

1100-380-10
CI-097

Bucaramanga, 28 de mayo de 2025

Doctor
HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente

Jefe
DIANA MARÍA LEÓN GARRIDO
Directora Técnica Unidades Hospitalarias HLN-UIMIST

Jefe
MAGNOLIA SALCEDO DURÁN
Líder Proceso Internación
E.S.E ISABU

Asunto: Informe final de auditoría al Proceso Internación.

Cordial Saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditorías para la vigencia 2025, presenta informe final de la auditoria al proceso Internación para su conocimiento y fines pertinentes.

Teniendo en cuenta que se generaron hallazgos, se debe presentar a esta oficina un plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 1-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

AUDITORIA DE PROCESO: INTERNACIÓN

FECHA: 28/05/2025

RESPONSABLES DEL PROCESO: Dra. DIANA MARÍA LEÓN GARRIDO
Directora Técnica Unidades Hospitalarias HLN-UIMIST

Jefe. MAGNOLIA SALCEDO DURÁN
Líder Proceso Internación

ALCANCE: El alcance de la auditoria comprenderá la verificación de la aplicación de los procedimientos del área de Internación tercer piso y lo que se presente en el desarrollo de la auditoría.

OBJETIVOS: Realizar evaluación independiente y objetiva al proceso de Internación, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.

MARCO NORMATIVO:

- Constitución política de Colombia, artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".
- Procesos y Procedimientos del área de Internación

VISITAS Y ENTREVISTAS REALIZADAS:

La oficina de control interno realizó acompañamiento a la oficina de calidad y auditoría en la visita de aplicación de la metodología de "paciente trazador" realizada el día 28 de abril de 2025, la cual fue guiada por el siguiente equipo de profesionales de la oficina de calidad y auditoría:

Astrid Yadira Maldonado Murcia Profesional Especializado PAMEC.

Drini Guarín Cáceres profesional de apoyo oficina de calidad.

Juan Danilo Vanegas Gómez Profesional de apoyo oficina de calidad

Marco Ávila Flórez Auditor médico Oficina de calidad

Danna Valentina Moreno practica electiva de profundización UNAB Calidad-infecciones

Nini Johana Álvarez Líder Seguridad del Paciente.

Kathalina Aguilón Auditor Médico

Elizabeth Arenas Ingeniera Ambiental

Gonzalo Domínguez Auditor Médico oficina de calidad

En la visita realizada de acompañamiento a la oficina de Calidad y Auditoría, en la aplicación de la metodología "paciente trazador" se evaluó los estándares de calidad, de satisfacción y atención oportuna en el área de Internación Hospitalización tercer piso del Hospital Local del Norte.

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 2-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Se realizó visita de entrevista para revisión de procedimientos el día 6 de mayo de 2025 a la jefe líder del Proceso de Internación Hospitalización tercer piso HLN jefe Magnolia Salcedo Durán.

Se realizó visita al área de Atención al ciudadano Hospital Local del Norte el día 6 de mayo de 2025.

Equipo Auditor:

Silvia Juliana Pinzón Cuevas jefe Oficina Control Interno
Vianey González Gamarra profesional de Apoyo Control Interno

ACEPTACION O NO ACEPTACIÓN DEL HALLAZGO:

La oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones, Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2025 y en el marco del MIPG, presenta informe final de auditoría realizado al proceso de Internación.

La presente auditoria se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría e incluyó las evidencias del proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

En el marco de la auditoría se desarrollaron las siguientes actividades:

1. ACOMPAÑAMIENTO A VISITA “PACIENTE TRAZADOR” ÁREA INTERNACIÓN TERCER PISO

La oficina de control interno realizó acompañamiento a la oficina de calidad y auditoría en la visita de aplicación de la metodología “paciente trazador” realizada el día 28 de abril de 2025 al proceso de internación área de Hospitalización tercer piso del Hospital Local del Norte. La visita contó con el equipo de profesionales de la oficina de calidad y auditoría como son: auditores médicos, profesional especializado PAMEC, líder Seguridad del Paciente, ingeniera ambiental, profesional de procesos. La metodología “paciente trazador” permite evaluar el cumplimiento de los requisitos relacionados con la seguridad de paciente, asegurar un servicio con altos estándares de calidad, de satisfacción y de atención oportuna.

Se realizó la verificación con la aplicación del instrumento de “paciente trazador” en una paciente femenina de 61 años y un paciente Masculino de 19 años quienes se encontraban en los servicios de Cirugía y hospitalización del Hospital Local del Norte.

La visita se llevó a cabo de la siguiente manera:

Inicialmente se realizó reunión de apertura de la verificación con la líder del servicio de hospitalización tercer piso, donde se le dio a conocer la realización de la actividad y el instrumento que se utilizó para la verificación de la calidad en los servicios de atención del usuario.

Se explica que se indagará al paciente en temas relacionados con los protocolos establecidos, si el personal informó sobre los derechos y deberes, presentación del equipo profesional, médico y auxiliares que lo atenderán, si recibió información del procedimiento que recibió, revisión del mobiliario hospitalario, condiciones de estadía, explicación

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 3-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

anestésica, revisión de consentimiento informado y en general los aspectos que involucran la correcta prestación del servicio en salud.

Posteriormente, se procedió a desplazarse al servicio de Hospitalización con el fin de seleccionar el Paciente Hospitalizado de acuerdo con los criterios de selección:

- Que haya permanecido entre 3 y 5 días en la institución.
- Que tenga alto riesgo clínico, alto volumen de atención en el servicio.
- Que el usuario sea sometido al menos a un procedimiento que requiera consentimiento informado.
- Que el usuario sea sometido al menos a un procedimiento que requiera consentimiento informado atendido en por lo menos 3 servicios de la institución.
- Que el usuario se encuentre próximo a su egreso y en aceptables condiciones para atender la entrevista.

Se dio inicio de la aplicación de la lista de chequeo del “Paciente Trazador” con el equipo de Calidad en el área de Hospitalización – tercer piso, que es donde se encuentran los usuarios seleccionados realizando:

- Auditoria de la Historia clínica.
- Entrevista al Personal Asistencial: Se explica el proceso y se inicia verificación con Lista de Chequeo Paciente Trazador.
- Visitas a Servicios de Apoyo.
- Evaluación del Entorno del Paciente.
- Entrevista al Paciente y familiares.

Igualmente, en la visita se verificó la documentación de los procedimientos del área y la gestión ambiental.

Se inicia la entrevista con el paciente identificado, se presenta al equipo que realiza la visita y se informa al paciente que se está llevando a cabo una visita denominada seguridad del paciente con el fin de conocer el estado del paciente y las condiciones en la prestación del servicio recibido.

1.1 ESTÁNDARES EVALUADOS:

Se realizó evaluación de los cumplimientos de cada estándar conforme a la herramienta “Paciente Trazador” identificándose:

- SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Errores en el número de identificación (cédula) y en el tipo de sangre en la hoja de identificación del paciente.
- La identificación del riesgo en la cabecera de cama no concuerda con la manilla puesta al paciente.
- La institución no cuenta con un sistema de llamadas (timbres). La paciente comenta que le indicaron que, si necesitaba algo, debía salir y solicitar ayuda.
- No se evidencia en los baños barandas de seguridad, ni cintas antideslizantes para la prevención de riesgo de caída.
- La usuaria manifiesta no saber porque tiene una manilla ni sabe que significa el color, por lo tanto, no se evidencia educación al paciente en este tema.
- El personal de enfermería conoce la política y el programa de seguridad del paciente.

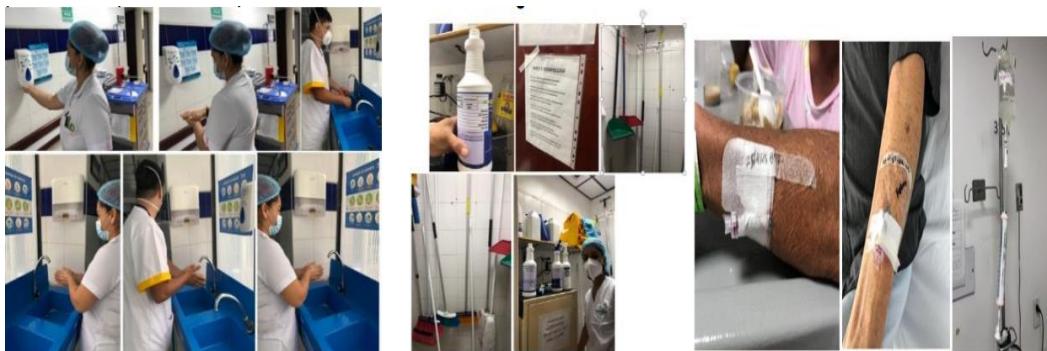
	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 4-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- La auxiliar de enfermería está familiarizada con los mecanismos de notificación y reporte, y cómo utilizarlos en PANACEA, así como el procedimiento correcto para realizarlos; conoce las principales causas de los eventos adversos en el servicio, señalando que los riesgos más comunes son las infecciones y las caídas.
- En las tarjetas de medicamentos de la historia clínica se evidencia la correcta administración de estos.
- El consentimiento informado estaba diligenciado y firmado correctamente.
- La usuaria manifiesta que el personal la llama por su nombre.
- El paciente indica que fue informado sobre el procedimiento quirúrgico a realizar y las posibles complicaciones al momento de firmar el consentimiento informado.
- Cuando se le preguntó si le verifican el nombre, apellido y posibles alergias al administrar los medicamentos, responde afirmativamente.

Las anteriores verificaciones cuentan con registro fotográfico que hacen parte de los papeles de trabajo en el desarrollo de la auditoría, se encuentran bajo custodia de la oficina de control interno por protección de datos personales de los pacientes.

- PROGRAMA DE INFECCIONES

- Se evidenció que la capacidad del personal de servicios generales es insuficiente para cubrir la carga de trabajo en el área de hospitalización.
- Se observó que no diligencian los rótulos de los insumos que están utilizando.
- En cuanto al proceso de limpieza y desinfección, no utilizan los elementos de protección personal adecuados.
- Se observó que los accesos venosos no mostraban signos de flebitis, pero no contaban con identificación del profesional que realizó el procedimiento ni con la hora registrada.
- Se evaluó la técnica de lavado de manos a tres profesionales de la salud, quienes demostraron cumplir con la técnica correcta.
- El personal de salud presenta una excelente presentación personal.
- El paciente manifiesta que no ha observado al personal, pero el familiar manifiesta que, el personal de salud se higieniza las manos antes y después de salir de las habitaciones con los dispensadores disponibles en los pasillos, razón por la cual los pacientes no logran observarlos sin embargo, se evidencian deficiencias en la educación brindada a los pacientes por parte del personal de enfermería durante la hospitalización específicamente en temas de higiene de manos y cuidado del acceso venoso periférico.



Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 5-2

VERSION: 4

REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- **REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

- Pacientes al momento de la entrevista manifiestan no tener claro su patología manejo y pronóstico.
- No se indaga sobre el contexto sociocultural del paciente ni psicológico, no se evidencia en historia clínica.
- No se identifican riesgos en la historia clínica.
- Recomendaciones médicas y signos de alarma e incompletas.
- Calidad de historia clínica incompleta, se recomienda mejorar anamnesis y análisis, ampliar examen físico.
- Profesionales Médicos no saben o desconocen donde consultar las guías de práctica clínica.

- **GESTIÓN AMBIENTAL**

- Inadecuada segregación de residuos peligrosos en recipiente rojo.
- Se observa reenfunde en guardián.
- Se observa un guardián exclusivo para lanceta y tirillas de glucometría.
- Se observa guardián debidamente rotulado
- Se observa en carro de preparación de medicamentos bolsa transparente donde se recolectan los guantes.
- Se observa viales en bolsa negra.
- Se evidencia sifón sin rejilla en el cuarto de aseo.
- Se evidencia recipientes de envasado de insumos por parte de servicios generales sin rotular.
- Se evidencia sangre en el piso de la habitación 305, usuario refiere que fue en la noche anterior.
- Se observa carro de aseo sin insumos , se indaga con el personal de piso quienes informan que el personal de servicios generales no se ha presentado siendo las 8:05 am.

	Inadecuada segregación de residuos peligrosos en recipiente rojo.
	Se observa reenfunde en guardián
	Se observa un guardián exclusivo para lanceta y tirillas de glucometría
	Se observa guardián debidamente rotulado
	Se observa en carro de preparación de medicamentos bolsa transparente donde se recolectan los guantes
	Se observa viales en bolsa negra

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 6-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno



Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte

- PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

- Al momento de indagar a los usuarios refiere que la atención ha sido muy buena, excelentes profesionales. Desconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios.
- Con relación al personal asistencial se evidencia trato humanizado, al indagar desconoce la política y las estrategias, recalando que en el grupo de primario del mes de enero se realizó intervención de socialización.

- RUTA DE ODONTOLOGÍA

Verificados en plataforma PANACEA:

- La paciente de 61 años se observa que no ha asistido a consulta odontológica por la ruta integral de atención en salud según su curso de vida debido según refiere el paciente a desconocimiento del curso de vida al que pertenece y que según ella es edéntula total y no lo ve necesario.
- El paciente de 19 años refiere que no ha asistido a consulta odontológica porque desconoce la ruta integral de atención en salud, desconoce el curso de vida al que pertenece y no le han explicado la importancia de asistir. No ha recibido demanda inducida por ningún medio refiere el paciente.

- GESTIÓN DOCUMENTAL

- Se evidenció en el área evaluada el uso de documentos que no cuentan con el código asignado por la Oficina de Calidad, así como formatos con el antiguo logotipo institucional y versiones que no corresponden a la vigente según el sistema de gestión documental, lo cual representa un incumplimiento a los lineamientos establecidos por la entidad.
- se evidencia algunos de los documentos encontrados con versión anterior y sin rotulación, se acordó con la jefe del área empezar a descargar cada uno de ellos desde el drive institucional que cuentan con su última actualización y aprobación y socializar con el personal ya que es fundamental que todos los documentos usados por el personal Estén aprobados y estandarizados con los lineamientos institucionales.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 7-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

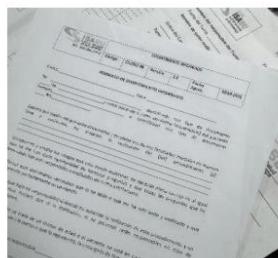


Rótulo con versión y logo anterior a la última versión aprobada por calidad

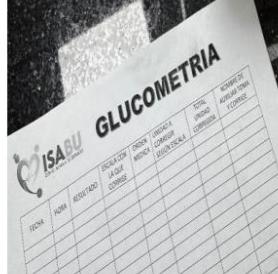


Formato de rótulo de líquidos con logo y versión a la anterior manejada por calidad

Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte



Disentimiento informado del año 2019 con encabezado que no corresponde al actual.



Documento de glucometría sin versión, fecha, código el cual es muy diferente aprobado por la oficina de calidad.

Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte

- PAMEC

- Se indaga al personal si conocen el Plan de mejoramiento de PAMEC para el servicio de internación a lo cual responden no conocerlo, por lo tanto, falta despliegue del PAMEC con el personal del servicio.

EVALUACIÓN POR PARTE DE LA OFICINA DE CALIDAD DE “PACIENTE TRAZADOR”

De acuerdo con las observaciones anteriores aplicados en la herramienta “paciente trazador”, en los estándares verificados se tienen los siguientes resultados:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 8-2
	VERSION: 4	REISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

ESTÁNDAR	A QUIEN SE LE APlico LA ENTREVISTA	CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL			CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL			TOTAL			CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR	
		Completado Total Activo	Completado parcial	No cumplimiento	Completado Total Activo	Completado parcial	No cumplimiento	Completado Total Activo	Completado parcial	No cumplimiento		
DERECHOS DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	1	0	2	0	1	0	2	0	4	0	37
	Colaborador, revisión de HC y observación	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	55
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	6	0	3	6	9	0	3	3	15	0	71
	Colaborador, revisión de HC y observación	12	1	3	7	14	1	1	5	26	2	40
ACCESO, REGISTRO E INGRESO Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	Paciente y/o familia	2	0	4	1	3	0	4	0	5	0	38
	Colaborador, revisión de HC y observación	4	1	7	1	4	0	8	1	8	1	33
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Paciente y/o familia	5	0	1	1	6	0	1	0	11	0	20
	Colaborador, revisión de HC y observación	15	3	3	2	15	2	3	3	11	5	60
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Paciente y/o familia	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
	Colaborador, revisión de HC y observación	5	1	0	1	5	1	0	1	10	2	0
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	Paciente y/o familia	3	0	1	0	3	0	1	0	6	0	20
	Colaborador, revisión de HC y observación	10	1	1	0	0	1	1	0	6	1	67
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Paciente y/o familia	2	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0
	Colaborador, revisión de HC y observación	4	0	0	0	3	1	0	0	4	1	0
GESTIÓN AMBIENTAL	Paciente y/o familia	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	50
	Colaborador, revisión de HC y observación	0	0	2	0	1	0	1	0	3	0	25
TOTAL		62	7	30	19	69	6	28	13	115	13	58
	CUMPLIMIENTO POR PACIENTE	62	0	69	67	67	0	115	13	58	0	

Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte

Al verificar el cumplimiento se obtuvo un puntaje del 62% con una evaluación de **No Cumplimiento**

En cuanto al análisis de los resultados se evidencia que de acuerdo con los estándares verificados se tienen los siguientes rangos de cumplimiento:

DERECHOS DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	33
	Colaborador, revisión de HC y observación	100
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	71
	Colaborador, revisión de HC y observación	81
ACCESO, REGISTRO E INGRESO Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	Paciente y/o familia	38
	Colaborador, revisión de HC y observación	33
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Paciente y/o familia	85
	Colaborador, revisión de HC y observación	50
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Paciente y/o familia	0
	Colaborador, revisión de HC y observación	83
EVALUACION DE LA ATENCION	Paciente y/o familia	75
	Colaborador, revisión de HC y observación	60
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Paciente y/o familia	100
	Colaborador, revisión de HC y observación	80
GESTION AMBIENTAL	Paciente y/o familia	50
	Colaborador, revisión de HC y observación	25

Fuente: Informe de Evaluación metodología de paciente trazador en el Hospital Local del Norte

CONCLUSIÓN DE LA VISITA DE PACIENTE TRAZADOR

Durante la visita de paciente trazador, en la aplicación de las listas de chequeo relacionadas con seguridad del paciente, derechos del paciente, acceso, registro e ingreso y evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, salida y seguimiento y gestión ambiental, se evidenciaron debilidades que afectan el desarrollo del proceso de internación, por lo cual determina esta oficina que se debe elaborar un plan de mejora con el fin de subsanar las debilidades identificadas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 9-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

2. REVISIÓN Y ANÁLISIS PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

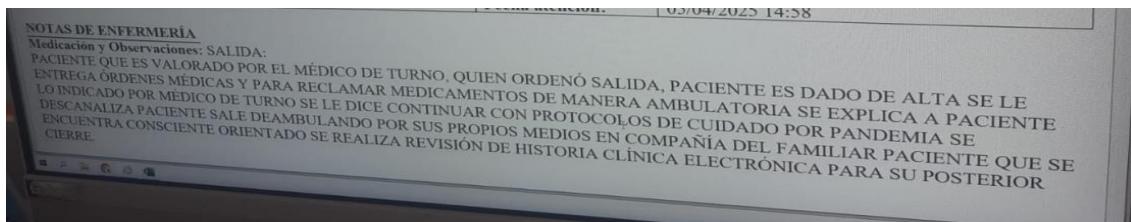
Se realizó solicitud a la oficina de calidad de los procedimientos y protocolos del área de Internación, tomando una muestra aleatoria para verificación del cumplimiento de las actividades establecidas.

En visita realizada a la jefe Líder del proceso de Internación tercer piso del Hospital Local del Norte se verificó el siguiente procedimiento:

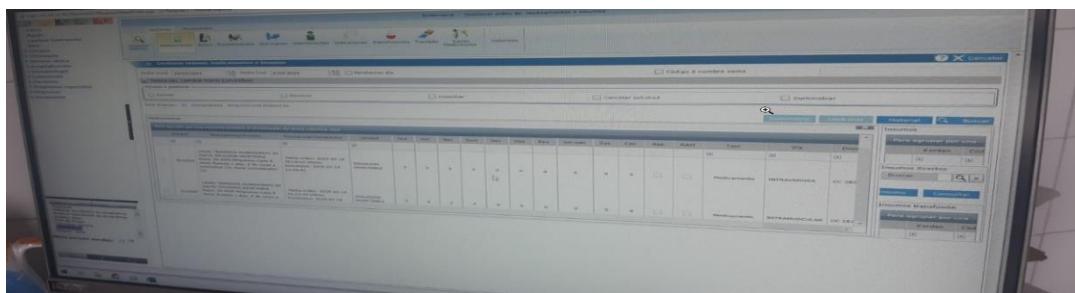
- **Procedimiento para el Egreso del Servicio de Urgencias, Hospitalización, Sala de Partos y Cirugía**

Verificación control interno: La verificación del procedimiento para el Egreso del Servicio de Urgencias, hospitalización, Sala de Partos y Cirugía, se llevó a cabo en el área de Internación tercer piso del HLN, para ello se realizó solicitud aleatoria a la jefe líder del proceso de una historia clínica del Software Panacea; evidenciándose cumplimiento en el procedimiento:

- Organización de la Historia clínica en el cual se realizan cierre de notas de enfermería y notas médicas.
- Registro de devolución de medicamentos para este caso todo se suministró y se cargó en el software PANACEA, la historia clínica analizada no requirió devolución de medicamentos.
- En la historia clínica se deja el registro del seguimiento que requiere el usuario (notas de enfermería y notas médicas).
- Cierre de la atención registrado todo el proceso en la historia clínica.
- Se brinda educación al usuario y al acompañante el tratamiento a seguir al egreso, este se realiza a través de folleto denominado "folleto de egreso" del cual ya se cuenta con una nueva cartilla de información y educación al usuario.
- Encuesta de satisfacción, para ello se encuentra un buzón en el área de sala de enfermería.



Notas de enfermería



Registro de medicamentos software panacea

 <p>ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</p>	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 10-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno



Registro datos del acompañante

EJERCITA TU MENTE

Número: _____
NP Identificación: _____
L.P.S.: _____
ISABU

Sopa de Letras
Encuentre palabras relacionadas a la información dada

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104

Mucha suerte! Esperamos que sea divertido, si tiene más preguntas, no dude en llamar al 010 7000 3554.

Ahora escríbete en las siguientes palabras de qué rigores te asombras:

ISABU

ATENCIÓN AL USUARIO

Somos una empresa social del Estado de orden municipal, organizada estratégicamente en red, que presta servicios de primer y segundo nivel, con especialización en salud, educación, cultura, deporte, desarrollo económico, vivienda y preventivos, y modernidad segura, promoviendo el autocuidado y hábitos de vida saludables, con talento humano calificado y comprometido, trato humano, ética, profesionalismo, responsabilidad, innovación, eficiencia, calidad competitiva, amigable con el medio ambiente, para la población del municipio de Bucaramanga en su entorno urbano y rural.

Llame al teléfono 3-17-68-3554 Oficina SEDALISABU ubicada en el Torre plaza HUINIC. Horario Lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. Exclusas festivos y ferias cada Sede de la Red de Centros de Salud ISABU y a los 60 unidades hospitalarias. Consulte al 010 7000 3554.

Página Web: isabu.gov.co/centros-de-salud/ **ISABU**

Cómo acceder a los servicios de salud

Serón Usuario, usted puede acceder a los servicios de salud del ISABU, a través de Urgencias, Consulta Externa y de Atención Diagnóstica, de acuerdo a los tipos de atención que requiera. Para ello, debe dirigirse a la Unidad de Atención Ambulatoria y Hospitalaria de la E.S.E. ISABU, se ha establecido un procedimiento para la atención de urgencias de la siguiente forma, se cuenta con 22 Centros de Salud y dos unidades hospitalarias a su servicio.

Red de Centros de Salud ISABU

SEDEs NORTE	SEDEs SUR
1. SEDE CHAPARRAL	11. SEDE CONDOR
2. SEDE CARMELITAS	12. SEDE COLOMBIA
3. SEDE LA RIBERA	13. SEDE CERRO
4. SEDE MONICO	14. SEDE MOLINOS
5. SEDE ARE	15. SEDE JESÚS MARÍA
6. SEDE GUACARIBO	16. SEDE CARDOÑO
7. SEDE SAN JOAQUÍN	17. SEDE PASTO
8. SEDE SAN JUAN	18. SEDE RECARMA
9. SEDE SAN JUAN	19. SEDE PAZ
10. SEDE CRISTAL	20. SEDE CERRO
11. SEDE CRISTAL	21. SEDE CERRO ALTO

Derechos de los usuarios

1. Derecho a la información
2. Derecho a la consulta
3. Derecho a la atención
4. Derecho a la privacidad
5. Derecho a la intimidad
6. Derecho a la dignidad
7. Derecho a la seguridad
8. Derecho a la calidad
9. Derecho a la satisfacción
10. Derecho a la resolución

Para más información sobre los derechos de los usuarios, visite la página web: isabu.gov.co/centros-de-salud/

ISABU

cartilla de información y educación al usuario



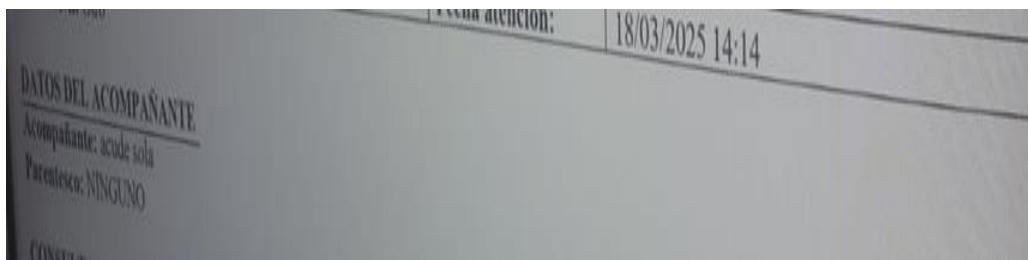
buzón de sugerencias hospitalización 3er piso

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 11-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

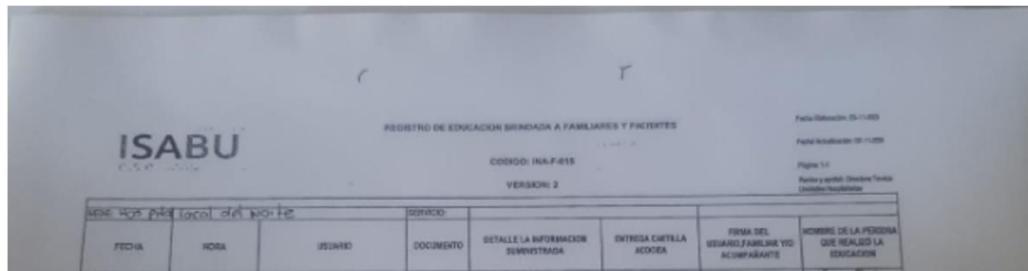
- **Protocolo información a pacientes y familiares y/o acompañantes**

Verificación control interno: De la verificación del protocolo “información a pacientes y familiares y/o acompañantes”, pudo evidenciar esta oficina:

- Registro en la historia clínica de familiares y/o acompañantes, esta actividad es registrada por el médico en la historia clínica que se encuentra en el software Panacea, en algunos casos acude solo.
- Diligenciamiento del formato INA-F015 REGISTRO DE EDUCACION BRINDADA A FAMILIARES Y PACIENTES.



Registro datos del acompañante



Formato INA-F015 REGISTRO DE EDUCACION BRINDADA A FAMILIARES Y PACIENTES.

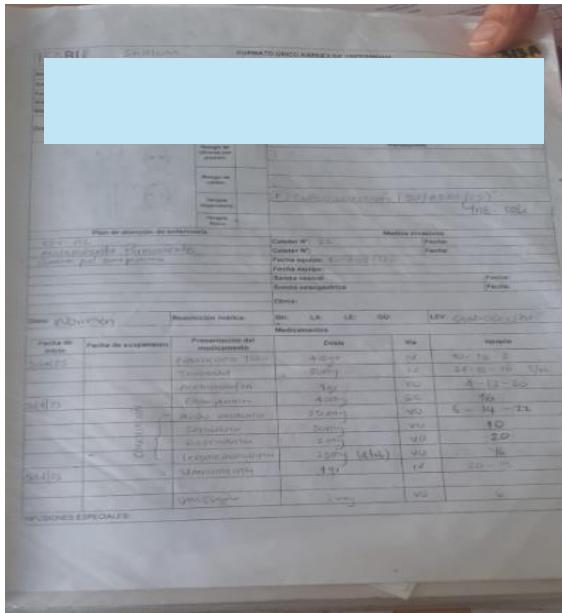
- De la información que debe ser brindada al paciente por el personal de enfermería, la jefe informa que los documentos que el familiar debe firmar como consentimientos informados, disentimientos u otros documentos pertinentes no quedan en el servicio, estos documentos se entregan en cajas mensualmente al archivo central, ya que el software PANACEA no tiene la capacidad para anexar estos documentos a la historia del paciente.

- **Protocolo de entrega de turno de enfermería**

Verificación control interno: De la verificación del protocolo “entrega de turno de enfermería”, pudo evidenciar esta oficina:

- Se diligencia el plan de cuidado en el formato denominado Kardex, en el cual los profesionales de enfermería diligencian el plan de cuidados de enfermería con los datos más importantes del paciente y su tratamiento.
- Se realiza la revisión y diligenciamiento de la planilla del carro de paro.
- Se evidencia Cronograma de Turnos.
- Entregas de turnos se desarrolla en el formato de Kardex.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACION: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACION: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 12-2
	VERSION: 4	REISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno



Formato Kardex de enfermería

Nº	Artículo	ANO	VERIFICACION DIARIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CARRO DE PARO																															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	Medicamentos																																	
2	Medicamentos																																	
3	Medicamentos																																	
4	Medicamentos																																	
5	Medicamentos																																	
6	Medicamentos																																	
7	Medicamentos																																	
8	Medicamentos																																	
9	Medicamentos																																	
10	Medicamentos																																	
11	Medicamentos																																	
12	Medicamentos																																	
13	Medicamentos																																	
14	Medicamentos																																	
15	Medicamentos																																	
16	Medicamentos																																	
17	Medicamentos																																	
18	Medicamentos																																	
19	Medicamentos																																	
20	Medicamentos																																	
21	Medicamentos																																	

Verificación carro de paro

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 13-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

CUADRO DE TURNOS JEFES DE ENFERMERIA MAYO 2025 MEDICINA INTERNA HLN																																
ISABU	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	TOTAL							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	HORAS
ERICK VILLAMIZAN	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	180	
EMILY GUTIERREZ	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	180	
LIVIET RAMOS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	184	
ALEJANDRA PERA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	180	
BORTESALUD																																
ANDREA HERRERA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	204	
PAOLA CORREDOR	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	204	
HELYN TORRES	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	204	
LAUREN FRANCO	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	204	
ROBERTA MOLINA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	10	11	12	13	14	15	16	17	204	
CONVERGENCIA																																
CONVERGENCIA DE ALTA A. MA-INTERNA A. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B.																																
CONVERGENCIA DE ALTA A. MA-INTERNA A. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B.																																
CONVERGENCIA DE ALTA A. MA-INTERNA A. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B.																																
CONVERGENCIA DE ALTA A. MA-INTERNA A. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B. MA-INTERNA ALTA B.																																

Cronograma de turnos de enfermería

3. VISITA OFICINA SIAU HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

En desarrollo de la auditoria se realizó visita a la oficina del SIAU con el fin de verificar si los pacientes cuando egresan en el 3er piso de hospitalización diligencian el formato de encuesta de satisfacción, debido a que esta actividad se encuentra relacionada en el procedimiento para el egreso del servicio de Hospitalización.

Verificación Control interno: Se evidenció que la oficina del SIAU realiza apertura de buzones diligenciando el formato establecido denominado “Planilla apertura de buzones”.

En lo que compete al 3er piso área de Hospitalización de acuerdo con la información aportada se registraron en el mes de abril diligenciamiento de tres (3) formatos por queja; sin embargo, se observó que en la mayoría del mes no se registran encuestas por parte de los usuarios, como se muestra a continuación:

Fecha	No. PQRS PISO 3 HOSPITALIZACIÓN
31/03/2025	0
01/04/2025	0
02/04/2025	0
03/04/2025	0
04/04/2025	1 queja
07/04/2025	1 queja
08/04/2025	0
09/04/2025	0
10/04/2025	0
11/04/2025	0
14/04/2025	1 queja

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 14-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Fecha	No. PQRS PISO 3 HOSPITALIZACIÓN
21/04/2025	0
22/04/2025	0
24/04/2025	0
06/05/2025	0

Recomendación de la oficina de control interno: Una vez verificado por el área el “procedimiento para el egreso del servicio de urgencias, hospitalización, sala de partos y cirugía” se recomienda por parte de esta oficina revisar la actividad “encuesta de satisfacción” identificando la viabilidad de la ejecución de esta en cabeza de las enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios.

✓ GESTIÓN DE RIESGOS

El proceso Internación cuenta con la priorización de los siguientes riesgos:

RIESGO OPERACIONAL:

RIESGO 40: “Posibilidad de afectación por pérdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el médico en el sistema panacea, generando demora en las salidas de los pacientes”.

RIESGO DE CORRUPCIÓN:

RIESGO 3 SICOF: Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en los carros de paro del tercer y cuarto piso en el servicio de internación por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos.

Producto de los seguimientos trimestrales realizados por la oficina de control interno a la aplicación de controles de los riesgos priorizados en el mapa de riesgos operacional y de corrupción, se puede evidenciar que el área de Internación ejecutó de manera correcta y satisfactoria los controles establecidos minimizando la materialización del riesgo.

PROCESO INTERNACIÓN				
CUADRO DE PRESUNTOS HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO				
Nº	DESCRIPCIÓN	PH	OM	RG/RC
1	Se detectaron errores en el número de identificación (cédula) y en el tipo de sangre en la hoja de identificación del paciente, así mismo la identificación del riesgo en la cabecera de cama no concuerda con la manilla puesta al paciente.	X		
2	La usuaria manifiesta no saber porque tiene una manilla ni sabe que significa el color, por lo tanto no se evidencia educación al paciente en este tema.	X		
3	Es recomendable colocar las manillas de identificación del riesgo de hemorragia al momento en que el paciente ingresa desde el servicio de cirugía a hospitalización, incluso si aún no se ha realizado en el otro servicio. Así como también se realice el cambio cuando esta sea visiblemente deteriorada	X		

ISABU e.s.ei INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 15-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

PROCESO INTERNACIÓN					
CUADRO DE PRESUNTOS HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO					
Nº	DESCRIPCIÓN	PH	OM	RG/RC	
4	No se evidencia en los baños barandas de seguridad, ni cintas antideslizantes para la prevención de riesgo de caída.	X			
5	Se evidenció que la capacidad del personal de servicios generales es insuficiente para cubrir la carga de trabajo en el área de hospitalización.	X			
6	Se evidencia recipientes de envasado de insumos por parte de servicios generales sin rotular que están utilizando. En cuanto al proceso de limpieza y desinfección, no utilizan los elementos de protección personal adecuados.	X			
7	No se evidencia educación al paciente y a sus familiares sobre derechos y deberes, su patología manejo y pronóstico, la importancia de la higiene de manos y del cuidado de los accesos venosos periféricos durante cada turno.	X			
8	En registro de historia clínica: No se indaga sobre el contexto sociocultural del paciente ni psicológico, no se evidencia en historia clínica. No se identifican riesgos, recomendaciones médicas y signos de alarma e incompletas.	X			
9	Con relación a convenio docente servicio desconoce las guías de prácticas clínicas para su consulta y aplicación en el proceso de atención.	X			
10	Se identificaron irregularidades en el uso de documentos en el área evaluada, formatos desactualizados, sin codificación oficial ni el logotipo institucional vigente. Esto evidencia un incumplimiento de los lineamientos del sistema de gestión documental y puede afectar la calidad y trazabilidad de los procesos.	X			
11	Al momento de dar indicaciones de egreso, adicionar indicaciones específicas de acuerdo con las patologías del usuario, enfocadas al autocuidado, demanda Inducida para los programas de Programas de Promoción y Mantenimiento de la salud.	X			
12	Diligenciar las escalas de riesgo de caída en las historias clínicas de los pacientes para una mejor evaluación y prevención.	X			
13	Inadecuada segregación de residuos peligrosos en recipiente rojo.	X			
14	Se observa reenfunde en guardián	X			
15	Se observa en carro de preparación de medicamentos bolsa transparente donde se recolectan los guantes	X			
16	Se evidencia sifón sin rejilla en el cuarto de aseo.	X			
17	Se evidencia sangre en el piso de la habitación 305, usuario refiere que fue en la noche anterior.	X			
18	Al indagar desconoce la política y las estrategias el personal del servicio de hospitalización.	X			
19	En el servicio de internación a lo cual responden no conocerlo, por lo tanto falta despliegue del PAMEC con el personal del servicio.	X			

PH: PRESUNTO HALLAZGO

OM: OPORTUNIDAD DE MEJORA

RG/RC: RIESGO DE GESTIÓN/RIESGO DE CORRUPCIÓN

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 16-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

FORTALEZAS

Es importante destacar el compromiso del líder del proceso mejorando continuamente en las actividades que le competen al servicio de hospitalización del tercer piso, lo que permite ofrecer atención con calidad y humanización generando satisfacción al usuario.

REUNIÓN DE CIERRE

El día 28 de mayo de 2025 se llevó a cabo la reunión de cierre de la auditoría al Proceso de Internación, la jefe de Control Interno presentó los resultados obtenidos, destacando que la Oficina de Control Interno no cuenta con un profesional de apoyo con experiencia ni conocimientos a nivel de la parte asistencial; por esta razón, para evaluar el proceso nos apoyamos en el acompañamiento a la Oficina de Calidad y Auditoría en la visita de aplicación de la metodología del “paciente trazador” al área de internación del tercer piso del Hospital Local del Norte; esta actividad es una herramienta que se aplica para verificar la prestación del servicio.

Por parte de la Oficina de Calidad y Auditoría, interviene la Dra. Astrid Maldonado, con el fin de poner en contexto a la jefe Diana María León directora del HLN, que recientemente ocupa el cargo, del desarrollo de la visita; informando que paciente trazador inicio en el 2024 y la metodología consiste en la revisión de un paciente al azar para la revisión del procedimiento desde su ingreso, estadía y su egreso, de ahí se pudo evidenciar las posibles falencias que se presenten.

Para el caso se tomó un paciente que tuviera un promedio de 5 días hospitalizado y que haya tenido atención por lo menos de 4 o 5 servicios para poder evaluar.

De los hallazgos se identificó la falta de conocimiento del programa de seguridad del paciente, la política, guías, se identificó en el tema del seguridad del paciente que no hay educación en el tema de manillas, formatos desactualizados, historias clínicas, se identificó fallas en el aseo del servicio, inadecuada segregación de residuos, temas de infraestructura, desconocimiento del Plan de mejora del PAMEC, sin embargo a raíz de la visita realizada en estos momentos ya se han mejorado algunos temas y con respecto a las falencias identificadas se está trabajando en el plan de mejoramiento.

La Jefe de Control Interno informa que se tomó una muestra de los procedimientos y en el procedimiento de egreso se identificó una actividad que no se realiza, por lo cual se dejó como recomendación en el informe para su revisión, igualmente, la doctora Astrid Maldonado comenta que la parte documental ya se está actualizando los documentos.

La jefe de control interno informa que en consenso con la oficina de calidad se definió elaborar un solo plan de mejoramiento guiado por Calidad y Auditoría y la oficina de control interno realizará el seguimiento al cumplimiento de esas actividades; para dicho plan ya se realizó una reunión con todas las áreas, se socializaron los hallazgos y se analizaron por parte de las áreas responsables posibles acciones de mejora.

Entendidos los resultados de la auditoría los responsables de proceso **ACEPTAN** el resultado del informe preliminar de auditoría para lo cual entregarán el respectivo plan de mejoramiento.

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 17-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

La jefe de control interno comunica que el día de hoy se estará emitiendo el informe definitivo de la auditoria y deben estar remitiendo el plan de mejoramiento en el término de 10 días hábiles.

RECOMENDACIONES: Se recomienda dar cumplimiento con los requisitos relacionados con la seguridad de paciente, que permitan asegurar un servicio con altos estándares de calidad, de satisfacción y de atención oportuna al usuario.

Una vez verificado por el área el “procedimiento para el egreso del servicio de urgencias, hospitalización, sala de partos y cirugía” se recomienda por parte de esta oficina revisar la actividad “encuesta de satisfacción” identificando la viabilidad de la ejecución de esta en cabeza de las enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios.

CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta la aceptación de los hallazgos, la oficina de control interno emite el presente informe final de auditoría, para el cual en el término de 10 días hábiles se debe estructurar el respectivo plan de mejoramiento. La oficina de control interno estará realizando seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento en las fechas establecidas por Plan Anual de Auditorias, para lo cual estará enviando la solicitud de evidencias.

Equipo auditor,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Equipo auditor de apoyo:
Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo Control Interno