

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E****INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO****GP-GPA-FT-01 V2**

Fecha:	Octubre de 2018
Proceso Auditado:	Gestión Cuidado integral en Servicios Urgencias Ejecución de Alternativas para el cuidado de la salud
Responsable del Proceso:	Juan Roberto Castaño
Auditores:	Betty González González y Constanza Díaz Peña
OBJETIVO:	Verificar la Gestión de Subproceso de Gestión Cuidado Integral en Servicios de Urgencias en el primer trimestre del 2018, en los criterios de Calidad relacionados con Seguridad del Paciente, Administración de Riesgos, Adherencia a procesos - procedimientos y el cumplimiento del Plan Operativo Anual, de las unidades de servicios: USS El Tunal, USS Meissen, USS Carmen Materno Infantil y USS Santa Librada
ALCANCE:	La auditoría inicia el día miércoles 20 de Junio y finaliza el viernes 5 de Octubre de 2018; verificando el proceso de Atención de Urgencias desde el ingreso hasta el egreso del paciente, evaluando la oportunidad de atención de urgencias según clasificación de Triage, la Apropiación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y Administración del Riesgo, en las unidades de atención USS El Tunal, Meissen, Santa Librada y Carmen Materno Infantil para el primer trimestre del 2018.
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	MECI: 2016 MIGP: 2017 Resolución 2003 de 2014. Decreto 780 de 2016 Plan Estratégico Misional 2018 POA del Proceso. Mapa de Riesgos Decreto 648 de 2017 Resolución 256 y 1552 relacionadas con oportunidad en la atención Manual de Bioseguridad EA-MA-01-V1 Programa de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud MI-PPP-03 V1 Código de Ética y Buen Gobierno Resolución 0427 del 18/04/2017 El Procedimiento de Urgencias EA-URG-PR-01 V3

EJECUCIÓN

El desarrollo de la auditoría se realiza mediante las siguientes actividades teniendo en cuenta la dinámica respetando la oportunidad en la prestación del servicio:

1. Visitas presenciales a los servicios de Urgencias acorde a cronograma (Tabla 1):



AUDITORIA SERVICIO URGENCIAS		
SEDE	FECHA	TURNO
USS CARMEN - MATERNO INFANTIL	20/06/2018	MAÑANA
	20/06/2018	MAÑANA
USS MEISSEN	13/08/2018	MAÑANA/TARDE
USS SANTA LIBRADA	21/08/2018	MAÑANA/TARDE
USS TUNAL	28/08/2018	MAÑANA
	05/09/2018	TARDE

Tabla 1. Cronograma de Visitas

2. Aplicación de Listas de Chequeo verificando adherencia a Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente
3. Verificación de adherencia a Módulo de Control de Planeación y Gestión, Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, Eje Transversal de Información y Comunicación enmarcado en el Modelo MECI
4. Revisión, inspección y análisis físico de documentación relacionada con: caracterización del proceso hojas de vida, mapa de riesgos, bases de datos, seguimiento a indicadores y, Plan Operativo Anual.
5. Consolidación y Análisis de la información
6. Elaboración del Informe de Auditoría

HALLAZGOS

En el desarrollo de la Auditoría al subproceso de Urgencias de las USS ya mencionadas, se aplicó un total de 28 encuestas a los colaboradores; con el fin de verificar aspectos relacionados con la Estructura del Modelo Estándar de Control Interno 2016. MECI.

MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTION

Hallazgo 1: El conocimiento de los componentes básicos de la Plataforma Estratégica por el Servicio de Urgencias de las USS Santa Librada y Carmen Materno Infantil es del 53%, que corresponde a 28 colaboradores de un total de 45. *"Desconocimiento de la plataforma estratégica Institucional"*

Hallazgo 2: La apropiación del Código de Ética y Buen Gobierno y del Modelo de Operación por Procesos es identificado por 5 colaboradores del total de los que laboran en el Servicio de Urgencias de la USS Santa Librada y Carmen Materno Infantil, indicando un peso porcentual del 11%. *"Desconocimiento, baja adherencia y apropiación del Código"*.

Hallazgo 3: Los riesgos definidos para el Servicio de Urgencias son identificados por el 49% de los colaboradores de las USS Santa Librada y Carmen Materno Infantil, evidenciándose que desconocen la gestión que se realiza para su administración con enfoque transversal a la entidad. *"Desconocimiento mapa de riesgos del proceso, dificultando la aplicación de controles"*

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Hallazgo 4: El 38% de los colaboradores del Servicio de Urgencias afirman tener con alta frecuencia dificultades en el Sistema de Información con especificidad en: correo institucional, aplicativo

Dinámica Gerencial, Módulos de Digiturno y acceso a internet para Verificación de Derechos de Aseguramiento. *“Información no oportuna, que retrasa la atención de usuario y la gestión, trasgrediendo la norma y satisfacción de usuario”*

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

Hallazgo 5: El Procedimiento de Urgencias EA-URG-PR-01 V3, como documento rector, define en su objetivo: *“Garantizar al usuario el acceso a la prestación de servicios de salud de urgencias cumpliendo con los criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de manera que se establezca al paciente en sus signos vitales, se realice un diagnóstico de impresión y se defina el destino inmediato”*, encontrando una apropiación del 52% de un total de 276 criterios verificados a 12 colaboradores del Servicio de Urgencias de las USS visitadas. *“No apropiación del procedimiento, exponiendo el servicio al riesgo”*

Hallazgo 6: El Indicador de Oportunidad de Triage II, presenta una trazabilidad para el primer trimestre de 2018 con 1,55 minutos de desviación, comparado con el estándar de la norma; correspondiendo frente a la adherencia al Procedimiento de Triage EA-URG-PR-04 V3, un porcentaje del 92% por el no registro de antecedentes y peso del paciente. Para el usuario c.c. n° 1025559839 atendido el 15/06/2018 en la USS El Carmen, no se encuentra registro de Triage. (Ver registro fotográfico N° 1) *“trasgresión norma de triage”*.

GESTION DEL TALENTO HUMANO Y CONTRATACION

La verificación física de 19 criterios para el colaborador de contratación por OPS y 34 criterios para colaborador de planta, que laboran en el Servicio de Urgencias con perfiles de médico general, médico especialista, camillero, auxiliar de enfermería y enfermero profesional; de una muestra estadística de 155 Hojas de Vida, con un porcentaje de confianza del 90% arroja los siguientes resultados: (Tabla 2) Ver registro fotográfico N° 2.

USS	N° HOJAS DE VIDA	
	PLANTA	CONTRATO
TUNAL	3	57
MEISSEN	5	49
STA LIBRADA	9	15
CARMEN	2	11
USME	2	0
TOTAL	21	132

Tabla 2. Revisión Hoja de Vida

Hallazgo 7: Los requisitos de documentación que obedecen a formatos pre-establecidos no se diligencian en su completitud, dejando espacios en blanco que incumplen con la validez objeto del mismo. *“Información incompleta, gestión documental inadecuada, trasgresión norma de archivo Ley 594/00”*

Hallazgo 8: El Instructivo Reglamento de Archivo GI-GDO-INS-02 V1 define para el Archivo de Gestión lo siguiente: *“El documento con la fecha más antigua de producción, será el primer*



documento que se encontrará al abrir la carpeta y la fecha más reciente se encontrará al final de la misma. La foliación debe ser a lápiz de mina negra HB o B, en la parte superior derecha; alineando todos los folios en la parte superior e izquierda a tamaño oficio para su respectiva organización (perforación); diligenciando siempre el formato para control de expedientes. "; Instructivo que se incumple en el 100% de las actividades a realizar en las carpetas de Hojas de Vida verificadas. "No cumplimiento norma archivística"

Hallazgo 9: Los folios que reposan en las carpetas de hojas de vida de colaboradores de OPS y de planta, no corresponden a los relacionados en los formatos Lista de Verificación de Requisitos Contratistas código CO-OPS-FT-07 V2 y Lista de Chequeo de Ingreso código GH-ILA-SEL-FT 05 V1; caso específico de carnet de vacunas, Rut, inscripción en RETHUS, propuesta para prestación de servicios, entre otros. "No cumplimiento de la estandarización de los documentos de hoja de vida, hojas de vida incompletas"

Hallazgo10: los documentos definidos por el Proceso de Contratación para Hoja de Vida, relacionados en el formato Lista de Verificación de Requisitos Contratistas código CO-OPS-FT-07 V2 se encuentran en un 56% de las carpetas verificadas, cuyos valores específicos por USS son: Santa Librada 87%, 21% Tunal, 71% Meissen y 46% Carmen Materno Infantil. "No cumplimiento requisito estándar Talento Humano Res. 2003/14"

Hallazgo 11: El soporte de verificación de título para personal contratista de OPS se encuentra en el 7% de las carpetas de Hoja de Vida revisadas, actividad que se realiza desde el mes de Mayo del año 2018. "No cumplimiento requisito estándar Talento Humano Res. 2003/14"

Hallazgo 12: El soporte de verificación de título para personal de Planta se encuentra en el 37% de las carpetas de Hoja de Vida revisadas, para los perfiles de médico general, enfermero profesional y auxiliar de enfermería. "No cumplimiento requisito estándar Talento Humano Res. 2003/14"

ATENCIÓN SEGURA

Acorde con la Resolución 2003 de 28 de Mayo de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, estándar de Procesos Prioritarios: " Los criterios definidos deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación...", "Cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una caja de herramientas...procesos seguros en la detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención..."; se presenta a continuación aspectos analizados en auditoría, hallazgos, fortalezas y recomendaciones pertinentes. (Ver registro fotográfico N°3)

ASPECTOS VERIFICADOS

Hallazgo 13: Se realiza un total de 48 observaciones relacionadas con las estrategias de Bioseguridad y Prevención de IAAS arrojando un 71% de adherencia en los servicios de urgencias de las USS objeto de auditoría. "Incumplimiento Res. 2003/14, buena práctica prevención infecciones, lo que acarrea riesgo en salud pública"

- ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS

Se verifica en el servicio de urgencias de las unidades disponibilidad de insumos y adherencia a la

estrategia.

Hallazgo 14: Baja adherencia de los funcionarios a Estrategia de Higiene de Manos, adicional a la no disponibilidad de insumos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de la USS Tunal y USS Meissen al momento de la visita. *"Incumplimiento norma Res. 2003/14. Riesgo en seguridad del paciente"*

- **ESTRATEGIA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y EQUIPOS BIOMÉDICOS**

Hallazgo 15: Se verifica Apropiación del Protocolo de Limpieza y Desinfección de Áreas, Superficies y Equipos Biomédicos MI-PT 04 V2, con especificidad en capacitación, disponibilidad de insumo y su rotulación, técnica de limpieza rutinaria y terminal, diligenciamiento de planilla MIFT-11 V1 encontrando un 75% con una meta del 90%. *"Incumplimiento norma Res. 2003/14. Riesgo en seguridad del paciente"*

- **ESTRATEGIA DE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS**

Acorde con la Resolución 2003 de 28 de Mayo de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, Criterio Todos los servicios en el numeral 2.3.2.1. estándar de infraestructura: *"La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la Gestión integral de los residuos hospitalarios y similares"*:

Hallazgo 16: Se verifica la Ruta Sanitaria en las USS objeto de auditoría, encontrando que la frecuencia de descancado no tiene capacidad de respuesta a la cantidad de residuos que se generan en los Servicios de Urgencias de la USS Meissen y Tunal. *"Incumplimiento norma Res. 2003/14. Riesgo en seguridad del paciente"*

Hallazgo 17: El documento Plan y/o Programa Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios GA-PIG-PPP-01 V2 hace referencia a los anexos: ... *"la identificación cuantitativa y cualitativa de residuos por unidad y servicio se presentan en los anexos por USS, donde se describen las particularidades de generación por cada unidad, además de la presentación de las rutas sanitarias y su formato adaptado RH1. Dichos anexos corresponden a los ANEXOS 1-45."*; que a la fecha de la auditoría no se encuentran publicados en la intranet. *"No disponibilidad de documentos para consulta en intranet, riesgo en la utilización de formatos no normalizados"*

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN (Ver registro fotográfico N° 4)

La verificación de adherencia a Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, se realiza según lo establecido en los documentos institucionales disponibles en la intranet (Tabla 3. Adherencia a Buenas Prácticas Seguridad del Paciente), presentando los siguientes resultados:

Hallazgo 18: Baja adherencia en el Protocolo de Riesgo de Caídas MI-PT-02 V1 en las unidades objeto de la auditoría, siendo relevante la no valoración de riesgo por turno, su correspondiente registro en la Historia Clínica y colocación de la manilla del color respectivo según clasificación por condición clínica. *"Trasgresión norma de seguridad del paciente. Res. 2003/14"*

Hallazgo 19 Baja adherencia a Protocolo de Usuario Protegido MI-PT-03 V1, observando la no



disponibilidad de bata e insumos para higiene de manos y la falta de educación al usuario y familiar en Normas de Bioseguridad, no encontrándose paciente en las unidades de Santa Librada y el Carmen para su verificación. "Trasgresión norma de seguridad del paciente. Res. 2003/14".

Hallazgo 20: El protocolo de Identificación de Paciente institucional código MI-PT-07 V2, define 7 actividades a realizar para dar cumplimiento a la Buena Práctica, asignando como responsables a los perfiles de Guarda de Seguridad, profesional de la salud con quien tenga contacto el usuario, facturador, y paciente y/o acudiente, quienes lo aplican parcialmente, evidenciándose falta manillas a pesar de haberse realizado requisición, diligenciamiento incompleto, color de manilla no acorde con riesgo clínico, entre otros falencias. "Trasgresión norma de seguridad del paciente. Res. 2003/14".

Hallazgo 21: La adherencia al Protocolo de carro de paro EA-HOSPR15V2, arroja un 50% para la USS el Carmen con falencias como: no disponibilidad de gel, presencia de alimentos, no registro de descargas y un mango de laringoscopio sin funcionamiento. La USS Santa Librada adherencia del 60% por la falta de: papel en el desfibrilador, gel, no registro de descargas. La USS Meissen, con el 75%, con faltante de monitor de signos vitales y succionador. "Trasgresión norma de seguridad del paciente. Res. 2003/14".

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS					
UNIDAD DE ATENCIÓN	RIESGO DE CAÍDA	U. PROTEGIDD	CARRO DE PARO	BIOSEGURIDAD	ID DEL PACIENTE
SANTA LIBRADA	61%	SIN DATO	60%	82%	75%
MEISSEN	42%	20%	75%	71%	54%
TUNAL	67%	12%	92%	86%	70%
CARMEN	36%	SIN DATD	50%	87%	0%

Tabla 3. Adherencia a Buenas Prácticas Seguridad del Paciente

MAPA DE RIESGOS

La verificación de la apropiación del Procedimiento de Urgencias institucional EA-URG-PR-01 V3, documento rector del desempeño del Servicio de Urgencias como lo define en su objetivo, especifica 23 actividades generales a cumplir por cada uno de los perfiles de los colaboradores que laboran en este Servicio, presentándose los siguientes resultados:

Hallazgo 22: Los colaboradores presentan un 43% de apropiación a las actividades definidas en el procedimiento, de un total de 253 observaciones realizadas en el servicio de Urgencias las 4 USS objeto de auditoría. "Desconocimiento de la normas, y baja socialización en inducción"

El Modelo de Atención y Prestación de Servicios Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E define como objetivo de la Sub Red Sur lo siguiente: "lograr un sistema de prestación de servicios basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la atención y rehabilitación, que pueda intervenir los determinantes sociales y que logre la articulación de acciones, la integralidad de la respuesta, y la presencia de recursos necesarios para su abordaje"; verificando en los servicios de urgencias que:

Hallazgo 23: Al egreso del Servicio de Urgencias el paciente y/o acudiente no se direcciona a los Programas de Prevención y Detección Temprana enmarcados en la Rutas Integrales de Atención en



Salud. *“No cumplimiento de protocolo de egreso, Res. 429/16, Conllevando a re ingresos, los cuales son onerosos para la Entidad, por re proceso”.*

Hallazgo 24: El colaborador de la Salud no educa al egreso del Servicio de Urgencias, al paciente y/o acudiente en signos de alarma, recomendaciones, medicación, controles y dudas que tenga. *“No cumplimiento de protocolo de egreso, Res. 429/16 conllevando a re ingresos, los cuales son onerosos para la Entidad, por re proceso”.*

Hallazgo 25: La gestión de las actividades planteadas para mitigar los 4 riesgos identificados para el Subproceso de Urgencias presentan un 20% de gestión, acorde con los soportes de evidencias entregados y los resultados presentados en comité para el caso del Programa de Seguridad del Paciente. *“Incumplimiento política MIPG, Gestion del Riesgo, conllevando a su posible materialización”*

MAPA DE RIESGOS

La verificación de la apropiación del Procedimiento de Urgencias institucional EA-URG-PR-01 V3, documento rector del desempeño del Servicio de Urgencias como lo define en su objetivo, especifica 23 actividades generales a cumplir por cada uno de los perfiles de los colaboradores que laboran en este Servicio, presentándose los siguientes resultados:

Hallazgo 22: Los colaboradores presentan un 43% de apropiación a las actividades definidas en el procedimiento, de un total de 253 observaciones realizadas en el servicio de Urgencias las 4 USS objeto de auditoría. *“Desconocimiento de la normas, y baja socialización en inducción”*

El Modelo de Atención y Prestación de Servicios Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E define como objetivo de la Sub Red Sur lo siguiente: *“lograr un sistema de prestación de servicios basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la atención y rehabilitación, que pueda intervenir los determinantes sociales y que logre la articulación de acciones, la integralidad de la respuesta, y la presencia de recursos necesarios para su abordaje”;* verificando en los servicios de urgencias que:

Hallazgo 23: Al egreso del Servicio de Urgencias el paciente y/o acudiente no se direcciona a los Programas de Prevención y Detección Temprana enmarcados en la Rutas Integrales de Atención en Salud. *“No cumplimiento de protocolo de egreso, Res. 429/16, Conllevando a re ingresos, los cuales son onerosos para la Entidad, por re proceso”.*

Hallazgo 24: El colaborador de la Salud no educa al egreso del Servicio de Urgencias, al paciente y/o acudiente en signos de alarma, recomendaciones, medicación, controles y dudas que tenga. *“No cumplimiento de protocolo de egreso, Res. 429/16 conllevando a re ingresos, los cuales son onerosos para la Entidad, por re proceso”.*

Hallazgo 25: La gestión de las actividades planteadas para mitigar los 4 riesgos identificados para el Subproceso de Urgencias presentan un 20% de gestión, acorde con los soportes de evidencias entregados y los resultados presentados en comité para el caso del Programa de Seguridad del Paciente. *“Incumplimiento política MIPG, Gestion del Riesgo, conllevando a su posible materialización”*



FORTALEZAS

1. Adherencia a Protocolo de Triage EA – URG-PR -04 V3 para atención gestante priorizando su atención de urgencias al igual que al menor de edad.
2. Indicador de Oportunidad de Triage II presenta durante el primer semestre una trazabilidad que permite evidenciar efectividad en las estrategias implementadas, con especial impacto en los tiempos de atención del servicio de urgencias de la USS Meissen.
3. Compromiso por parte de los coordinadores de urgencias para la implementación del plan de capacitaciones y documentos relacionados con la atención en el servicio de urgencias
4. Se evidencia adherencia en la USS El Tunal en el Protocolo de carro de paro con un porcentaje del 92%

OBSERVACIONES

ATENCIÓN SEGURA

1. El Protocolo Institucional de Consentimiento Informado MI-PR-01 V1, como Buena Práctica de Seguridad del Paciente, define obligatoriedad de su diligenciamiento ante la realización de un procedimiento (Ley 23 de 1981 Art. 15 – 16).
2. La adherencia a los procesos y procedimientos verificados se ve afectada por la inoportunidad en la entrega de insumos médico-quirúrgicos, como es el caso de insumos para Higiene de Manos, manillas de identificación, papel de registro de equipos, entre otros.

GESTION DEL TALENTO HUMANO Y CONTRATACION

3. Adherirse al Procedimiento de Selección y Contratación de OPS CO-OPS-PR- 02 V2 en sus actividades N° 9 Y 10 (Verificación de Título)
4. Vigencia de Documentación que hace parte de la carpeta de Hoja de Vida, presenta vencimiento o proximidad a vencerse.

MAPA DE RIESGOS

5. Para los 4 riesgos formulados en la Matriz de Riesgos para el proceso de Gestión del Cuidado Integral en Urgencias, se plantean 16 actividades, a las cuales de manera independiente se les debe ejecutar, involucrando los colaboradores asistenciales y administrativos que son responsables de su cumplimiento.
6. El riesgo identificado como: "Agresión por parte de los pacientes y/o acompañantes al equipo de salud de urgencias (URGENCIAS)", tiene formuladas tres actividades para su mitigación con enfoque en capacitación, que deben corresponder a la socialización del documento institucional Instructivo de Manejo de Paciente Difícil, DI-HUM-INS-01 V1, para los colaboradores del servicio de urgencias que deban adherirse.

RECOMENDACIONES

1. Definir acciones que den cumplimiento a la Buena Práctica Usuario Protegido, en casos de incumplimiento de requisitos de infraestructura
2. Optimizar el uso del digiturno toda vez que los pacientes se priorizan para su atención acorde con el pre-triage y/o, triage realizado por enfermería, creando falsas expectativas en los tiempos de atención.
3. Crear con apoyo de Sistemas una alerta en la Base de Datos que permita dar cumplimiento a los términos de ley para la vigencia de la documentación que debe reposar en las carpetas de Hoja de Vida, caso de póliza de responsabilidad, certificaciones de capacitación, antecedentes disciplinarios entre otros.
4. Revisar criterios de validez de los documentos que se solicitan para la carpeta de Hoja de Vida tales como: legibilidad, vigencia, cumplimiento al requisito, diligenciamiento completo, nitidez de la copia, entre otros.
5. Articulación entre personal asistencial y de archivo para control de la custodia del Registro de Consentimiento Informado, como documento que debe reposar en la Historia Clínica
6. Optimizar la efectividad de las oportunidades de mejora definidas para el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2017 con los hallazgos del presente informe, evaluando que permitan eliminar la causa-raíz y duplicidad de fallas en la atención que continúan presentándose.
7. En el entendido de que la Mejora Continua es un proceso gradual, es necesario incluir en la inducción específica de los colaboradores del subproceso objeto de auditoría, la revisión del enfoque disponible en la intranet, optimizando así los ajustes a que haya lugar en la documentación.
8. Reformular los riesgos identificados en el Mapa de Procesos, teniendo en cuenta que se redactan como ya materializados y no como las posibles fallas en la atención.
9. Normalizar con apoyo del subproceso de Control Documental los formatos en magnético que se utilizan como Bases de Datos de Información, relacionándolos en el respectivo documento.
10. Realizar la entrega de turno como se expone en el documento EA-HOSP-PT-40
11. Para el cumplimiento del protocolo de riesgo de caída, se debe implementar el uso de antideslizante en los baños de atención de los usuarios
12. El formato de registro de la planilla de limpieza y desinfección diaria y terminal debe ajustarse a las condiciones del servicio, relacionando casillas para ser diligenciadas por los tres turnos, además de las firmas de quién lo realiza y lo verifica por consultorio. El formato debe relacionarse como anexo del Protocolo de Limpieza y Desinfección.
13. Los formatos administrativos y asistenciales físicos y magnéticos verificados para su validez deben ser diligenciados completamente, falencias identificadas en: las planillas de

registro tanto de código blanco, emergencia obstétrica, registro de carro de paro (enmendaduras), hoja de vida entre otros.

14. Las listas de verificación de documentos que deben reposar en las hojas de vida de servidores de planta y/o contrato debe ajustarse y relacionarse al documento rector, cumpliendo con la normatividad vigente
15. La integridad de la Hoja de Vida como unidad documental debe cumplir con el control y conservación de la cantidad de folios, como respaldo técnico y legal de gestión.
16. Crear un Plan de capacitación para todos los perfiles de los servidores que laboran en los tres turnos del Servicio de Urgencias, que de manera acumulativa y gradual permita cubrir la socialización de los documentos que rigen su hacer diario dentro del proceso de atención.
17. Revisar las condiciones de infraestructura en el servicio de pediatría en la USS El Tunal.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Foto N°1. Procedimiento de Triage

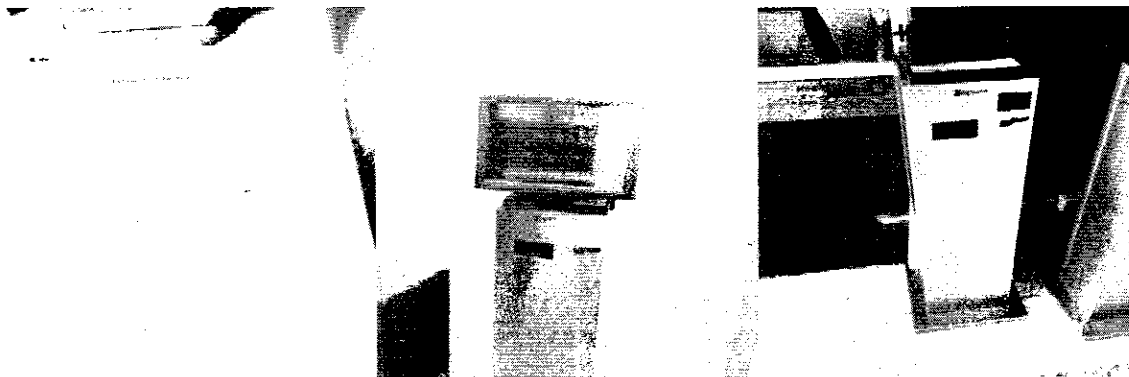
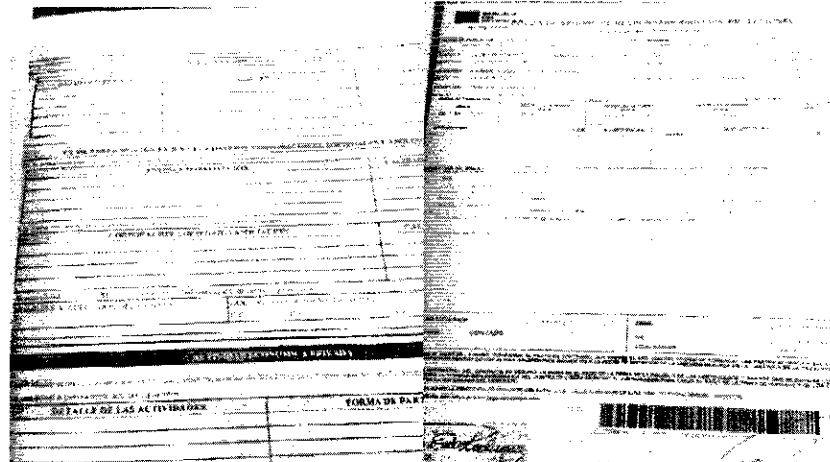
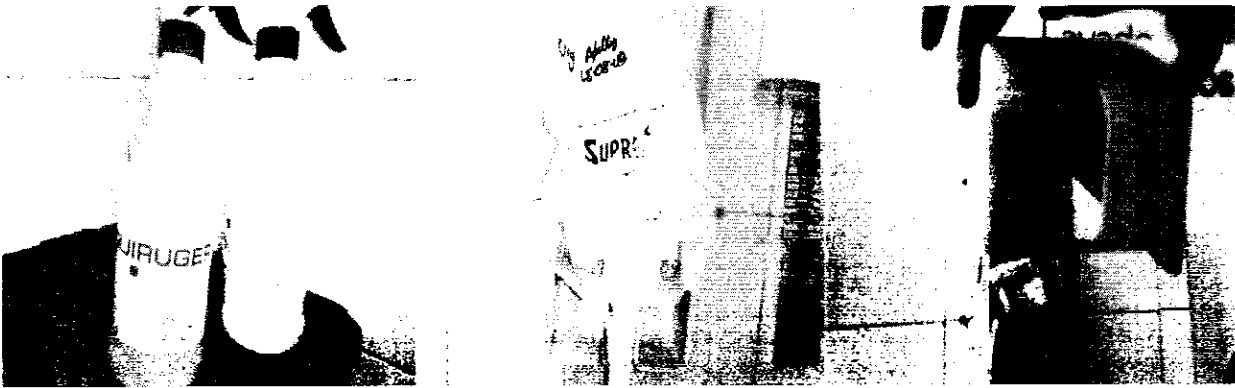


Foto N°2. Gestión del Talento Humano y Contratación. Formatos sin diligenciar



The image shows several overlapping administrative forms. The most prominent one is the 'FORMATO DE LAS ACTIVIDADES' (Activity Format) with a grid structure. Below it, the 'FORMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA' (Form of Public Servant or Contractor) is visible, containing sections for 'TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA' (Total Experience Time), 'FORMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA' (Signature of Public Servant or Contractor), and 'OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRALOR' (Observations of the HR Manager and/or Auditor).

Foto N°3. Atención Segura



Aplicación del Protocolo de Limpieza y Desinfección

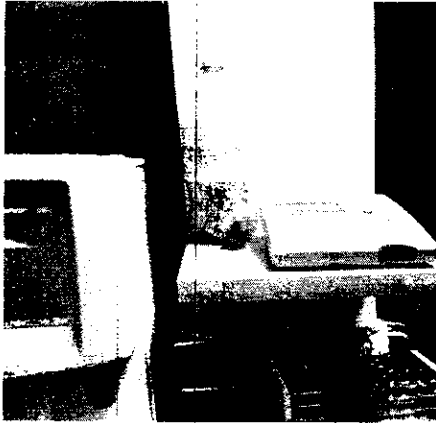


Dispensación de desayunos USS Tunal

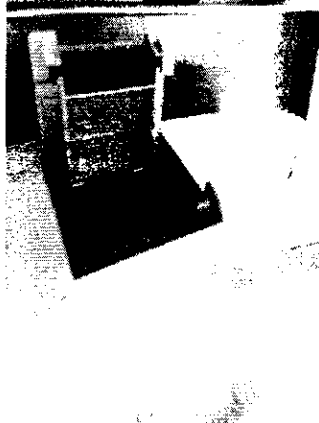
Segregación de Residuos



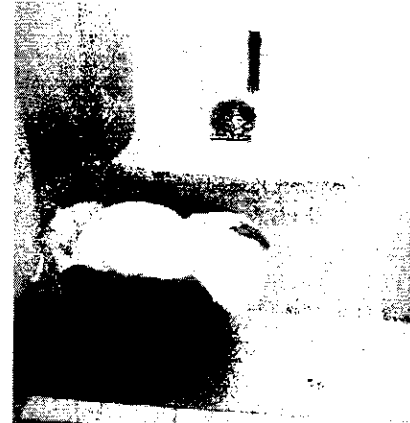
Carro de Paro



USS Santa Librada (Laboratorio Clínico)



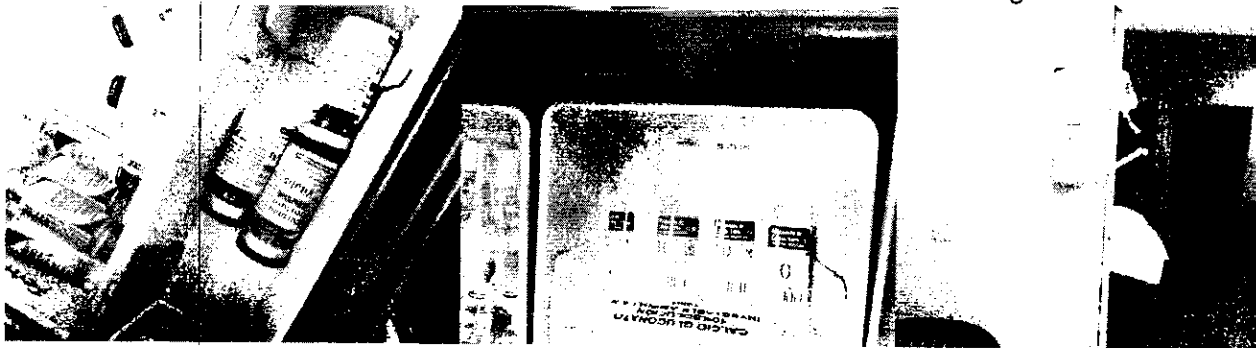
Desfibrilador



Sifón de Poseta tapada baño pediatría Tuna

Foto N°4. Protocolos- Procedimientos

Carro de Paro Reanimación USS Tunal – Buena Práctica Medicamentos Seguros:



Identificación de Paciente



USS El Tunal



USS Meissen



USS Santa Librada



USS Santa Librada (Laboratorio Clínico)

<p><i>Constanza Díaz Peña</i> <i>Bettyanetti Sozz</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>
<p>Firma:</p>	<p>Firma:</p>
<p>AUDITOR LÍDER</p>	<p>JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>
<p>Nombre:</p>	<p>Nombre:</p>