidenció correo electrónico de fecha 11/11/2025 por parte del líder del programa de prevención, vigilancia y control; dirigido a DHLN, jefe zona sur y norte de notificación de incumplimiento al plan de mejora de servicios generales, conforme al incumplimiento se solicitó las acciones correctivas contractuales pertinentes con el operador a fin de garantizar el cumplimiento de los estandares institucionales de limpieza y desinfección y supervisión operativa.</p> <p>De acuerdo a lo anterior se evidenció la actuación frente a los inconvenientes presentados según informe de seguimiento al protocolo de limpieza y desinfección, cumpliendo con ello con la meta establecida.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
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	Ajustar la guía de educación e información al usuario	Guía definida	29/05/2025	10/06/2025	Líderes de los servicios	<p>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".</p> <p><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.</p>	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	<p>Se evidencia Informe de educación al usuario en Urgencias HLN de los meses Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, septiembre y octubre de 2025; igualmente informes de atención al usuario del 01 de julio al 31 de octubre de 2025, del área central de esterilización, Servicio de medicina interna, ginecología y pediatría del Hospital Local del Norte, Apoyo Terapéutico – Subproceso: Terapias</p> <p>Dicha documentación incluye como anexos los registros de educación brindada a pacientes y familiares.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> La documentación presentada evidencia el cumplimiento del proceso de educación al usuario y de la orientación brindada tanto a los pacientes como a sus familiares, garantizando la continuidad y la calidad en la atención., De acuerdo a lo anterior se da cumplimiento con la meta programada.</p>	100%
		Auditar la planilla de firmas de educación al usuario de manera mensual	Planilla de firmas	10/06/2025	30/10/2025	Coordinadora de Enfermería	<p>Se adjuntan en los informes las planillas de educación al usuario de los meses de julio al 31 de octubre de 2025, urgencias, socialización de las guías de atención al usuario del Servicio de medicina interna, ginecología y pediatría del Hospital Local del Norte.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Revisados los soportes se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 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 médico	<p>Se evidencia informe cuyo objetivo es el de Auditar el registro de la educación brindada al paciente durante la atención en los servicios de: urgencias, hospitalización, cirugía, de acuerdo con una muestra representativa de historias clínicas., dicho informe concluye que se alcanzó la meta establecida del 50% de usuarios educados, evidenciando avances significativos en la socialización de la información durante los diferentes momentos de la atención</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Lo anterior evidencia avances significativos en la socialización de la información durante los diferentes momentos de la atención, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad y continuidad del servicio prestado. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%
		Actuar frente a desviaciones encontradas	Informe de auditoria	2/09/2025	30/10/2025	Coordinador medico	<p>Se evidencia informe cuyo objetivo es el de Auditar el registro de la educación brindada al paciente durante la atención en los servicios de: urgencias, hospitalización y cirugía; de acuerdo con una muestra representativa de historias clínicas., dicho informe concluye que se alcanzó la meta establecida del 50% de usuarios educados, evidenciando avances significativos en la socialización de la información durante los diferentes momentos de la atención</p> <p>y la auditoría permitió evidenciar que la Guía de Atención al Usuario, presentada en formato de cartilla, es socializada a los usuarios y sus familiares, garantizando además que dicha actividad quede registrada de manera adecuada y conforme a los lineamientos institucionales por parte del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Lo anterior evidencia avances significativos en la socialización de la información durante los diferentes momentos de la atención, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad y continuidad del servicio prestado. Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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.	Estructurar un cronograma de capacitación de las primeras causas de atención.	Cronograma	27/05/2025	3/06/2025	Coordinador medico	<p>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.</p> <p><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.</p> <p><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, representando 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.</p>	100%
		Realizar capacitación según cronograma establecido	Informe de capacitaciones	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico	<p>Se evidencian actas de fecha 4 de noviembre de 2025 de Socialización de Ataque Cerebrovascular, 8 de octubre de 2025 de socialización de Diabetes Mellitus y acta del 4 de septiembre de 2025 de socialización de insuficiencia</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Las capacitaciones o socializaciones contribuyen a la mejora continua en la atención médica y al fortalecimiento de las buenas prácticas clínicas.</p> <p>Conforme a lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%
		Socializar a los médicos docentes servicios las guía de prácticas clínicas	Informe	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico	<p>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.</p>	100%
		Evaluar la adherencia a través de auditoria de historia clínica	Informe de adherencia	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico	<p>Se presenta informe de adherencia de guías de prácticas clínicas en el cual se detalla que el proceso de auditoría evidencia un adecuado cumplimiento general (90%) en la aplicación de los protocolos institucionales. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la calidad del registro y seguimiento que, al ser abordadas, permitirán fortalecer la atención integral, oportuna y continua de los usuarios.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Revisado el informe de adherencia a las guías de prácticas clínicas, se evidencia que el proceso de auditoría refleja un adecuado nivel de cumplimiento del 90 % en la aplicación de los protocolos institucionales.</p> <p>Conforme a lo anterior, se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico	<p>Se presenta informe de adherencia de guías de prácticas clínicas en el cual se detalla que el proceso de auditoría evidencia un adecuado cumplimiento general (90%) en la aplicación de los protocolos institucionales. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la calidad del registro y seguimiento que, al ser abordadas, permitirán fortalecer la atención integral.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Revisado el informe de adherencia a las guías de prácticas clínicas, se evidencia que el proceso de auditoría refleja un adecuado nivel de cumplimiento del 90 % en la aplicación de los protocolos institucionales.</p> <p>Conforme a lo anterior, se da cumplimiento con la meta establecida.</p>	100%
		Diagnosticar el estado de los documentos del servicio de internación	Acta	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería-Líder de internación	<p>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.</p> <p><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 este un resultado positivo de cara al hallazgo evidenciado.</p>	100%
		Actualizar los documentos del servicio de internación	Documentos actualizados	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería-Líder de internación	<p>Se anexan como soportes la actualización de los siguientes documentos:</p> <p>FORMATO REGISTRO DE GLUCOMETRIAS CÓDIGO: INA-F-001 VERSIÓN: 4</p> <p>FORMATO ÚNICO DE CONTROL DE LIQUIDOS CÓDIGO: INA-F-005</p> <p>FORMATO ÚNICO TARJETA DE MEDICAMENTOS CÓDIGO: INA-F-017</p> <p>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA – KARDEX CÓDIGO: INA-F-018</p> <p>PROTOCOLO IDENTIFICACION DEL PACIENTE CÓDIGO: SDP-PT-002</p> <p>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS CÓDIGO: SDP-PT-006</p> <p><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.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
	<p>Se identificaron irregularidades en el uso de documentos en el área evaluada, formatos desactualizados, sin codificación oficial ni el logotipo</p> <p>Socializar con el personal asistencial los documentos actualizados</p>		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%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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.	institucional vigente. Esto evidencia un 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>	

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	<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%
		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	<p>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.</p> <p><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.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 %
7.	Diligenciar las escalas de riesgo de caída en las historias clínicas de los pacientes para una mejor evaluación y prevención.	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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><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.</p>	100%
		Auditar el diligenciamiento de la escala de dowton en historia clínica según la frecuencia.	Informe	1/08/2025	30/09/2025	Líder de seguridad del paciente	<p>Se presenta informe de Aplicación de la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton en la ESE ISABU por parte de la enfermera líder de seguridad del paciente, en el que se realizó una auditoría aleatoria de 20 historias clínicas de pacientes hospitalizados en las diferentes áreas de la ESE ISABU, de lo evaluado la revisión de las historias clínicas seleccionadas ha demostrado una excelente adherencia al protocolo de aplicación de la escala de Downton. Se observó que el personal de enfermería está aplicando la herramienta de manera sistemática y rigurosa.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Los informes concluyen que existe una excelente adherencia al protocolo de aplicación de la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton., por parte del personal de enfermería aplica la herramienta de forma sistemática y rigurosa, lo cual contribuye a la identificación oportuna del riesgo y al fortalecimiento de la seguridad del paciente.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	<p>Se presenta informe de Aplicación de la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton en la ESE ISABU por parte de la enfermera líder de seguridad del paciente, en el que se realizó una auditoría aleatoria de 20 historias clínicas de pacientes hospitalizados en las diferentes áreas de la ESE ISABU, de lo evaluado la revisión de las historias clínicas seleccionadas ha demostrado una excelente adherencia al protocolo de aplicación de la escala de Downton. Se observó que el personal de enfermería está aplicando la herramienta de manera sistemática y rigurosa.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Los informes concluyen que existe una excelente adherencia al protocolo de aplicación de la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton., por parte del personal de enfermería aplica la herramienta de forma sistemática y rigurosa, lo cual contribuye a la identificación oportuna del riesgo y al fortalecimiento de la seguridad del paciente.</p>	100%
		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%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	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%
		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: Piso 4 HLN 04/08/2025 Piso 3 HLN 04/08/2025 Piso 3 HLN hospitalización 06/10/2025 y 15/0/2025 Piso 4 HLN hospitalización 06/10/2025 y 15/09/2025</p> <p>Se evidencia informe de verificación de la correcta segregación en el área de hospitalización del HLN del periodo 01 de julio al 30 de octubre, presentado por el líder del área ambiental, en el cual Una vez realizado el seguimiento durante los meses de julio a octubre se observa una mejora en la segregación de residuos, se observa adherencia a las recomendaciones realizadas durante el periodo a pesar de la alta rotación de personal en los servicios.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Con las inspecciones realizadas y la retroalimentación inmediata al personal, demuestra un enfoque proactivo para corregir desviaciones.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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 06/10/2025 y 15/0/2025</p> <p>Piso 4 HLN hospitalización 06/10/2025 y 15/09/2025</p> <p>Se evidencia informe de verificación de la correcta segregación en el área de hospitalización del HLN del periodo 01 de julio al 30 de octubre, presentado por el líder del área ambiental, en el cual Una vez realizado el seguimiento durante los meses de julio a octubre se observa una mejora en la segregación de residuos, se observa adherencia a las recomendaciones realizadas durante el periodo a pesar de la alta rotación de personal en los servicios.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> Con las inspecciones realizadas y la retroalimentación inmediata al personal, demuestra un enfoque proactivo para corregir desviaciones.</p>	100%
		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%
		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	<p>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.</p> <p><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.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	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	<p>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.</p> <p><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.</p>	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	<p>Se presenta informe de identificación de sifones sin barrera de seguridad (rejillas), del servicio de internación del HLN, el cual se concluye que una vez realizada la inspección en los pisos mencionados, se concluye que el 100% de las rejillas se encuentran debidamente pegadas.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> De acuerdo a la inspección realizada por el área ambiental, se garantiza el cumplimiento de las condiciones de seguridad establecidas y contribuyendo a la prevención de riesgos para los usuarios y el personal.</p>	100%
		Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/09/2025	15/09/2025	Líder de gestión ambiental	<p>Se presenta informe de identificación de sifones sin barrera de seguridad (rejillas), del servicio de internación del HLN, el cual se concluye que una vez realizada la inspección en los pisos mencionados, se concluye que el 100% de las rejillas se encuentran debidamente pegadas.</p> <p><b>Evaluación Control Interno:</b> De acuerdo a la inspección realizada por el área ambiental, se garantiza el cumplimiento de las condiciones de seguridad establecidas y contribuyendo a la prevención de riesgos para los usuarios y el personal.</p>	100%
		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	Líderes de los servicios	<p>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 05 de junio a diciembre de 2025.</p> <p><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.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	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	<p>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:</p> <p>Acta de reunión de grupo primario servicio de cirugía y central de esterilización 30/10/ 2025            Acta de reunión Grupo primario servicio farmacéutico del 20/10/2025            Acta de reunión de Grupo Primario Laboratorio Clínico del 20/10/2025.            Acta grupo primario radiología del 28/10/2025,            Acta grupo primario sala de partos del 23/10/2025            Acta grupo primario servicio de fisioterapia del 30/10/2025            Acta grupo primario de Mejoramiento Continuo del Servicio de Urgencias del Hospital Local del Norte 29 y 30 de octubre de 2025.</p> <p><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. De acuerdo con lo anterior se da cumplimiento a la met establecida.</p>	100%
		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	<p>Se presenta informe de Evaluación metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte III trimestre del 2025, en el cual I verificar el cumplimiento obtuvo un puntaje del 87% con una evaluación de Cumplimiento Satisfactorio, del cual Teniendo en cuenta el resultado de 87% de cumplimiento satisfactorio no se debe generar un plan de mejoramiento. Igualmente se presenta informe de Evaluación metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte IV trimestre del 2025,, en el cual al verificar el cumplimiento obtuvo un puntaje del 91% con una evaluación de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Los resultados reflejan adherencia a los procesos y lineamientos establecidos, así como una mejora continua en la calidad de la atención brindada.</p>	100%

HALLAZGO/ RECOMENDACIÓN Nº.	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	<p>Se presenta informe de Evaluación metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte III trimestre del 2025, en el cual al verificar el cumplimiento obtuvo un puntaje del 87% con una evaluación de Cumplimiento Satisfactorio, del cual Teniendo en cuenta el resultado de 87% de cumplimiento satisfactorio no se debe generar un plan de mejoramiento. Igualmente se presenta informe de Evaluación metodología del Paciente Trazador en el Hospital Local del Norte IV trimestre del 2025., en el cual al verificar el cumplimiento obtuvo un puntaje del 91% con una evaluación de Cumplimiento Satisfactorio.</p> <p><b>Evaluación control interno:</b> Los resultados reflejan adherencia a los procesos y lineamientos establecidos, así como una mejora continua en la calidad de la atención brindada.</p>	100%



Silvia Juliana Pinzón Cuevas  
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Apoyó seguimiento: Vianey González Gamarra