

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-15
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Versión: 1.0
		Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 1 de 32

1. **NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:** E.S.E. Hospital San José del Guaviare.
2. **FECHA DEL INFORME FINAL:** 3 de Abril de 2019.
3. **FECHA DE LA AUDITORIA:** 25 y 28 de febrero de 2019.
4. **DURACION DE LA AUDITORIA:** 4 días.
5. **AUDITOR LIDER:**
 Jaqueline Sánchez Comba - Profesional especializado SOGC.
 Lucedy Trujillo Lazo – Jefe Oficina Asesora de Control Interno de Gestión
6. **RESPONSABLE(S) AUDITADO:**
 Angélica Robayo Piñeros – Subgerencia de Servicios de Salud
 Gabriel Cárdenas Bejarano– Coordinación de Enfermería
 Hugo Rossania – Apoyo a la Coordinación de Enfermería
 Rossa Manchabajoy – Coordinación Medica
 Angela María David Torres – Profesional Universitario Area de Talento Humano
 Erika López Rentería– Líder de mantenimiento - Contratista
 Cesar Augusto Palacios – Biomédico - Contratista
 José María Arrieta – Químico Farmacéutico – Contratista
7. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA:**
 - Realizar verificación al cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica en cumplimiento al decreto 1011 de 2006 y resolución 2003 de 2014, 4445 de 1996, 5381 de 2013.
 - Realizar verificación en la aplicación de procedimientos y/o intervenciones a las personas que requieran una atención oportuna, con el ánimo de mejorar el estado de salud.
 - Verificación del avance a los Planes de mejoramiento internos y externos emitidos por visitas de los diferentes entes de control, con la finalidad de determinar el grado de atención accesible, pertinente, oportuna, continua y segura.

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-15
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Versión: 1.0
		Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 2 de 32

8. ALCANCE DE LA AUDITORIA:

- Realizar seguimiento al servicio de Urgencias de baja y mediana complejidad, verificando la implementación en cumplimiento a los procedimientos, protocolos, guías y demás, documentados en el servicio.
- Determinar si los procedimientos utilizados y las medidas de seguimiento y control están operando de acuerdo a los diferentes planes programados e implementados, evaluando la efectividad en el logro de las metas propuestas.

9. DESARROLLO DE LA AUDITORIA:

- Revisar los documentos que soportan el cumplimiento de los procesos del servicio de urgencias de baja y mediana complejidad, entrevistando a los involucrados en el proceso, inspección y observación.
- Identificación de posibles oportunidades de mejoramiento.
- Discusión y validación del informe con el coordinador enfermería y definición de planes de acción estructurales para su remediación.

TALENTO HUMANO			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	No se cuenta con el documento de capacidad instalada de la instalación, en donde se evidencie la oferta y la demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.	Se evidencia manual de docencia-servicio en medio magnético, al cual la Profesional del Area de Talento Humano manifiesta que se realizó reunión el día 29 de enero del presente año con el Centro Educativo Andino, para ampliar escenarios de práctica de acuerdo a los servicios habilitados: Etnopabellon, Terapia Física y Laboratorio Clínico, sin evidencia del listado de asistencia y acta.	No se presentó descargos	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 3 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

<p>Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.</p>		<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>
<p>Cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico general con certificado de formación en soporte vital avanzado. - Auxiliar de Enfermería con certificado de formación en soporte vital básico. 	<p>Se evidencia la falta de certificados de cursos requeridos para la prestación del servicio del personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rubén Darío Grass (Medico): Falta certificado de curso de triage, Soporte vital básico y avanzado, Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Claudia Royero (Medico): Falta certificado de curso de triage • Juan Pablo Floriano (Medico): Falta certificado de curso de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Luis Millán (Medico): Falta certificado de curso de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • María Campos (Medico): alta certificado de curso de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Santiago Simarra (Medico): Falta certificado de curso de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Luisa Giraldo (Enfermera): Falta certificado de curso de triage, Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Luisa Díaz (Enfermera): Falta certificado de curso de triage, soporte vital básico y avanzado, atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual 	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 4 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	<ul style="list-style-type: none"> • Diana V. Guerrero (Enfermera): Falta certificado de curso de toma de muestra y atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Sandra Méndez (Aux. Enfermería): Falta certificado de curso atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual • Adriana Hernández (Aux. Enfermería): Falta certificado de curso atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual. • Albeiro Sampedro López (Aux. Enfermería): Falta certificado de curso atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual. • María Nilsa Combita (Aux. Enfermería): Falta certificado de curso atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual. <p>En el contrato de Oscar Leonardo Parada Granados se evidencia que el estudio previo, la invitación a presentar propuesta y la propuesta se encuentran poco visibles.</p>		
INFRAESTRUCTURA			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	Se evidencia en la sala de observación pediátrica que el personal de cocina a las 10:15 am no había recogido el menaje de cocina, lo cual genera desorden y mala imagen para la institución y el servicio.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	Se evidencia toma eléctrica dentro del servicio en mal estado. (Ver anexo N°1)	No se presentó descargos	
En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.	No se cuenta con barras o agarraderas en los baños destinados para las personas con discapacidad, además de que no se encuentra señalizado.	No se presentó descargos	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 5 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	La infraestructura del servicio de urgencias no se encuentra en óptimas condiciones, ya que muchas de las paredes, pisos y techos se encuentran en mal estado, con presencia de humedad, moho y fragmentado (Ver evidencia N°2) lo cual puede generar proliferación de infecciones respiratorias, mal aspecto del servicio y en ocasiones malos olores.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.		No se presentó descargos	
Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.		No se cuenta con ambiente de trabajo sucio dentro del servicio.	
Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.	Se evidencia en sala de procedimientos el mal estado del mesón, generando así proliferación de infecciones. (Ver anexo N°3)	No se presentó descargos	
Si cuenta con la estrategia de Sala ERA: 1. Área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida. 2. Los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área, son de fácil limpieza y desinfección. 3. Ventilación natural y/o artificial. 4. Iluminación natural y/o artificial. 5. Área para lavado y desinfección de equipos.	La salas ERA no se está utilizando para su fin, ya que se encuentran pacientes con otro diagnostico diferente a ERA. Los pisos se encuentran en mal estado, con presencia de moho y humedades (Ver anexo N°2) No dispone de área para el lavado y desinfección de equipos. El baño de esta área no cuenta con ducha para el respectivo aseo de los pacientes.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
DOTACIÓN			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	Se identifica la existencia de equipos Biomédicos, de uso industriales, de sistemas, y de uso administrativo, sin hojas de vida; y los que cuentan con hojas de vida no están	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 6 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	<p>diligenciadas en su totalidad y sin los soportes completos, tales como: clasificación del riesgo, recomendaciones del fabricante y manual de usuario.</p> <p>Los datos de los equipos del servicio, no coinciden con los relacionados en activos fijos y en el plan de mantenimiento.</p> <p>En el Plan de mantenimiento no se relaciona las especificaciones completas del equipo a verificar.</p> <p>No se actualizó el eslogan de la nueva gerencia.</p> <p>Equipos asignados exservidores públicos de la entidad.</p> <p>Se evidencia inconsistencia en el formato del Plan de Mantenimiento, no se identifica la marca, modelo y registro sanitario del equipo. No se evidencia fecha del mantenimiento preventivo realizado a los equipos.</p> <p>Ausencia de ficha técnica de los equipos en la hoja de vida correspondiente.</p> <p>Ausencia de contrato de mantenimiento preventivo, correctivo, y de calibración, poniendo en riesgo la seguridad del paciente por la falta de garantía del funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos, de sistemas, industriales, entre otros.</p> <p>No se evidencia en el servicio, cronograma de capacitación en Tecno vigilancia.</p> <p>No se cuenta con informe de acciones realizadas en cumplimiento a lo programado en</p>	<p>estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>
--	--	--



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 7 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

objetivo general y específico del manual de tecnovigilancia.

Teniendo en cuenta la base de datos suministrada por el área de Activos Fijos, se realizó la verificación de la existencia de los mismos en el servicio de urgencias, encontrándose equipos faltantes, unos que están en comodato y otros en préstamo, para lo cual se detalla en la siguiente tabla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	S/N	N° INVENTARIO	SERVICIO	TIPO DE ADQUISICIÓN	EXISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Báscula	Health o meter	160 KG	1600012325		Urgencias		NO
Báscula	Health o meter	402 KL	4020026170	0758	Urgencias		NO
Báscula	Health o meter	160 KG	1620002015	5265	Urgencias		SI
Báscula	Health o meter	160 KG	1600009268	0783	Urgencias		SI
Báscula	Health o meter	160 KG	1620003231		Urgencias		NO
Bomba de Infusión	Body Guard	323	39768 / 79051	4724	Urgencias		NO
Bomba de Infusión	Medifusion	DI-2000	DI20EXP130324 8	1664	Urgencias		NO
Bomba de Infusión	Baxter	Colleague CXE	22060339DN	052748	Urgencias	COMODATO	NO

CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 8 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Bomba de Infusión	Baxter	Colleague CXE	22050320DN	051445	Urgencias	COMODATO	NO
Bomba de Infusión	Baxter	Colleague CXE	25090422DN	65876	Urgencias		NO
Bomba de Infusión	Baxter	Colleague	21090775DH	045619	Urgencias		NO
Bomba de Infusión	Baxter	Colleague	21060010DH	043149	Urgencias	COMODATO	NO
Desfibrilador	Mindray	Benehearth D6	DG - 35008960	0354	Urgencias		SI
Desfibrilador	Mindray	Beneheart D6	D6 - 19004290	4983	Urgencias		NO
Desfibrilador	Mindray	BeneHearth D6	D6 - 35008959	0726	Urgencias		SI
Desfibrilador	Mindray	Beneheart D6	DG-59013792		Urgencias	PRÉSTAMO	NO
Electrocardiógrafo	Edan	SE - 601	SEA 33231070815D	1431	Urgencias		SI
Equipo de Órganos	Welch Allyn	767		1392	Urgencias		SI
Equipo de Órganos	Welch Allyn	767		0746	Urgencias		NO
Equipo de Órganos	Welch Allyn	767		1353	Urgencias		SI
Equipo de Órganos	Welch Allyn	767		0744	Urgencias		SI
Laringoscopio				3088	Urgencias		NO

CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 9 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Laringoscopio	Riester	653010			Urgencias		NO
Laringoscopio	Sunmed	Green line	8755333460	3087	Urgencias		SI
Laringoscopio	Welch Allyn	60813			Urgencias		SI
Laringoscopio	Welch Allyn	60813			Urgencias		SI
Monitor de Signos Vitales	Heal Force	Advance 150	J3200JC00037	1565	Urgencias		SI
Monitor de Signos Vitales	Edan	M8	M8 3031135094LB	1416	Urgencias		SI
Monitor de Signos Vitales	Edan	M8	M83031135106 LB	2355	Urgencias		NO
Monitor de Signos Vitales	Edan	M8B	M8B303107674 5LD	4482	Urgencias		NO
Monitor de Signos Vitales	Welch Allyn	6200	62320422	2319	Urgencias		SI
Monitor de Signos Vitales	Edan	M8	301129 - M11600340006	1417	Urgencias		NO
Monitor de Signos Vitales	Meditech	63D	63D1602T01	2201	Urgencias	PRÉSTAMO	SI
Nebulizador	Devilbiss	5660D	D7002020	3610	Urgencias		SI
Nebulizador	Devilbiss	5660D	D7002019		Urgencias		SI
Nebulizador	Devilbiss	5660D	D7002098	3641	Urgencias		NO
Negatoscopio	Kramer	2 Cuerpos		4439	Urgencias		NO
Oxímetro de Pulso	Edan	M3 (Spo2)	302104- M12605540003	0062	Urgencias		NO
Oxímetro de Pulso	Edan	M3 (Spo2)	302104- M12605540007	2398	Urgencias		SI



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 10 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Oxímetro de Pulso	Edan	M3 (Spo2)	302104- M12605540010	0060	Urgencias		NO
Oxímetro de Pulso	Edan	H100B	316036 - M13706740011	1230	Urgencias		SI
Pesa Bebe	Detecto	3P7044		0755	Urgencias		SI
Succionador	Smaf	SXT - 5A		1434	Urgencias		NO
Succionador	Thomas	1630	080900006139	1673	Urgencias		NO
Succionador	Easy VAC	PM60	27280	0871	Urgencias		NO
Tensiómetro	Lord		918314	0820	Urgencias		NO
Tensiómetro	Exacta		638140		Urgencias		NO
Tensiómetro	Welch Allyn		140513131858		Urgencias		NO
Tensiómetro de Pared	Welch Allyn		060810101959	1352	Urgencias		SI
Tensiómetro de Pared	Welch Allyn		060918171759	0745	Urgencias		SI
Tensiómetro de Pared	Welch Allyn		060814094351	0747	Urgencias		SI
Tensiómetro de Pared	Welch Allyn		060801183558	0779	Urgencias		SI
Tensiómetro Rodable	Lord	HS - 70 B	950013	0756	Urgencias		SI
Ventilador Mecánico	Drager	SAVINA 300	ASHK-0156		Urgencias		SI

Bases de datos: área de Activos Fijos.



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 11 de 32

Sin embargo se encontraron unos equipos biomédicos que no se encuentran en la base de datos que suministro el área de activos fijos, a continuación se describen los siguientes equipos:

DESCRIPCIÓN	MARCA	S/N (ÚLTIMOS # DE SERIE)	N° INVENTARIO	ESTADO ACTUAL	UBICACIÓN ACTUAL	EXISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Bomba de infusión		2270	5509	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Bomba de infusión	Baxter	1771	1675	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Bomba de infusión	Medifusión	2273	0846	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Ventilador Mecánico		21882	0861	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales	Heal Force	0034	0795	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales	M50	10057	1563	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales	Heal Force	0026	1049	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales	Heal Force		0795	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales			4977	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales			2323	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales	Heal Force		1828	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales			5589	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI
Monitor de Signos Vitales		117	1841	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 12 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Negatoscopio			1357	BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI	
Succionador	Thomas	9401		BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI	
Tensiómetro Pediátrico		40627		BUEN ESTADO	URGENCIAS	SI	
<i>Bases de datos: Equipo Auditor.</i>							
Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	Carece de control en el préstamo de equipos entre servicios, sin control por parte del área de Activos Fijos.			No se observa el control o protocolo del buen manejo y mantenimiento del oxígeno medicinal.		No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	El tecnólogo no cuenta con certificado de formación para el mantenimiento de los sistemas de gases medicinales.			No se presentó descargos			
Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	Las líneas telefónicas internas no se encuentran en funcionamiento.			Red interna de sistemas con deficiencia para una respuesta oportuna, efectiva y de calidad.		No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Dotación para todo el servicio: Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumental gineco-obstétrico. 2. Equipo de atención de partos. 3. Monitor de signos vitales. 4. Sistema de succión. 5. Material de inmovilización para pacientes adultos y pediátricos. 6. Equipo de toracostomía. 7. Oxígeno. 8. Carro de paro con equipo de reanimación. 9. Desfibrilador externo manual que permita realizar cardioversión. 	NO APLICA			No son claros los hallazgos ("Este proceso está a cargo del área Unidad Materno Infantil – UMI")			



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 13 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

<p>10. Oxímetro de pulso, cuando no se encuentre incluido en el monitor de signos vitales.</p> <p>11. Bomba de infusión.</p> <p>12. Laringoscopio con hojas para adulto, pediátrica y neonatal y guía de intubación para adulto y pediátrica.</p>			
<p>Adicional a los criterios de urgencias de baja complejidad cuenta en la sala de reanimación con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Camilla rodante con mecanismo de freno. 2. Mesa auxiliar rodante. 3. Aspirador de secreciones. 4. Adecuado sistema de iluminación. 5. Equipos de monitoreo para presión arterial no invasiva, oximetría de pulso, electrocardiografía, frecuencia respiratoria y temperatura. 6. Desfibrilador con paletas para adultos y pediatría con capacidad para descargas sincronizadas. 7. Marcapasos transcutáneo que debe funcionar con batería y permanecer conectado, y cuenta con electrodos de monitoria y gel para desfibrilación. 	<p>NO CUMPLE con un adecuado sistema de iluminación.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	
<p>Elementos para todo el servicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipos de punción lumbar. 2. Bombas de infusión. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. NO CUMPLE 2. Se cuenta, pero no en su totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>El equipo de punción lumbar, es un equipo que es solicitado al servicio de cirugía teniendo en cuenta que es usado en procedimientos que no son urgencias.</i> 2. <i>La norma no especifica la cantidad de bombas de infusión requeridas en el servicio.</i> 	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

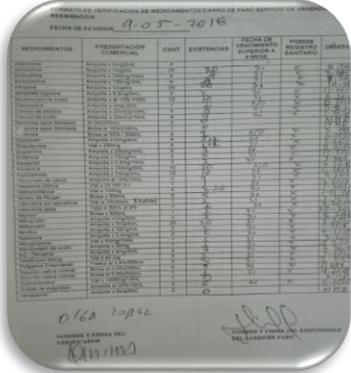
Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 14 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

		<i>Este hallazgo es aceptado.</i>	
<p>En el área de consulta médica cuenta con :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Camilla con barandas y estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos. 2. Tensiómetro y fonendoscopio. 3. Termómetro. <p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo de órganos de los sentidos. <p>Báscula para pacientes y báscula para infantes.</p>	<p>Si cumple, pero no se cuenta con la suficiente capacidad de acuerdo a la demanda del servicio.</p> <p>El servicio en general no cuenta con báscula para pacientes y báscula para infantes.</p>	<p><i>El servicio cuenta con báscula para infantes y adultos, las cuales se encuentran el área de Triage, donde todo paciente es pesado y entregado al médico correspondiente para su atención.</i></p>	
<p>En urgencias pediátricas cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Báscula para pacientes y báscula para infantes. Cinta métrica. 	NO CUMPLE	No se presentó descargos	
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.	Este proceso corresponde al servicio farmacéutico. No Aplica.		Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad .
Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.	Este proceso corresponde al servicio farmacéutico. No Aplica.		
Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.	Existe carro de paro, con formato de verificación de medicamentos y dispositivos médicos, la fecha del último formato que reposa en el servicio de urgencias es del 09 de mayo de 2018. Lo anterior, debido a que la persona de farmacia encargada de realizar este procedimiento no deja evidencia física alguna del formato de verificación actualizado, lo que dificulta saber con exactitud cuándo fue hecha	No se presentó descargos	

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	<p>la última verificación. Los jefes de turno manifiestan no tener conocimiento del protocolo del carro de paro.</p> 														
<p>Cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 ó la norma que la modifique, adicione o sustituya.</p>	<p>Los Jefes Anderson Ortiz y Paola Quintero, de área manifiestan que el kit de código gris permanece en el área de farmacia para cuando sea requerido en el servicio de urgencias. Por tal motivo no se evidencio el kit en el servicio, igualmente manifiestan no tener conocimiento del protocolo del kit código gris y no saber que contiene un kit de código gris.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>												
	<p>Utilización indebida de medicamentos y dispositivos médicos por parte del personal asistencial, afecta directamente al paciente. En el tiempo de la auditoria se encontró una caja de cartón los siguientes medicamentos:</p> <table border="1" data-bbox="816 1182 1276 1408"> <thead> <tr> <th>MEDICAMENTOS</th> <th>CANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Claritromicina 500mg</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pipotrozina 25mg</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ranitidina 50mg</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Epinefrina 1ml</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ampidel t inyección</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	MEDICAMENTOS	CANT	Claritromicina 500mg	1	Pipotrozina 25mg	1	Ranitidina 50mg	4	Epinefrina 1ml	3	Ampidel t inyección	2	<p>No se presentó descargos</p>	
MEDICAMENTOS	CANT														
Claritromicina 500mg	1														
Pipotrozina 25mg	1														
Ranitidina 50mg	4														
Epinefrina 1ml	3														
Ampidel t inyección	2														



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 16 de 32

Piperacilina 4g + tazobactam 0.5g	3
Metronidazol 500 (otrozol)	2
Oxacilina 1g	1
Omeprazol 40mg	2
Hidrocortisona 100mg	2
Penicilina G sódica 1'000.000 U.I	1
Vanbionic vancomicina 500mg	1
Ampicilina 500mg	2
Metoclopramida 2ml	7
Tramadol 50 mg	1
Furosemida 20mg	4
Diclofenaco 3ml	3
TOTAL	40



Los cuales no se encontraban en el lugar adecuado de almacenaje para su respectivo uso, además el personal asistencial manifestó no tener conocimiento alguno de la presencia de los mismos que se encontraron sobre la impresora del servicio, y del mismo modo habían manifestado no contar con existencia del medicamento Metronidazol, el cual reposaba en la caja.

De igual manera en el mesón que está ubicado en el cuarto de "Área de medicamentos", se encontraron tres ampollas (dos de Ranitidina 50mg y una de Tramadol 50 mg) como se puede observar en el registro

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

fotográfico tomado en el proceso de la auditoría.



En el mismo sitio se evidencio que la recepción de los medicamentos (líquidos) no se encuentran en los debidos sitios definidos para su almacenamiento o un lugar seguro, en el cual se puedan ubicar a medida que son utilizados por el personal asistencial del servicio de urgencias hacia el paciente.





CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 18 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	La falta de organización de los medicamentos o dispositivos médicos atrasa la dispensación de estos al paciente, y se pudo observar que los medicamentos son puestos y expuestos en cualquier lugar del servicio de urgencias, sin dar cumplimiento con la custodia de acuerdo a protocolo, generando riesgo en control y dispensación del medicamento, desinformando al paciente, a los compañeros y coordinadores de área con la no existencia de algunos medicamentos o dispositivos médicos, pero debido a la desorganización y falta de control, no tiene conocimiento de su existencia.		
GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Existe un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRH, el cual fue remitido a la Secretaría de Salud departamental.	Se evidencia que el PGIRHS se encuentra desactualizado, ya que se menciona el operador que se tenía contratado la vigencia anterior (IMEC Villavicencio), por lo que se recomienda no escribir nombre del operador sino dejar como " operador contratado ". Se cuenta con cronograma de actividades y su cumplimiento.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad .
El operador contratado por la institución cuenta con copia del Registro Nacional de Transporte de Carga de los vehículos y de la habilitación del transporte de carga del PSEA, si se realiza el transporte intermunicipal de residuos.	AMBIENTAR: No cuenta con registro nacional de transporte de carga de los vehículos y de la habilitación del transporte de carga del PSEA.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad .
Existe y se encuentra en funcionamiento el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS	Acta de reunión n° 5 fecha 19-12-18. La Resolución 317 de 2018, menciona que las reuniones deben ser cada mes. No evidencia acta mes de enero de 2019.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad .
Los residuos producidos en la Institución, se clasifican en el lugar de generación, teniendo en	Se evidencia que no se está realizando una adecuada clasificación de los residuos en el	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los

CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 19 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

<p>cuenta el código de colores establecido para tal efecto.</p>	<p>servicio, ya que se evidencia, en los recipientes de residuos biodegradables: hojas de papel, recipientes de esparadrapo y bolsas plásticas. En los recipientes de medicamentos; guantes, toallas de papel. En el recipiente de residuos peligrosos: material orgánico e icopor. En los recipientes de cortopunzantes: Ampollas, agujas con capuchón y conos de otoscopio.</p> 		<p>respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>
<p>Los recipientes para segregación de los residuos, cumplen los requisitos de la norma, así: La forma ideal puede ser de tronco cilíndrico, provistos de asas, sin aristas y de bordes redondeados, especialmente para el caso de los recipientes grandes, con tapa, que van a albergar las bolsas en los sitios de almacenamiento intermedio y central. Deben contar con Boca ancha, estando cerrados o tapados no permiten la entrada de agua, insectos o roedores, ni el escape de líquidos por sus paredes o por el fondo.</p>	<p>No se evidencia tapas en los recipientes del almacenamiento de residuos intermedios, generando alto riesgo de ingreso de agua, insectos y roedores, además los recipientes no cuentan con asas que faciliten el agarre. En el servicio no se evidencian tapas en los recipientes de reciclaje (recipiente azul) y en todos los recipientes ubicados en los baños de pacientes.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>

CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 20 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

			
<p>Rotulados con el nombre del departamento, área o servicio al cual pertenecen, con el color respectivo según las clases de residuos generados y con las figuras de rótulos respectivas.</p>	<p>Se evidencia que en los baños no se tiene rotulados los recipientes de residuos (no tiene tapa), en el área de observación hombres hay un recipientes de residuos reciclaje sin rotular, en el stand de enfermería hay un recipiente del área de cocina, el sala de procedimientos no está rotulado el recipientes de medicamentos, en hospitalización (pasillo donde preparan medicamentos) hay recipientes de otras áreas. En los recipientes de residuos cortopunzantes se están desechando ampollas de medicamentos y conos de otoscopios</p> 	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Los recipientes para residuos infecciosos deben ser del tipo tapa y pedal.	Se evidencia que algunos de los recipientes de residuos infecciosos no les funciona el pedal.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Todos los residuos peligrosos son desactivados y tratados antes de su gestión externa.	Se evidencia que no se está realizando el proceso de desactivación de los residuos peligrosos antes de su gestión externa.	No se presentó descargos	
Desactivación y tratamiento de residuos de Químicos Mercuriales (Mercurio de Termómetros).	Se evidencia que en los servicios asistenciales se sigue manejando termómetros de mercurio, y en caso de ruptura no se realiza desactivación y/o tratamiento a este.	No se presentó descargos	
Desactivación y tratamiento de residuos de Medicamentos.	No se realiza desactivación y/o tratamiento a los residuos de medicamentos en la institución, este procedimiento lo realiza el operador contratado.	No se presentó descargos	
Las IPS de segundo y tercer nivel llevan a cabo un control microbiológico periódico en los siguientes elementos y áreas: Ruta sanitaria y sitios de almacenamiento intermedio y central.	Estudio microbiológico no se evidencia que se hallan incluidos las áreas de: Ruta sanitaria y sitios de almacenamiento intermedio y central.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Los sitios de almacenamiento intermedio cumplen con:			
El Señalizados y de acceso restringido.	No se evidencia señalización. 	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Con equipo de extinción de incendios, acometida de agua y drenajes para lavado.	No se evidencia señalización del extintor.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.

CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 22 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

			
<p>Con elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.</p>	<p>No se evidencia tapas en los recipientes biosanitarios</p>	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>
<p>El sitio de almacenamiento central debe cumplir con:</p>			
<p>Paredes lisas y de fácil limpieza.</p>	<p>Se evidencia que las paredes del almacenamiento central de residuos no peligrosos, no es de fácil limpieza.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>
<p>Pisos duros y lavables con ligera pendiente hacia el interior.</p>	<p>Se evidencia que en el almacenamiento central de residuos no peligrosos, el piso está en mal estado, lo que ocasiona dificultad para ser lavado adecuadamente.</p> 	<p>No se presentó descargos</p>	
<p>Con elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.</p>	<p>Se evidencia que en el almacenamiento central de residuos no peligrosos, no tiene puerta</p>	<p>No se presentó descargos</p>	

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	<p>y la central de residuos peligrosos la puerta no está en las condiciones adecuadas.</p> 		
El almacenamiento de residuos anatomopatológicos debe realizarse a una temperatura no mayor de 4 °C.	No se evidencia termo higrómetro y formato de control de temperatura en el almacenamiento central de residuos peligrosos (anatomopatológicos). Se evidencia oficio de solicitud de termo higrómetro al área de almacén.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Para garantizar la adecuada disposición sanitaria de residuos líquidos, las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben contar con las correspondientes autorizaciones o permisos que se requieran, expedidos por la autoridad ambiental competente (permiso de vertimientos líquidos otorgado por el ente ambiental competente).	No se cuenta con la autorización o permiso de vertimiento de líquidos otorgado por el ente ambiental.	No se presentó descargos	
PROCESOS PRIORITARIOS			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	No se evidencia socialización y evaluación de procesos del servicio de urgencias	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.	No se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de los indicadores.	No se presentó descargos	
Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	No se evidencia evaluación.	No se presentó descargos	
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos	Se evidencia socialización de algunos	No se presentó	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 24 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	protocolos realizada en el mes de junio de 2018, pero no allí no se socializaron todos los protocolos y procesos aprobados. Se recomienda realizar socialización y evaluación para esta vigencia.	descargos	
La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.	No está documentado.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.	El protocolo está documentado en el área de radiología, pero no se evidencia socialización con el personal de urgencias.	No se presentó descargos	
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	No se evidencia documento.	No se presentó descargos	
Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:			
En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.	No se evidencia socialización y evaluación con el personal.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.	El reporte de la resolución 256 de 2016, se reporte extemporáneamente (12 de febrero de 2019).	No se presentó descargos	
En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, donde incluya los 5 momentos del lavado de manos.	Se evidencia socialización del mes de junio del 2018, pero el % de calificación es de 58 % lo que requiere resocializar.	No se presentó descargos	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:			
Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.	No se evidencia socialización del protocolo, por ende no se está realizando medición, análisis y se están creando acciones de mejora.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
La aplicación de precauciones de aislamiento universales.	En el manual de aislamiento universal se mencionan unos indicadores, pero estos no se están monitoreando y analizando. No se evidencia socialización del manual.	No se presentó descargos	
Normas de bioseguridad en los servicios, con	No se evidencia socialización del manual por	No se presentó	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 25 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.	ende no se está realizando medición, análisis y se están creando acciones de mejora.	descargos	
Uso y reúso de dispositivos médicos.	No está documentado.	No se presentó descargos	
Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.	En el PGIH: se evidencia indicadores de gestión interna que se deben analizar de manera mensual. No se evidencia estos análisis. El programa realiza visitas de inspección en los servicios, en donde se realiza retroalimentación de los hallazgos encontrados con el personal.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.	Se evidencia manual de limpieza y desinfección pero en este documento no se relaciona: al paciente, instrumental y equipos. Se evidencia socialización del manual en el mes de junio de 2018.	Dentro del manual de limpieza y desinfección se relaciona la limpieza de equipos existentes en la institución, la limpieza del instrumental se encuentra contemplado el manual de esterilización y El proceso de limpieza de paciente se encuentra descrito en el protocolo de higiene de paciente.	Se verifica la respuesta, se evidencia en el manual de limpieza y desinfección, el manual de esterilización y en el protocolo de higiene de paciente, en donde se evidencia lo relacionado con la limpieza y desinfección del paciente, instrumental y los equipos. El criterio indica que se debe realizar medición, análisis y acciones de mejora, no se evidencia que se esté realizando estos procesos, por lo que se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Cuenta con protocolo para el manejo de ropa hospitalaria	No está documentado	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.
Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud	El manual está documentado en el área de esterilización. No se evidencia socialización y evaluación con el personal	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsana la no conformidad.



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 26 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

y Protección Social.			
Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, debe incluir como mínimo los 5 correctos.	No se evidencia socialización y evaluación con el personal del servicio.	No se presentó descargos	
Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	El protocolo está documentado, pero no se evidencia socialización y evaluación con el personal. No se evidencia kit para el manejo de derrame y ruptura de medicamentos.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	No se evidencia socialización y evaluación del protocolo.	No se presentó descargos	
En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.	En el servicio no se evidencia material en los distintos dialectos de la región y no se cuenta con traductor.	No se presentó descargos	
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:			
Estabilización del paciente antes del traslado.	No se evidencia documento en donde se incluyan estos criterios.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
Medidas para el traslado.		No se presentó descargos	
Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).	No se evidencia documento en donde este incluidos estos criterios.	No se presentó descargos	
Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.	No se evidencia documento en donde este incluidos estos criterios.	No se presentó descargos	
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:			
Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:			
Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.	Se evidencia protocolo de código gris del 2017, en donde se menciona el equipo líder, pero no esta cuenta con la codificación y aprobación.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
Certificado de formación del personal asistencial de	El personal no cuenta con el certificado de	No se presentó	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 27 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.	atención integral en salud a víctimas de violencia sexual.	descargos	
Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:			
Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea.	No se evidencia manual de transfusión sanguínea en el área de laboratorio clínico, este documento se encuentra en la subgerencia de servicios de salud pendiente por la firma. No se evidencia socialización y evaluación con el personal de urgencias.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.	No se evidencia en el área de laboratorio clínico, el protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a la transfusión sanguínea y el manual de hemovigilancia, estos documentos se encuentran en la subgerencia de servicios de salud pendientes por firmar	No se presentó descargos	
Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.	Se evidencia guía para la formulación de sangre y hemocomponentes, pero no está adoptada por la institución.	No se presentó descargos	
Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:			
a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.	Estos criterio se encuentran inmersos en el manual procedimientos del servicio transfusional, documento que se encuentra en la subgerencia de servicios de salud pendiente por la firma.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.		No se presentó descargos	
c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.		No se presentó descargos	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 28 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Adicional a lo exigido en hospitalización de baja complejidad cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados para:			
Atención médica inicial y definición de conducta, de las principales patologías que el servicio atiende.	No se evidencia documento.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad .
La clasificación de pacientes.	No se evidencia socialización y evaluación con el personal.	No se presentó descargos	
Criterios explícitos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad.	No está documentado.	No se presentó descargos	
Sistema de inmovilización segura de usuarios para cuando su condición clínica lo requiera.	No se evidencia socialización y evaluación con el personal.	No se presentó descargos	
Guías y protocolos de atención en paciente agitado, intento de suicidio, síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.	Se evidencia protocolos del año 2015, no se evidencia guías.	No se presentó descargos	
Criterios explícitos para recibir a un usuario referido de servicios de consulta externa u hospitalización de salud mental de cualquier complejidad.	No se evidencia documento.	No aplica para el servicio de Urgencias (no prestamos este servicio).	Se verifica la respuesta, se analiza y concluye que este criterio es pertinencia médica, por lo que se LEVANTA hallazgo a enfermería y se remite la no conformidad a la coordinación médica.
Planes para emergencias internas y externas.	Se evidencia plan de emergencias interno del año 2015, actualmente se está realizando actualización y revisión de una nueva versión, pero hasta la fecha no se ha aprobado. No se evidencia plan de emergencias externas. Se recomienda realizar asesoría con la secretaria de salud departamental ya que ellos actualmente están solicitando <u>plan hospitalario de emergencias y desastres</u>	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad .
Procedimientos para la información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos del manejo ambulatorio de pacientes.	No se evidencia documento.	No se presentó descargos	
Protocolo para declaración de muerte cerebral.	Se evidencia protocolo del año 2015, pero no se evidencia socialización y evaluación.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de
El prestador cuenta con el protocolo de atención en	Se evidencia protocolo de código gris del año	No se presentó	respectivos análisis y planes de



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 29 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

salud a víctimas de violencia sexual según normatividad vigente.	2017, pero no está codificado y aprobado.	descargos	mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Si dispone de sala de rehidratación oral cuenta con:			
Protocolo de rehidratación oral que incluye seguimiento del estado clínico. Criterios de tiempos máximos de manejo con rehidratación oral y de remisión a hospitalización.	No se evidencia protocolo.	No se presentó descargos	
Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en el servicio y de los que no. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos.	Se evidencia manual de manejo de enfermedad diarreica aguda del año 2015, se recomienda realizar la respectiva actualización, socialización y evaluación.	No se presentó descargos	
Procedimientos para la información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de la deshidratación	No se evidencia documento.	No se presentó descargos	
Si dispone de salas ERA, cuenta con:			
Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja que incluya los seguimientos del estado clínico.	Se evidencia manual de manejo de enfermedad respiratoria aguda del año 2015, se recomienda realizar la respectiva actualización, socialización y evaluación.	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.
Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja y de remisión a hospitalización.		No se presentó descargos	
Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en las sala y de los que no.		No se presentó descargos	
Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores, las cuales están definidas en generalidades en el presente manual.		No se presentó descargos	
HISTORIAS CLINICAS			
CRITERIO	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD
Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de	Se cuenta con manual de historias clínicas, está pendiente la entrega formar a los líderes	No se presentó descargos	Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 30 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

<p>entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.</p>	<p>de áreas y socializarla con el personal.</p>		<p>respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>
<p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.</p>	<p>Se evidencia que en las historias clínicas auditadas; no se registra datos del acompañante cuando los pacientes son menores de edad (HC: 1120582087), no se evidencia examen físico completo (HC: 1120565010 – 17416712 - 41225472), paciente que durante su estancia no fue evolucionado un día (HC: 1122679200), se indican interconsultas por especialistas pero no se solicitan en dinámica gerencia y el especialista no la responde (HC: 1133939402), no se registran signos vitales en dinámica gerencial y en notas de enfermería no se mencionan los cuidado que se le realizaron a los pacientes según su necesidad (HC: 322900).</p>	<p>No se presentó descargos</p>	
<p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales:</p>			
<p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p>	<p>En el servicio se evidencia una caja para el almacenamiento de las historias clínicas que deben ir a estadística, pero esto no garantiza la custodia y protección de los documentos.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>
<p>Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p>		<p>No se presentó descargos</p>	
<p>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.</p>	<p>No se evidencia consentimiento informado de las actividades de enfermería que se realizan a los pacientes en el servicio.</p>	<p>No se presentó descargos</p>	
<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p>			
<p>Registro de la información de los componentes</p>	<p>No se realiza registro de la información de los</p>	<p>No se presentó</p>	<p>Se mantiene el hallazgo y se</p>



CALIDAD

Código: E-CA-FO-15

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 01/02/2019

Página 31 de 32

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.	componentes sanguíneos antes de la aplicación. (HC: 30048257 – 41214850).	descargos	recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.
Registro de la información post-transfusional.	No se realiza registro de la información post-transfusión sanguínea.	No se presentó descargos	
Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.	No se realiza registro de la información post-transfusión sanguínea (hora de la transfusión, componentes, volumen). El personal de enfermería realiza notas durante la transfusión sanguínea, pero estas no son muy específicas, además no registra signos vitales en dinámica gerencial.	No se presentó descargos	
Deberá contar con tarjetas de Clasificación inicial de lesionados.	No se evidencia estas tarjetas de clasificación.	No se presentó descargos	

INTERDEPENDENCIA

SI CUMPLE

VERIFICACIÓN DEL PROCESO ADMISIÓN DEL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS (TRIAGE)	RESPUESTA OBSERVACIONES	DE	NO CONFORMIDAD
<p>Modelo de Atención de Urgencias, dentro del cual se estipula la clasificación del Triage según Resolución 5596 de 2015 y los tiempos establecidos por la entidad.</p> <p>Ingreso a servicio de Urgencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El momento del ingreso a ser llamado en Triage 2. Salida de Triage al consultorio médico. 3. De salir del consultorio médico y en caso de que el médico haya enviado medicamentos u hospitalización al paciente, que tanto tiempo pasa para lo respectivo. 	<p>Se realizó la verificación teniendo en cuenta el modelo.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se realizó la toma del tiempo en algunos pacientes en el momento de abrir el ingreso, para así poder determinar cuánto tiempo transcurre desde:</p> <p>Durante el desarrollo de esta actividad se evidenció incumplimiento del procedimiento por parte del Auxiliar Administrativa del área de facturación - Contratista Mayra Yorleth Echeverry, que al momento de realizar el ingreso de un paciente, tuvo en cuenta un número de cédula y nombre equivocado, ya que el documento que el paciente allegó no era su cédula de ciudadanía, de ahí la importancia de presentar la cédula de ciudadanía o cualquier otro documento en el cual se pueda constatar la veracidad de la información, si pertenece o no a la persona que se encuentra en ventanilla solicitando el ingreso, este paciente Permaneció más de 55 minutos esperando ser llamado al triage, por tener un documento y nombre errado.</p> <p>En promedio se pudo observar que demoran entre 30 a</p>	No se presentó descargos	<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsananar la no conformidad.</p>

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-15
		Versión: 1.0
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 32 de 32

	40 minutos en llamar a los pacientes una vez han realizado el ingreso, para ser valorado en triage.		
VERIFICACIÓN AL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.		NO CUMPLE	NO CONFORMIDAD
<p>Se verificó la atención integral que se le brinda al paciente en el servicio de urgencias por parte del personal asistencial, en contexto general; de esta manera se logró observar que la falta de suministro de agua en botellón al servicio de urgencias afecta no solo al personal, sino también al paciente, ya que se utiliza para la toma de pastillas (medicamentos) y la ausencia de la misma hace que se pueda retrasar la toma del medicamento por parte del paciente, hecho que se evidenció el día 25 de febrero de 2019, para lo cual ya llevaban un día y medio sin agua de botellón en el servicio de urgencias.</p>			<p>Se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>

El presente informe que tiene el carácter de **DEFINITIVO**, frente al cual deberá suscribir plan de mejoramiento y remitirlo al área de calidad para su seguimiento y control antes del día 10 de abril del 2019, al correo electrónico controlinterno@esehospitalguaviare.gov.co y asesora calidad@esehospitalguaviare.gov.co

Para su conocimiento y fin pertinente;

(ORIGINAL FIRMADO)

LUCEDY TRUJILLO LAZO

Jefe Oficina Asesora de Control Interno de Gestión

(ORIGINAL FIRMADO)

JAQUELINE SÁNCHEZ COMBA

Profesional Especializado SOGCS