



OFICIO N. DLS 20.170.221
Santacruz, Guachavés 13 de agosto del 2020

Doctor:
MARLEY CHARA
Subgerente Centro de Salud Guachavés ESE

Doctora:
PAOLA CARANGUAY
Coord. Servicios amigables

ASUNTO: entrega de plan de mejora del programa de servicios amigables.

Cordial saludo:

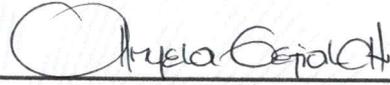
De manera atenta me permito hacer entrega del plan de mejora elaborado tras la auditoría realizada el día 27 de julio del presenta año por medio de la aplicación del instrumento de evaluación al programa de servicios amigables facilitado por el IDSN. Por tanto se solicita realizar las acciones de mejora a corto plazo con el fin de garantizar un adecuado servicio a los usuarios de la institución; se invita a seguir promocionando los servicios amigables a los jóvenes y adolescentes del municipio.

Esperando contar con su valiosa colaboración me suscribo.

Cordialmente:



YULIETH CALDERÓN
Directora local de salud



ANYELA GETIAL
Coord. Salud publica





ACTA N° DLS 170-01.027.27

NOMBRE DE LA REUNIÓN	FECHA			HORA INICIAL	HORA FINAL
	DÍA	MES	AÑO		
Auditoria al programa de servicios amigables del Centro de salud Guachavés ESE	27	07	2020	09:15 AM	10:30 AM

ASISTENTES

N	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Paola Caranguay	Coord. Programa de servicios amigables.	 Paola Andrea Caranguay R. PSICÓLOGA U. DE NARIÑO, I.P. 147798
2	Marley Chara	Subgerente Centro de salud Guachavés ESE	
3	Anyela Getial	Coord. Salud Publica DLS	

ORDEN DEL DÍA

N.	TEMÁTICA	RESPONSABLE
1	Explicar el objetivo de la visita	Coord. Salud Publica DLS
2	Realizar evaluación al programa de servicios amigables aplicando lista de chequeo.	Coord. Salud Publica DLS
3	Entrega del acta y plan de mejora.	Coord. Salud Publica DLS

DESARROLLO

Siendo las 09:15 de la mañana del día 27 de julio del año 2020 se reunieron en las instalaciones del Centro de Salud Guachavés ESE del municipio de Santacruz, la coordinadora de salud pública de la Dirección Local de Salud ANYELA GETIAL y por otra parte la enfermera jefe Coordinadora del programa de servicios amigables PAOLA CARANGUAY con el fin de realizar evaluación al programa de Servicios amigables de la institución.

- Se procede a explicar el objetivo de la auditoria al programa de servicios amigables donde se va evaluar a través de un instrumento lista de chequeo facilitado por el IDSN, con el fin de que estén en mejora continua y se brinde una atención adecuada y de calidad a la comunidad que requiere de estos servicios.
- A medida que se piden soportes se explica la importancia de que el programa este actualizado bajo las directrices emanadas por ministerio de salud e Instituto departamental de salud de Nariño.
- se da a conocer lista de chequeo que se aplicara en la auditoria.
- Se realiza asistencia técnica y retroalimentación de los contenidos.



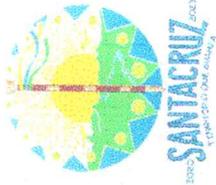
Se agradece por la atención prestada haciendo un llamado de atención en cuanto a los resultados obtenidos y estimulando a conseguir avances óptimos en sus tareas, se da por finalizada la reunión siendo las 10:30 a.m. en las instalaciones del centro de Salud Guachavés ESE.

ANEXOS

- Oficio de notificación de visita
- Lista de chequeo
- Plan mejora Programa de programa de servicios amigables

COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE A EJECUTAR	FECHA	OBSERVACIONES
Ejecutar plan mejora con actividades pendientes de evaluación realizada al programa.	Coord. servicios amigables	Inmediato	Según plan mejora.

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
<i>Anyela Getial</i> Coordinadora de salud pública DLS		27	07	2020



Alcaldía Municipal de Santacruz
NIT. 800019685-0

PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVÉS ESE
PROGRAMA SERVICIOS AMIGABLES
JULIO 2020

Dirección Local De Salud

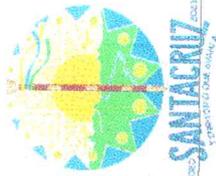
Fecha: 27 de julio 2020

Persona que atiende la visita: Paola Caranguay

Responsable de la visita: Anyela Geñal

Tras realizar la evaluación al programa de servicios amigables del Centro de Salud Guachavés ESE encontraron unas actividades incumplidas que se consignaron en un plan de mejora relacionado a continuación.

N.	ACTIVIDAD	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR
1	Las ESE/IPS deben implementar fortalecer los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, mediante la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (ruta de atención para adolescentes y jóvenes).	En la institución no se ha elaborado una ruta de atención en servicios amigables, por lo cual se debe elaborar y darla a conocer a la comunidad y a DLS.	Coord. servicios amigables- Centro de Salud Guachavés ESE	Inmediato
2	El Municipio cuenta con Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes implementado y operando(lo mínimo es como consulta diferencial)	Establecer por medio de la ruta de atención lo referente a consulta diferencial	Coord. servicios amigables- Centro de Salud Guachavés ESE	Inmediato
4	Cuenta con línea amiga para la información y asesoría a los adolescentes según circular 174 del 2020 (indicar la línea telefónica)	La institución cuenta con línea amiga de servicios amigable al cual se llama el día 18 de agosto del presente y se encuentra apagado, se sugiere que se disponga de un número telefónico que se encuentre en funcionamiento con un profesional dispuesto a atender las peticiones de la comunidad en SSAAJ.	Coord. servicios amigables- Centro de Salud Guachavés ESE	Inmediato
5	Se cuentan con elaboración de flyer o volantes informativos digitales sobre los servicios amigables, líneas amigas y todo lo relacionado con derechos sexuales y reproductivos para difundir en redes sociales, whatsapp, etc.	No se cuenta con material IEC para entregar a la comunidad promocionando los servicios, cuenta con cartelera institucional y un video realizado en conjunto con la psicóloga de la IPS Indígena Mingasalud sobre SSAAJ publicado en la página de Facebook de la institución el día 17 de julio del 2020.	Coord. servicios amigables- Centro de Salud Guachavés ESE	Inmediato



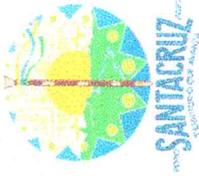
Alcaldía Municipal de Santacruz
NIT. 800019685-0

5	Verificar en la ESE cuantas consultas se han realizado o asesorías vía tele salud, vía telefónica, visitas domiciliarias o asistentes a la institución según programación	Promocionar y ofertar los servicios amigables a los adolescentes y jóvenes del municipio con el fin de que hagan uso de este servicio por medio de la línea telefónica, tele consulta. Ya que hasta el momento refiere coordinadora que no se han atendido a usuarios en este programa.	Coord. servicios amigables- Centro de Salud Guachavés ESE	Inmediato
---	---	---	---	-----------

Se recomienda tener en cuenta las actividades sugeridas según la lista de cheque para la celebración de la semana andina del mes de septiembre como: actividades de visibilización información de educación y comunicación relacionados a la prevención de embarazo en adolescentes, actividades de semana andina en mes de septiembre) Enfatizar acciones para promocionar la semana andina mediante flyers, mensajes digitales o virtuales para darlos a conocer por las diferentes redes sociales, radio, televisión, perifoneo con el tema de la semana andina y articulación con otros sectores o desde la mesa de infancia y adolescencia para replicar información, grabación con jóvenes de canciones, coplas, videos, carteleros con relación a la prevención de embarazo en adolescentes y las mejores presentaciones se podrían premiar.

YULIETH CALDERÓN
Directora local de salud

ANYELA GETIAL
Coord. Salud Pública DLS



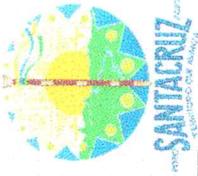
CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN EL INFORME DE EVALUACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIOS AMIGABLES EN EL MUNICIPIO DE SANTACRUZ EN EL CONTEXTO DE COVID -19

Institución: Centro de Salud Guachavés ESE

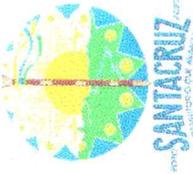
Fecha: 27 de Julio del 2020

Hora: 09: 15 am

NO	ADOLESCENTES Y JÓVENES	OBSERVACIONES
1	La DLS socializo la Ordenanza Departamental No 019 de julio 10 de 2019 Por la cual se adopta e implementa los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en toda la red prestadora de servicios de salud de nivel primario. Fecha de socialización realizada de la ordenanza y del modelo.	Ordenanza pendiente
2	Las ESE/IPS deben implementar fortalecer los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, mediante la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (ruta de atención para adolescentes y jóvenes).	No hay ruta de atención en servicios amigables
3	El Municipio cuenta con Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes implementado y operando(lo mínimo es como consulta diferencial)	No cuentan con consulta diferenciada, incluirla en la ruta de atención.
4	La ESE cuenta con un acto administrativo por el cual se compromete a implementar los servicios amigables donde especifique: Modalidad, horarios de atención, portafolio de servicios y personal o equipo responsable del modelo.	Cuenta con resolución N. 394 del 04 de Mayo del 2020. Por medio del cual se implementa el modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes en SSR en el Centro de salud Guachavés ESE: portafolio de servicios: odontología, profilaxis oral, detartraje, control de placa, control de placa bacteriana, psicología, salud mental, asesoría intrafamiliar, asesoría en identidad sexual, asesoría y atención en abuso sexual, salud sexual, asesoría consejería y consulta en planificación familiar, asesoría en embarazo y embarazo no deseado, asesoría en salud sexual y reproductiva, atención en embarazo y parto, prueba voluntaria de VIH-SIDA e ITS, anticoncepción de control de emergencia, atención integral de pacientes con VIH-SIDA, Prueba DE citología cérvico vaginal, consulta de control y medicina general, consulta preconcepcional, enfermería HORARIO DE ATENCIÓN: lunes y martes de 1:30 pm a 5:00 pm.



		PERSONAL O EQUIPO RESPONSABLE DEL MODELO: psicóloga de la institución, médico general, enfermera profesional odontóloga. MODALIDAD: presencial consulta diferenciada.
5	Cuenta con línea amiga para la información y asesoría a los adolescentes según circular 174 del 2020 (indicar la línea telefónica)	La línea amiga no se encuentra dentro del acto administrativo pero actualmente si cuenta con línea amiga 3178920778
6	Se da a conocer y se hace publicidad del servicios amigable dando a conocer la línea amiga o las líneas amigas por los diferentes medios de comunicación como: redes sociales, paginas institucionales, emisoras comunitarias perifoneo, canales institucionales.	Se ha promocionado los servicios amigables y línea amiga, portafolio de servicios por medio de emisora municipal con fecha del 01/07/2020, también se promociono en el mes de enero 13/01/2020; se promociono por medio de redes sociales el día 08/07/2020 en las páginas de la ESE y la alcaldía municipal., se fue a programa radial el día 16/07/2020.
7	Se da a conocer el portafolio de servicios horarios de atención por los diferentes medios de comunicación como redes sociales, paginas institucionales, emisoras comunitarias, canales institucionales, perifoneo.	Se ha promocionado los servicios amigables y línea amiga, portafolio de servicios por medio de emisora municipal con fecha del 01/07/2020, también se promociono en el mes de enero 13/01/2020; se promociono por medio de redes sociales el día 08/07/2020 en las páginas de la ESE y la alcaldía municipal., se fue a programa radial el día 16/07/2020.
8	Se cuentan con elaboración de flyer o volantes informativos digitales sobre los servicios amigables, líneas amigas y todo lo relacionado con derechos sexuales y reproductivos para difundir en redes sociales, whatsapp, etc.	No se cuenta con material IEC digitales para entregar a la comunidad, cuenta con avisos de promoción de los servicios amigables en la cartelera institucional y se realizó promoción casa a casa con los estudiantes de la institución educativa San Juan Bautista grado decimo y undécimo
9	El Municipio cuenta con veeduría juvenil o grupo juvenil conformado, red de apoyo juvenil para dar a conocer los servicios amigables y promocionar los derechos sexuales y reproductivos (mediante capacitaciones virtuales, grupos de WhatsApp, u otros medios para brindar información)	Cuenta con reunión de veeduría de conformación del día 11 de marzo con los asistentes a entreno de basquetbal del municipio de Santacruz. Cuenta con acta de constitución de veeduría social juvenil para adolescentes y jóvenes. Y cuenta con resolución de personería N. 006 del 5 de junio de 2020. Cuenta con plan de acción de veeduría para 5 encuentros. Segunda reunión con la veeduría el día 15 de julio del 2020.
10	La DLS y la ESE se articula con el sector educativo con el fin de buscar estrategias para que los docentes y jóvenes puedan seguir recibiendo formación en derechos sexuales y reproductivos (compartir material educativo, videos, para que los docentes las repliquen a los estudiantes)	En articulación con la Institución educativa san juan bautista se realizó educación casa a casa con los estudiantes de los grados décimo y undécimo promocionando los servicios amigables. El día 14 de marzo del 2020 se realizó promoción de los servicios amigables en los estudiantes del centro educativo san Martín en articulación de las actividades del PIC.



11	<p>Verificar en la ESE cuantas consultas se han realizado o asesorías vía telesalud, vía telefónica, visitas domiciliarias o asistentes a la institución según programación (colocar cuantas consultas) Cuantos jóvenes hombres y mujeres hay en el municipio y cuantos están incluidos en el programa del joven.</p>	<p>Coordinadora del programa de servicios amigables NO han tenido consultas vía telefónica y tampoco han tenido llamadas a la línea amiga. Incluidos en el control del joven se encuentran Hombres 119 y mujeres 218</p>
12	<p>Desde Plan de Intervenciones Colectivas se han realizado acciones como programas radiales, cuñas radiales, radionovelas, se han realizado videos educativos para dar a conocer e los jóvenes en los diferentes medios, además de flayers digitales con mensajes claves para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.</p>	<p>Desde el plan de intervenciones colectivas se han programado actividades para la promoción de servicios amigables como es la visita casa a casa.</p>
13	<p>Desde el Plan de Intervenciones colectivas se han definido estrategias en el marco de la prevención del embarazo en adolescentes (actividades de visibilización información de educación y comunicación relacionados a la prevención de embarazo en adolescentes, actividades de semana andina en mes de septiembre) Enfatizar acciones para promocionar la semana andina mediante flayers, mensajes digitales o virtuales para darlos a conocer por las diferentes redes sociales, radio, televisión, perifoneo con el lema de la semana andina y articulación con otros sectores o desde la mesa de infancia y adolescencia para replicar información, grabación con jóvenes de canciones, coplas, videos, carteleras con relación a la prevención de embarazo en adolescentes y las mejores presentaciones se podrían premiar.</p>	<p>Tener en cuenta estas recomendaciones para la elaboración del plan de acción de celebración de la semana andina de prevención de embarazos en adolescentes en el mes de septiembre.</p>


YULIETH CALDERÓN

Directora local de salud


ANYELA JULIETH GETIAL

Coord. Salud publica



**PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE
EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD ORAL**

Dirección local de salud

Fecha: 06/02/2020

Quien atiende la visita: ODONTÓLOGA ISABEL DE LA CRUZ

Responsable de la visita: YULIETH CALDERÓN

Tras realizar la evaluación al programa de salud oral del centro de salud Guachaves ESE se encontraron unos hallazgos que se consignaron en plan de mejora para cumplirse de manera inmediata a 26 de marzo de 2020

Nº.	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR	SOPORTE
1	Implementación de cronograma institucional en temas de salud oral	La institución no cuenta con cronograma de capacitaciones par vigencia 2020 en salud oral	Odontóloga	Inmediato	Actas de capacitaciones al personal de salud de la institución, listado de asistencia y registro fotográfico.
2	Implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en todos los cursos de vida.	No se brinda cumplimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en todos los cursos de vida	Gerencia	Inmediato	Contratación por parte de la institución con las EPS de acuerdo a la norma 3280 ya que se de obligatorio cumplimiento a partir de febrero de 2019.



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-21
Nit. 80001968.

3	Capacitaciones al personal de salud en cuanto a la estrategia "soy generación mas sonriente"	La institución no cuenta con cronograma de capacitación donde se plasme el tema de la "estrategia soy generación mas sonriente"	Odontóloga	inmediato	Actas de capacitaciones al personal de salud de la institución, listado de asistencia y registro fotográfico.
4	Facturar de manera oportuna pacientes con diagnostico K003	Sistema de facturación no coincide con registro odontológico; según registro de odontología se atendió 2 pacientes y según sistema de facturación se facturo 1 paciente.	Odontóloga	inmediato	Sistema de facturación diario y de manera oportuna de acuerdo a la atención odontológica.
5	Articulación con programas colectivos de la institución para jornadas extramurales que permitan la aplicación de flúor en barniz.	No presenta informe de jornadas extramurales que permitan la aplicación de flúor barniz ya sea en programas individuales o colectivos con otras dependencias.	Odontóloga	inmediato	Informe de jornadas extramurales donde se evidencie la aplicación de flúor en barniz, anexas registro fotográfico.

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.
Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co
Santacruz - Nariño



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-21
Nit. 80001968

6	Garantizar calidad del dato de registro de apertura de historias clínicas en odontología con el registro de plataforma SYSBUCAL.	No se evidencia calidad del dato recolectado en plataforma SYSBUCAL.	Odontólogos ESE	Inmediato	Enviar mensualmente registro del sistema de facturación de apertura de historias clínicas para verificar con el cargue de la plataforma SYSBUCAL.
---	--	--	-----------------	-----------	---

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN


YULIETH CALDERON

Directora local de salud


YAQUELINE TORRES

Apoyo salud pública DLS

RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

MARLEY CHARA
subgerente ESE Guachaves

ISABEL DE LA CRUZ
odontóloga ESE Guachaves



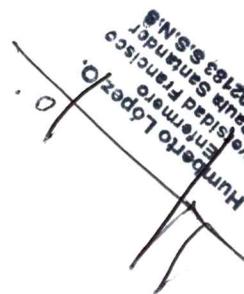
**LISTA DE CHEQUEO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19 / RESOLUCIÓN 666 DE 2020
MUNICIPIO DE SANTACRUZ - NARIÑO - 2020**

MUNICIPIO	SANTACRUZ DE GUICHAVES	FECHA DE VISITA	25-08-2020
RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		HORA:	10:00 AM
RESPONSABLES DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD:		REALIZA:	YULIETH ANGELY CALDERON ESTRADA

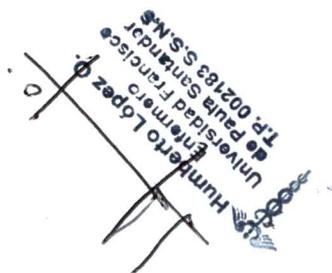
		C Si cumple marque (1=SI; 0=NO)	NC Si no cumple marque (1)	NA Si no aplica marque (1)	OBSERVACIONES
1	¿El empleador y los empleados realizan el lavado de manos de acuerdo a los pasos que ha definido la OMS, así mismo identifican los momentos en los que se deba realizar?	1			
2	¿El establecimiento comercial cuenta con los insumos y áreas necesarias para realizar el correcto lavado de manos?	1			
3	¿Las personas que acuden al establecimiento comercial pueden disponer de insumos para realizar el correcto lavado de manos?	1			
4	¿El empleador ha establecido mecanismos de seguimiento, monitoreo y autocontrol del lavado de manos?	1			
5	¿Se han realizado acciones de información, educación y comunicación de acuerdo a las actualizaciones que han dispuesto las autoridades sanitarias?		1		
6	¿Los trabajadores permanecen al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo?	1			
7	¿Se ha hecho uso de las ayudas tecnológicas con el fin de evitar aglomeraciones y evitar el intercambio físico de documentos de trabajo?	1			
8	¿Se han brindado recomendaciones permanentes para mantener el distanciamiento físico tanto en el ambiente de trabajo como en todos los lugares en donde pueda tener encuentro con otras personas, puesto que esta es una de las mejores medidas para evitar la propagación?	1			
9	¿El establecimiento comercial se cuenta con talento humano responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?	1			
10	¿El empleador entrega los EPP y garantiza su disponibilidad y recambio?	1			
11	¿Se brindan recomendaciones sobre el uso eficiente de EPP, uso de guantes solo si se van a realizar actividades de aseó o si se van a manipular elementos como residuos, para las demás actividades el lavado de manos con agua, jabón y toallas desechables, que los EPP no desechables deberán ser lavados y desinfectados antes de ser almacenados en un área limpia y seca, los cuales son de uso personal?	1			

Humberto Lopez O.
 Universidad Francisco
 de Paula Santacruz
 T.E. 002183 S.M.S

12	¿Cuentan con recipientes adecuados para el destino final de los elementos de protección personal utilizados (Se deben colocar en doble bolsa negra y rotular sobre cinta de enmascarar con el nombre Epp)?	1			
13	¿Los trabajadores usan la dotación o EPP que han sido destinados para utilizar dentro del establecimiento por fuera de sus actividades laborales?	1			
14	¿Los trabajadores realizan los pasos correctos para la colación y el retiro de tapabocas tanto convencionales como mascarillas quirúrgicas, de acuerdo a las indicaciones del fabricante y las recomendaciones que brindan las autoridades sanitarias?	1			
15	¿Se realiza la limpieza y desinfección permanente y mantenimiento del lugar de trabajo, con un adecuado proceso? (frecuencia, los insumos, el personal responsable, los elementos de protección personal de los empleados, entre otros)	1			
16	¿Se ha incrementado la frecuencia de limpieza y desinfección de pisos, paredes, puertas, ventanas, divisiones, muebles, sillas, y todos aquellos elementos con los cuales las personas tienen contacto constante y directo?	1			
17	¿Se han diseñado fichas técnicas, protocolos e instructivos (idealmente digitales) sobre los procesos de limpieza y desinfección para las áreas de trabajo, superficies de contacto y elementos o herramientas de trabajo, previos a su uso? ¿Se verifica así mismo su cumplimiento?	1			
18	¿El personal que realiza el procedimiento de limpieza y desinfección utiliza los elementos de protección personal (monegas, guantes, delantal y tapabocas)?	1			
19	¿Cuenta con un protocolo de limpieza y desinfección de los productos a la hora de recibidos de los proveedores y entregarlos a los clientes y garantiza las condiciones de calidad e higiene durante su almacenamiento?	1			
20	¿Se ha socializado con los empleados las medidas para la correcta separación de residuos?	1			
21	¿En el establecimiento se dispone de contenedores y bolsas suficientes para la separación de residuos y se realiza la limpieza y desinfección de los mismos?	1			
22	¿Se han identificado las condiciones de salud de trabajadores (estado de salud, hábitos y estilo de vida, factores de riesgo asociados a la susceptibilidad del contagio), así como las condiciones de los sitios de trabajo a través de visitas de inspección periódicas?	1			
23	¿El establecimiento cuenta con una ruta de información entre el empleador, la EPS, la ARL y el trabajador para que informe cualquier sospecha de síntoma o contacto estrecho con personas confirmadas con COVID-19?	1			


 Humberto López
 Universidad Francisco
 de País Santander
 T. 002193 81.511.8

24	¿Se realiza diariamente monitoreo de estado de salud y temperatura del personal. (En lo posible, utilizando termómetro láser o digital), realizando la toma al ingreso y salida del turno por trabajador, con el debido registro nominal en formato establecido por la empresa. Esta medida también aplica al personal en trabajo en casa o en modalidad remota, los cuales deberán reportar su estado de salud y toma de temperatura, mediante correo electrónico o vía telefónica a su jefe inmediato según estructura orgánica de la empresa?	1			
25	¿Se dispone de un protocolo de verificación del estado de salud (reporte de síntomas respiratorios y toma de temperatura) cuando haya ingresado a las instalaciones los proveedores y clientes y se realiza aplicación de la etiqueta respiratoria?	1			
26	¿ Los mayores de 60 años y trabajadores que presenten morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgos para COVID-19 realizan trabajo remoto?	1			
27	¿Se han adoptado esquemas operativos que garanticen la continuidad del servicio o actividad y que permitan disminuir el riesgo de contagio para los trabajadores y demás personas que presten sus servicios a la empresa?	1			
28	¿El establecimiento cuenta con un área designada para la alimentación? De ser afirmativa la respuesta ¿Dispone de un protocolo hacer para hacer uso de los espacios para alimentación?	1			
29	¿En el establecimiento se cuenta con casilleros dobles para evitar que la ropa ordinaria se ponga en contacto con la ropa de trabajo?	1			
30	¿Se ha fomentado el pago con tarjeta y otras plataformas digitales, para reducir el uso de dinero en efectivo. En caso de no ser posible se ha implementado la metodología de pagar el monto exacto de la compra y evitar la firma de recibido del producto. A menos que utilice su propio lapicero?	1			
31	¿Se dispone de un protocolo establecido para la entrega de los productos a domicilio?	1			
32	¿Se dispone de información general que este visible en la institución, relacionada con los lugares de la empresa en los que puede haber riesgo de exposición, factores de riesgo del hogar y la comunidad, factores de riesgo individuales, signos y síntomas, importancia del reporte de condiciones de salud, uso adecuado de los EPP, lavado de manos y limpieza y desinfección?	1			
33	¿Se ha realizado la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos el factor de riesgo biológico por contagio de coronavirus COVID-19 para establecer las actividades de mayor exposición y de este modo determinar los controles a implementar, entre ellos: la distribución de espacios de trabajo y ubicación del personal para el distanciamiento físico de los trabajadores?	1			
34	¿Se brindan recomendaciones sobre el protocolo a implementar al salir y llegar a la vivienda?	1			



 Humberto Lopez

 Enfermero

 Universidad Francisco

 de Paula Santander

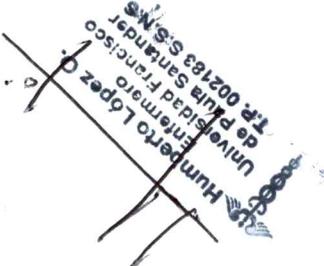
 Tl: 002183 51.NMS

<p>35 ¿Se le han brindado recomendaciones al trabajador si convive con personas mayores de 60 años, o con personas con enfermedades preexistentes de alto riesgo para COVID-19, (Diabetes, Enfermedad cardiovascular -Hipertensión Arterial- HTA, Accidente Cerebrovascular -ACV), VIH, Cáncer, Uso de corticoides o inmunosupresores, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, mal nutrición (obesidad y desnutrición), Fumadores o con personal de servicios de salud?</p>	1		
<p>36 ¿Se tiene definida una ruta para el manejo de situaciones de riesgo por parte del empleador?</p>	1		
<p>37 ¿Tiene definida una ruta a seguir en caso de presentar una persona con síntomas compatibles con covid-19?</p>	1		
<p>38 ¿Cuenta con un plan de comunicaciones donde se divulgue la información pertinente a todos los actores relevantes, incluyendo clientes, proveedores y personal, sindicatos y organizaciones de trabajadores de forma clara y oportuna?</p>	1		
<p>CUMPLIMIENTO TOTAL ÍTEM</p>		34	90% OPTIMO
<p>TOTAL DE ÍTEMS</p>		4	90

OBSERVACIONES

BUENA RECEPTIBILIDAD DE TODOS LOS COLABORADORES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GUACHAVES

<p>CONVENCIONES</p> <p>Calificación obtenida según formato lista de chequeo</p> <p>OPTIMO Desde el 80% de ítems cumplidos en adelante</p> <p>ACEPTABLE Entre el 51% y el 79% de ítems cumplidos</p> <p>DEFICIENTE Hasta el 50% de ítems cumplidos</p>	<p>Nombre y apellidos de quien recibe la visita</p> <p>Est. Marcela Calderón A.</p>	<p>Firma</p> 
<p>C.C.</p> <p>SUBGERENTE-CIENTIFICA</p> <p>T.P. 27456571</p>		



Humberto Lopez D.
 de Pinar del Río
 Universidad de Pinar del Río
 T.P. 002163 S.M.S.



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
ESE - IPS - IPSI**

CODIGO:	VERSION: En prueba	FECHA: 21 de julio 2020
FECHA:	10 DE AGOSTO DE 2020	
MUNICIPIO:	SANTACRUZ DE GUACHAVEZ	
NOMBRE DE LA ESE - IPS - IPSI:	CENTRO DE SALUD GUACHAVEZ ESE	
NOMBRE DE GERENTE:	HENRY BARCO	
NÚMERO DE CONTACTO:	3104633576	
NOMBRE FUNCIONARIO(A) QUE ATIENDE LA VISITA:	PAOLA ANDREA CARANGUAY RIVERA	
CARGO:	PSICOLOGA	
NÚMERO DE CONTACTO:	3176909146	
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:	psicologiaese2020@gmail.com - eseguachaves@gmail.com	

ITEMS EVALUADO (VARIABLES)		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/ NA	Calif.	OBSERVACIONES
1. Profesional encargado del servicio de Psicología					
1.1	Existe profesional de psicología en la ESE que cumpla con los requisitos exigidos por la norma para ejecutar actividades asistenciales y del plan de intervenciones colectivas (PIC).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia hoja de vida del profesional en psicología PAOLA ANDREA CARANGUAY RIVERA, se anexa sus respectivos soportes, egresada de la Universidad de Nariño, tarjeta profesional No. 147798, contrato vigente hasta el 02 de enero de 2020.
1.2	El profesional de psicología está certificado en el Modelo de Atención Primaria en Salud Mental y temas afines.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia certificado en el Modelo de Atención Primaria en Salud Mental 24 febrero del 2020.
SUBTOTAL		2	2	8	
2. Aspectos Administrativos para la Ejecución del Modelo		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/ NA	Calif.	OBSERVACIONES
2.1	Dispone de un consultorio de psicología de acuerdo a los estándares que exige la norma de habilitación. (Consultorio con iluminación natural y/o artificial, ventilación natural y/o artificial, consultorio que garantice la privacidad del paciente) y esta visible a los usuarios el distintivo de habilitación del servicio de Psicología. (Res. 1441 de 2013-Decreto 1011 de 2006).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, dispone de un consultorio de psicología de acuerdo a los estándares que exige la norma, se anexa registro de habilitación de IDSN y fotografías del consultorio de psicología.
2.2	Se sugiere un tiempo de atención no menor a treinta (30) minutos para consulta o teleconsulta por psicología. (Para garantizar la calidad de atención, el Colegio de psicólogos hace la sugerencia a la norma en cuanto a parametros y tiempos de atención. Ley 1090 de 2006).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes de agendas de la presente vigencia de enero a junio.
2.3	Cuenta con el registro (físico o magnético) de pacientes que presenten eventos en salud mental, problemática psicosocial o remitidos de cualquier nivel de atención.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se anexan soportes solicitados.



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL DE LA
IMPLEMENTACION DEL MODELO DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
ESE - IPS - IPSI**

		CODIGO:		VERSION: En prueba	FECHA: 21 de julio 2020
2.4	Se designa un tiempo de ocho (8) días en promedio entre la solicitud de una cita para el servicio de psicología y la asignación de la misma (Oportunidad en la atención, autorizaciones EPS).	0-1	1	100	Cumple requerimiento, se anexan soportes solicitados.
SUBTOTAL		4	4	16	



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL DE LA
IMPLEMENTACION DEL MODELO DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
ESE - IPS - IPSI**

		CODIGO:	VERSION: En prueba	FECHA: 21 de julio 2020	
3. Registros y Documentos		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/NA	Calif.	OBSERVACIONES
3.1	Verificación de usuario y contraseña para ingreso al sistema de información de Salud Mental (para ingreso y consulta de tamizajes), del Instituto Departamental de Salud de Nariño.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se anexan soportes solicitados.
3.2	Aplicación mensual de tamizajes según la meta establecida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y teniendo en cuenta las estrategias que han implementado desde la IPS para la aplicación de tamizajes.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes solicitados.
3.3	Verificación del diligenciamiento y calidad de contenidos y datos en el entorno WEB del Sistema de Información del IDSN.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia en el entorno WEB del Sistema de Información del IDSN nivel óptimo de aplicación de tamizajes.
3.4	El/la profesional en psicología hace intervención y seguimiento terapéutico a los usuarios con factores de riesgo teniendo en cuenta el resultado de los tamizajes aplicados. (Verificar evidencias).	0-1	0	0	No cumple con requerimiento, no se evidencia soportes solicitados.
SUBTOTAL		4	3	12	
4. Inclusión del componente de convivencia social y salud mental en Programas de Salud Pública y Estrategias relacionadas		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/NA	Calif.	OBSERVACIONES
4.1	La IPS ha incluido en las estrategias del Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas (Centros de Escucha, Zonas de Orientación, Jornadas en salud, movilización social, RBC, Tamizajes) temas como resiliencia, factores protectores para la convivencia, gestión del estrés, manejo del duelo, estigma entre otros.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes solicitados.
4.2	Tienen plan de trabajo definido para la operativización de la estrategia ICDP. (Disponibilidad de material de apoyo, documentos que soporten los avances de la implementación y desarrollo de la estrategia teniendo en cuenta la situación por emergencia sanitaria por COVID 19)	0-1	0	0	No cumple con requerimiento, se anexa soportes de cronograma de agosto a diciembre.
4.3	Cuenta con un plan de capacitaciones dirigido al personal de salud, que incluya temáticas de convivencia social y salud mental: autocuidado emocional, resiliencia, manejo y gestión del estrés, primeros auxilios psicológicos, duelo (Verificar evidencias).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes solicitados, cuenta con cronograma de capacitación, se anexan informes de temáticas desarrolladas: atención al usuario, protocolos y guías de manejo de violencia sexual, menor maltratado, se sugiere incluir temáticas de autocuidado emocional, resiliencia, manejo y gestión del estrés, primeros auxilios psicológicos, duelo.
4.4	Se realiza identificación y seguimiento a eventos de intentos de suicidio, suicidio, consumo de SPA y violencias teniendo en cuenta el enfoque diferencial.	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia los respectivos soportes de seguimientos teniendo en cuenta protocolos de atención para cada evento en salud mental (violencias e intento de suicidio).



LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL ESE - IPS - IPSI

		CODIGO:	VERSION: En prueba	FECHA: 21 de julio 2020	
5. Acciones de promoción, prevención y atención en Salud Mental		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/NA	Calif.	OBSERVACIONES
5.1	Revisión de listado de agentes comunitarios en salud mental - ACSM, identificando agentes institucionales y externos (en el listado deben registrarse los nombres completos, ocupación, lugar de residencia, campo de acción y datos de contacto).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes del listado de agentes comunitarios, cronograma de capacitaciones y soportes del desarrollo de capacitaciones.
5.2	Se realiza seguimiento a los usuarios que fueron remitidos del servicio de psicología y contrareferidos de mediana y alta complejidad en salud mental (psiquiatría, servicios habilitados para atención en consumo de spa), (verificar soportes como: formatos de visita domiciliaria comunitaria, atención familiar, inclusión a redes, suministro oportuno de medicamentos)	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia formato de seguimiento de pacientes de salud mental se desarrollan valoraciones, visitas domiciliarias, suministro de medicamentos.
5.3	Verificación de calidad de contenidos y diligenciamiento de formatos de visita domiciliaria para ACSM.	0-1	0	0	No cuenta con requerimiento, no se evidencia soportes de formatos de visitas domiciliarias realizadas para verificar la calidad y contenidos del mismo, no se han desarrollado, se sugiere articular acciones y estrategias para su respectiva aplicación, teniendo en cuenta medida de bioseguridad en el caso de que se apliquen de manera presencial.
5.4	Se cuenta con un mapa de Georeferenciación actualizado de casos de salud mental (Eventos en salud mental y pacientes con enfermedad mental).	0-1	1	100	Cuenta con requerimiento, se evidencia mapa de georeferenciación con su respectivo análisis.
5.5	Realiza la caracterización de la población que presenta eventos relacionados a diagnósticos de Salud Mental, según el Plan Decenal de Salud Pública.	0-1	1	100	Cuenta con requerimiento, se anexa informe solicitado.
SUBTOTAL		5	4	16	
6. Desarrollo de acciones psicosociales		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/NA	Calif.	OBSERVACIONES
6.1	En servicios amigables, en líneas amigas, en teleconsulta, se realiza búsqueda de factores de riesgo para la Salud Mental de los usuarios y se están aplicando los tamizajes	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes solicitados.
6.2	La ESE y/o IPS ha participado en el comité intersectorial de salud mental, convocado por la Dirección Local de Salud o Secretaría de Salud Municipal. (Verificar soportes de participación).	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia soportes solicitados acta de participación del comité intersectorial de salud mental.
6.3	La IPS garantiza la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 y al protocolo de intervención a víctimas de conflicto. (Ver soportes).	0-1	0	0	No cumple con requerimiento, no se evidencia soportes solicitados.



LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN EN MODALIDAD VIRTUAL DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL ESE - IPS - IPSI

		CODIGO:	VERSION: En prueba	FECHA: 21 de julio 2020	
7. Salud Mental - COVID 19		ESTÁNDAR 0=NO TIENE 1=TIENE	C/NC/NA	Calif.	OBSERVACIONES
7.1	En cuanto a la implementación de los servicios transitorios (res 521), para la prestación de los servicios de salud, en la modalidad de telepsicología (virtual), la IPS ha realizado las adaptaciones pertinentes para garantizar el acceso, la atención, el seguimiento oportuno, teniendo en cuenta las recomendaciones del MSPS. (formación idónea del talento humano en telepsicología, manejo de herramientas alternativas)	0-1	1	100	Cumple con requerimiento, se evidencia protocolos de teleconsulta, seguimiento de pacientes, entrega de medicamentos, atención domiciliaria y plan de acción de la implementación de servicios transitorios.
7.2	El profesional de psicología hace valoración, seguimiento y reporte a la EAPP, a los usuarios y sus familias con sospecha de diagnóstico positivo para COVID 19, usuarios confirmados en el diagnóstico y sus familias de manera periódica y con enfoque diferencial, de acuerdo a lineamientos en salud mental para COVID 19 y Circular 191 de 2020.	0-1	1	100	N.A, no cuenta con casos positivos.
7.3	Realiza la caracterización en salud mental de la población con seguimiento por sospecha de diagnóstico positivo para COVID 19 y sus familias, usuarios con diagnóstico positivo y sus familias.	0-1	1	100	N.A, no cuenta con casos positivos.
SUBTOTAL		3	3	12	
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN		25	21	84	84
CALIFICACIÓN OBTENIDA					ACEPTABLE

C: Cumple Igual a 1
 NC: No Cumple Igual a 0
 NA: No Aplica Igual a 1

VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO	
CALIFICACIÓN	
ÓPTIMO	91 - 100%
ACEPTABLE	71 - 90%
INSUFICIENTE	Menor 70%

REPOSABLE DE EVALUACIÓN:

JANETH VIVIANA IGUA MORA

AQUÍ: NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA

Original firmado



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 3

Nombre de la Reunión	Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta N°
	Día	Mes	Año			
VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MODALIDAD VIRTUAL A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL	10	08	2020	03:30 PM		1

Lugar: CENTRO DE SALUD GUACHAVEZ ESE – PLATAFORMA MEET**Asistentes**

N°	Nombre	Doc. Identificación	Área o Empresa	Firma
1	PAOLA ANDREA CARANGUAY		Psicóloga	
2	JANETH VIVIANA IGUA MORA	36.758.677	Profesional de Apoyo CSSM IDSN	

Orden del día

N°	Temática	Responsable
1	Saludo, presentación personal	IDSN
2	Aplicación Lista de Chequeo ESE Salud Mental	
3	Lectura Acta de reunión	
4	Cierre de visita	

Desarrollo

Se realiza saludo inicial y apertura de la visita modalidad virtual en la presencia de los profesionales arriba firmantes, seguidamente se presenta la agenda a desarrollar durante la jornada.

Se inicia con la aplicación de "Lista de Chequeo" sobre competencias de ESE en la línea de Convivencia Social y Salud Mental.

Se logró aplicar el instrumento ajustado a las recomendaciones de evaluación ante la pandemia por COVID 19. El puntaje obtenido es 84 % de cumplimiento, corresponde a nivel **ACEPTABLE** en la adopción e implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud Mental, de acuerdo a las competencias, normatividad y lineamientos nacionales frente a la situación de emergencia sanitaria por COVID 19. Teniendo en cuenta los rangos de calificación establecidos por el sistema de calidad del IDSN y se acuerda enviar por correo electrónico, el plan de mejoramiento hasta el día 18 de agosto de 2020.

Los hallazgos y las recomendaciones pertinentes se dejan consignados en el apartado de **OBSERVACIONES** de la lista de chequeo aplicada.



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 3 de 3

y contenidos del mismo.

- ✓ Se sugiere a la ESE implementar procesos de la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 y al protocolo de intervención a víctimas de conflicto.

Se brindó asistencia técnica general y específica en diferentes aspectos de la línea. Se enfatizó en el fortalecimiento de procesos encontrados en el momento de la visita de IV para la continuidad del buen manejo de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental y modelo de atención primaria en salud mental.

Se deja documento de la visita en medio magnético de la lista de chequeo y copia de acta de reunión.

Nota: (en caso de presentar anexos al acta enúncielos y adjúntelos a este documento)

Compromisos y tareas	Responsable de ejecutar	Fecha			Observaciones
		Día	Mes	Año	
Apoyo y asistencia técnica	IDSN	PERMANENTE			3176947159 janethigua@idsn.gov.co
Plan de Mejoramiento	ESE	18	08	2020	Enviar al correo janethigua@idsn.gov.co

Responsable Elaboración	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
JANETH VIVIANA IGUA MORA Profesional de Apoyo IDSN		10	08	20

Se agradece por la atención prestada, haciendo énfasis en el cumplimiento de los acuerdos para alcanzar nivel óptimo en sus tareas en relación con la prioridad de Salud mental.

Conclusiones

- ✓ Se realizó la visita de Inspección y Vigilancia de manera virtual a la ESE, cumpliendo con los parámetros de calidad de IDSN, en donde se notificó previamente a la Institución y se anexo instrumento de aplicación para la presente visita, por parte de la profesional en psicología de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del IDSN, Viviana Igua Mora.
- ✓ Como **fortalezas** se pudo evidenciar el conocimiento de la profesional del servicio de psicología en cuanto el desarrollo de la línea de Convivencia Social y Salud Mental, la disposición para brindar información oportuna de las evidencias solicitadas, de la misma manera, se destaca el compromiso de las sugerencias y observaciones realizadas durante la visita.
- ✓ Los **hallazgos** encontrados se han descrito en el apartado de "OBSERVACIONES" de la lista de chequeo aplicada donde se consignan algunas sugerencias y oportunidades de mejora y están relacionados con:
 - ✓ 1. No se anexan soportes para verificar la intervención y seguimiento terapéutico a los usuarios con factores de riesgo teniendo en cuenta el resultado de los tamizajes, por parte de la profesional del servicio de psicología.
 - ✓ 2. No cuenta con plan de trabajo definido para la operativización de la estrategia ICDP. (Disponibilidad de material de apoyo, documentos que soporten los avances de la implementación y desarrollo de la estrategia teniendo en cuenta la situación por emergencia sanitaria por COVID 19).
 - ✓ 3. El soporte anexo no permitió la verificación de calidad de contenidos y diligenciamiento de formatos de visita domiciliaria para ACSM.
 4. La IPS no garantiza la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 y al protocolo de intervención a víctimas de conflicto.
- ✓ Ante los hallazgos, se realizaron algunas sugerencias para las **oportunidades de mejora**:
- ✓ Se sugiere realizar los seguimientos de los tamizajes, a usuarios identificados con factor de riesgo, los cuales deben estar contemplados en sistemas de información de IDSN y la historia clínica.
- ✓ Se sugiere incluir acciones para la operativización de la estrategia ICDP, incluir adaptación y viabilidad para ser incluida en la Institución desde programas como curso psicoprofilactico, fortalecimiento de grupos de apoyo, agentes comunitarios en salud mental y gestionar desde la parte administrativa para la formación de la profesional en estrategia ICDP que realiza IDSN.
- ✓ Se sugiere verificar las visitas domiciliarias realizadas, que permitan evidenciar procesos en la calidad



PLAN DE MEJORA DE AUDITORIA REALIZADA POR IDSN AGOSTO 2020
CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE

N.º	Eje Programático	Hallazgo	Causas	Oportunidades De Mejoramiento (Que - Estrategia)	Acciones De Mejoramiento (Como - Tareas - Actividades)	Cronograma (Cuando)	Responsable (Quien)	Lugar De Desarrollo De La Acción (Donde)	Seguimiento /Resultados		
									Fecha	Estado	Medio De Verificación
1	Tienen plan de trabajo definido para la operativización de la estrategia ICDP. (Disponibilidad, material de apoyo, documentos que soporten los avances de la implementación y desarrollo de la estrategia).	No presenta plan definido para la operativización de la estrategia ICDP.	debilidad en el proceso	Capacitación y educación a través de charlas, talleres, foros educativos	Realizar 5 encuentros educativos con los padres de familia de primaria institución educativa Arrayan con el fin de fomentar el buen trato y fortalecer el proyecto de vida.	septiembre-diciembre	psicóloga centro de salud Guachavés ESE	vereda Arrayan del municipio de Santacruz Guachavés	trimestral	100 %	Convocatoria a acta de sesión educativa, listado de asistencia y registro fotográfico.
2	El/la profesional en psicología hace intervención y seguimiento terapéutico a los usuarios con factores de riesgo, teniendo en cuenta el resultado de los tamizajes aplicados	no se anexa soportes para verificar la intervención y seguimiento terapéutico a los usuarios con factores de riesgo	debilidad en el proceso	intervención y seguimiento o reflejados en historia clínica	ejecutar acciones de intervención y seguimiento, reflejados en historia clínica y sistema de información del IDSN	inmediato	psicóloga centro de salud Guachavés ESE	centro de salud Guachavés ESE	mensual	100 %	Historia clínica y sistema de información del IDSN
3	Verificación de calidad de contenidos y diligenciamiento de formatos de visita domiciliaria para ACSM.	el soporte anexo no permitió la verificación de calidad de contenidos y diligenciamiento de formato de visita domiciliaria para ACSM	Se observa seguimiento de casos, contra referencias y soportes de visitas domiciliarias, pero estos no fueron realizados por agentes comunitarios en salud mental.	Capacitar a los agentes en salud mental, para la realización de acciones en promoción, prevención y atención en salud mental.	Ejecutar acciones de seguimiento y verificación del cumplimiento de dichas actividades	inmediato	psicóloga centro de salud Guachavés ESE	centro de salud Guachavés ESE	inmediato	100 %	Informes y reportes de visitas domiciliarias.

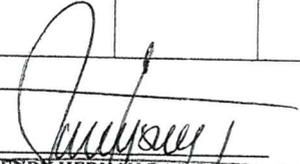


Guachavés

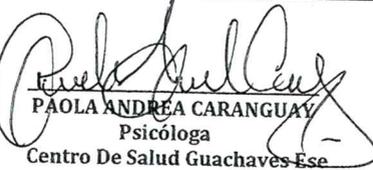
CENTRO DE SALUD E.S.E.

Nit: 900129891-6

4	la IPS garantiza la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 y al protocolo de atención a víctimas del conflicto armado	la IPS no garantiza la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 y al protocolo de atención a víctimas del conflicto armado	desconocimiento	adopción de protocolo de atención diferencial a víctimas de conflicto armado d acuerdo a norma 1448	implementar protocolo de atención diferencial a víctimas de conflicto armado d acuerdo a norma 1448	septiembre-diciembre	psicóloga centro de salud Guachaves ESE	psicóloga a centro de salud Guachaves ESE	inmediato	100 %	protocolo, acto administrativo de adopción y soportes que evidencien implementación en la atención
---	--	---	-----------------	---	---	----------------------	---	---	-----------	-------	--


~~HENRY HERNÁN BARCO RAMOS~~
Gerente
Centro De Salud Guachaves Ese


MARCELA CALDERON
Subgerente Científica
Centro De Salud Guachaves Ese


PAOLA ANDREA CARANGUAY
Psicóloga
Centro De Salud Guachaves Ese



PLAN DE MEJORA PARA CAPTACION DE GESTANTES ANTES DE LA SEMANA 10

Eje Programático	Hallazgo	Oportunidades De Mejoramiento (Que - Estrategia)	Acciones De Mejoramiento (Como - Tareas - Actividades)	Cronograma (Cuando)	Responsable (Quien)	Lugar De Desarrollo De La Acción (Donde)	Seguimiento /Resultados	
							Fecha	Medio De Verificación
INCUMPLIMIENTO AL INDICADOR PARA CAPTACIÓN DE GESTANTES ANTES DE LA SEMANA 10	GESTANTES CAPTADAS DESPUES DE LA SEMANA 10	Capacitación y educación a personal de salud a través de charlas, foros educativos	Realizar 02 sesiones educativas al personal de salud en cuanto a la importancia de maternidad segura	Durante el semestre	Medico coordinador Maternas	Sala de espera consulta externa	Trimestral	Actas con registro fotográfico y firmas de asistencia
		Seguimiento oportuno a programa de planificación familiar	Realizar seguimiento cada mes a las pruebas de embarazo de usuarias	Continuo	Jefe coordinador de SSR	Oficina de SSR	Cada mes	Acta de informes
		Promocionar programa de servicios amigables	Realizar educación y sensibilización a jóvenes en edad fértil	Continuo	Jefe coordinador de SSR Psicóloga	Oficina de SSR	Oficina de SSR	Cada mes



	Realizar estrategias de TIC (tecnología de información) en cuanto a Planificación familiar, consulta consulta	Perifoneo Cuñas radiales Capacitaciones en vivo por medio de facebook	Cada mes	Medico coordinador de Maternas Jefe de SSR Auxiliar de maternas	Comunidad en general	Informes de estrategias realizadas Visitas domiciliarias Cronogramas de salidas extramural
INCUMPLIMIENTO AL INDICADOR PARA LA CAPTACIÓN DE GESTANTES ANTES DE LA SEMANA 10	Realizar estrategias de TIC (tecnología de información) en cuanto a Planificación familiar, consulta consulta	Perifoneo Cuñas radiales Capacitaciones en vivo por medio de facebook	Cada mes	Medico coordinador de Maternas Jefe de SSR Auxiliar de maternas	Comunidad en general	Informes de estrategias realizadas Visitas domiciliarias Cronogramas de salidas extramural

Daniela Zamudio
Daniela Zamudio
Medico General Coor. Maternas
Centro de Salud Guachavés E.S.E

Marcela Calderón A.
Esp. Marcela Calderón A.
SUBGERENTE CIENTIFICA
T.E. 37456571
Marcela Calderón Arteaga
Subgerente Científica
Centro de Salud Guachavés E.S.E



Henry Hernández
Gerente Centro de Salud Guachavés E.S.E

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO:
 NOMBRE O RAZON SOCIAL: Centro de Salud ese Guachacés NIT: 9001291891
 DIRECCION: Bombó abajo hemera. TELEFONO: 3113761965 FAX: ---
 REPRESENTANTE LEGAL: Mabel Charatar. CC: 27456306
 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud ese Guachacés CC: 9001291891

En el marco de la Declaratoria de la emergencia nacional realizada mediante la Resolución 385 del 12 de marzo del 2020, por la presidencia de la República la cual insta adoptar medidas extraordinarias, estrictas y urgentes con el fin de mitigar las posibilidades de contagio y controlar la propagación del CORONAVIRUS - COVID -19 en el territorio nacional, en todos los espacios sociales, así como desarrollar estrategias eficaces de comunicación a la población en torno a las medidas de protección que se deben adoptar, por tanto es indispensable y obligatorio que las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud den cumplimiento a la norma sanitaria vigente.

	REQUISITO A EVALUAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
RUTAS DE EVACUACION	Se tiene definida la ruta más corta para la evacuación de los residuos peligrosos, en caso de pacientes con COVID-19.		X	
	Tiene definida la ruta de evacuación del cadáver en caso de muerte por COVID-19.		X	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	La recolección de los residuos es oportuna y no presenta acumulación de ellos en el área de almacenamiento, esto de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad vigente	X		e/15 días.
	Máscaras Quirúrgica N95	X		
	Mono gafas	X		
	Guantes	X		
ELEMENTOS PARA	Batas impermeables de manga larga (Si esta no es impermeable, añadir un delantal plástico desechable).	X		
	La Institución cuenta con Dosificadores de jabón líquido suficiente, toallas desechables y papel higiénico en todas las áreas.	X		





HIGIENE PERSONAL			
Cuenta con aviso alusivo al lavado de manos en las áreas que se requiera.	X		
Bolsas rojas con calibre 1.6mm para residuos peligrosos.	X		
Recipientes con pedal de fácil limpieza y desinfección para la segregación de los residuos peligrosos.	X		
Bolsas 150 micras o más de espesor para la disposición del cadáver.		X	
Cuenta con protocolo de limpieza y desinfección de todas áreas de la Institución.	X		

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de Abril del año 2010 en la ciudad de SANTAFÉ.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, Representante Legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

FUNCIONARIO DE SALUD:

Firma: [Firma]
 Nombre: Sandra Melo Mora
 C.C.: 1088734226
 Cargo: AUX SALUD IDSN
 Institución: IDSN

QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Firma: [Firma]
 Nombre: MARLEY CHAPA*
 C.C.: 1.085.288.801
 Cargo: QUEBRANTE
 Institución: CENTRO DE SALUD GOASIMUNES T-SF

**PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE
 MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
 PRIMER SEMESTRE 2020**

Dirección local de salud

Fecha: 12/06/2020

Quien atiende la visita: PSICÓLOGA PAOLA ANDREA CARANGUAY

Responsable de la visita: YAQUELINE TORRES

Tras realizar la evaluación al programa de salud mental del centro de salud Guachavés ESE se encontraron algunos hallazgos que se consignaron en plan de mejora para cumplirse de manera inmediata.

NO	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR	SOPORTE
1	Dentro del manual de procesos (ruta interna) de la ESE o IPS Indígena se encuentra protocolo de acceso al servicio de Psicología.	No cuenta con manual de procesos donde este el protocolo o la ruta interna se acceso al servicio de psicología.	Psicóloga ESE	inmediato	Protocolo donde se establezca la ruta interna de acceso al servicio de psicología.
2	Tienen plan de trabajo definido para la operativización de la estrategia ICDP. (Disponibilidad de material de apoyo, documentos que soporten los avances de la implementación y desarrollo de la estrategia).	No se tiene formulado un plan de trabajo para operativización de estrategia ICDP.	Psicóloga ESE	Inmediato	Actas de capacitación de estrategia ICDP, aclarando que el desarrollo de la estrategia es propia de programa de cada institución de salud.

3	En la ESE/IPS se tiene formulado el planes de atención en emergencias en salud mental	No se tiene formulado plan de atención en emergencias en salud mental.	Psicóloga ESE	Inmediato	Documento en físico donde se plasme el plan de atención de emergencias en salud mental.
4	Se tiene formulado un plan de atención integral a población indígena. Cuando aplique.	No cuenta con plan de atención integral a población indígena	Psicóloga ESE	inmediato	Realizar protocolo de atención integral para población indígena.
5	El ACSM realiza seguimiento a los usuarios que fueron remitidos del servicio de psicología y contra referidos del segundo nivel de complejidad en salud mental (Psiquiatría), (Soportes como: formatos de visita domiciliaria comunitaria)	No existe listado de agentes comunitarios en salud mental, por tanto no se realiza visitas domiciliarias por parte de los ACSM.	Psicóloga ESE	inmediato	Tener un listado definido de agentes comunitarios en salud mental dentro del municipio; capacitados para hacer seguimiento a pacientes que lo requieran.
6	Realiza caracterización de la población que presenta eventos relacionados a diagnósticos de Salud Mental, según el Plan Decenal de Salud Pública.	No se realiza caracterización de la población con diagnósticos en salud mental.	Psicóloga ESE	I semestre	Informe semestral de caracterización de eventos en salud mental a través de la línea de base identificando eventos de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, víctimas de violencia intrafamiliar y pacientes con epilepsia.
7	En historia clínica de programa de control prenatal y de atención al joven sano no se evidencia valoración de factores de riesgo para salud mental.	No se registra de manera completa ítems de búsqueda de factores de riesgo para salud mental en historia clínica De PYP.	Coordinadores de los diferentes programas.	inmediato	Diligenciamiento correcto de todos los ítems de valoración de factores de riesgo para salud mental.

8	En el servicio de Vacunación y otros servicios de PYP se realiza búsqueda de factores de riesgo para la Salud Mental, se indaga sobre situaciones de violencia. (Verificar mínimo dos historias clínicas)	En historia clínica de vacunación y salud oral no se indaga factores de riesgo para salud oral.	Coordinador de los diferentes programas.	inmediato	Registrar en historia clínica factores de riesgo para salud mental desde cualquier servicio de PYP.
9	En servicios amigables se realiza búsqueda de factores de riesgo para la Salud Mental de los usuarios y se están aplicando los tamizajes (ASSIST)	No se realiza búsqueda de factores de riesgo desde atención de programa de servicios amigables.	Psicóloga ESE	Inmediato	Reactivar servicios amigables para la realización de búsqueda de factores de riesgo en salud mental. a través de aplicación de tamizajes ASSIST.
10	En los municipios donde se ha implementado la estrategia PAPSIVI se garantiza la atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la norma 1448 (Ver soportes).	No se evidencia atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la estrategia papsivi.	Psicóloga ESE	Inmediato	Consolidar base de población víctima del conflicto armado y enviar de manera mensual reporte a dirección local de salud.
11	Se encuentran conformadas, socializadas visibles y operando las rutas de atención en Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil, Violencia Sexual y de género (que incluya IVE), Población víctima del conflicto armado y Conducta Suicida. (Ver soportes a la fecha). En toda ruta debe ir anexo el directorio telefónico de los/las líderes de las entidades que la conforman, actualizado cada seis (6) meses.	No se evidencia socialización de ruta de conducta suicida ni la ruta de población víctimas, tampoco se encuentran en lugares visibles de la institución como consulta externa y urgencias.	Psicóloga ESE	Inmediato	Acta de socialización, listado de asistencia y registro fotográfico.

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN


YULIETH CALDERÓN

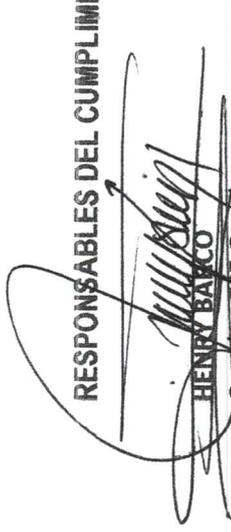
Directora local de salud



YAQUELINE TORRES

Profesional de apoyo salud pública DLS

RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO


HENRY BARCO
Gerente ESE Guachaves


PAOLA ANDREA CARANGUAY
Psicóloga ESE Guachaves



NOMBRE DE LA REUNIÓN	Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta DLS
	Día	Mes	Año			
EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL	12	06	2020	08:00 AM	01:00 PM	170.01-027.12
Lugar: Dirección Local de Salud						
Asistentes						
Nombre	Doc. Identificación	Área e Institución		Firma		
YULIETH CALDERÓN	1086982210	Directora local de salud.				
YAQUELINE TORRES	27456576	Apoyo gestión salud publica DLS				
PAOLA CARANGUAY	1086980651	Coord. Salud Mental				
HENRY BARCO	98260088	Gerente ESE				
Orden del día						
Saludo y explicación motivo de la visita			P. apoyo Salud Publica DLS			
Realizar evaluación y aplicar lista de chequeo			P. apoyo Salud Publica DLS			
Presentar soportes			Psicóloga			
Entrega de informe			P. apoyo Salud Publica DLS			
DESARROLLO						
<p>Siendo las 08:00 am del día 12 de junio del 2020, en instalaciones del centro de salud Guachavés ESE, se reunieron la profesional de apoyo DLS YAQUELINE TORRES y por otra parte la psicóloga de la ESE PAOLA ANDREA CARANGUAY Para hacer evaluación al programa; Se da un cordial saludo por parte de la profesional de apoyo a salud Pública, se agradece el compromiso, participación y colaboración en la aplicación del instrumento con el objetivo de evaluar la implementación del modelo de atención primaria en salud mental en la institución y de esa manera prestar un servicio de calidad a la población que lo requiera.</p>						
Los ítems a evaluar son:						
Administrativa						
Historias clínicas						
Hallazgos						
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS						
➤ No existe manual de procesos donde se identifique la ruta interna al servicio de psicología.						



De acuerdo al resultado de la lista de chequeo para este ítem se obtiene un puntaje de 11.76% equivalente a un nivel aceptable en el cumplimiento

INCLUSIÓN DEL COMPONENTE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL PROGRAMA DE SALUD PUBLICA

- No se tiene definido un plan de operativización de la estrategia ICDP
- No se tiene formulado plan de atención en emergencias en salud mental.
- No cuenta con plan de atención integral a población indígena.

De acuerdo al resultado de lista de chequeo en este ítem se obtiene un puntaje de 5,88%.

ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- No se tiene definido un listado de **ACSM** identificados agentes institucionales y externos.
- No se evidencia formatos de visitas domiciliarias comunitarias por parte de agentes comunitarios.
- No se realiza caracterización de la población con diagnósticos en salud mental.

De acuerdo al resultado de lista de chequeo en este ítem se obtiene un puntaje de 5.88%

INCLUSIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LOS PROGRAMAS DE PYP

- No se registra de manera completa ítems de búsqueda de factores de riesgo para salud mental.
- No se indaga sobre situaciones de violencia conducta ya seguimiento para valoración de factores de riesgo en salud mental en historia clínica del programa de salud oral.
- No se realiza búsqueda de factores de riesgo para salud mental en el servicio de vacunación.
- No se realiza búsqueda de factores de riesgo desde atención de programa de servicios amigables a través de aplicación de tamizajes ASSIST.

De acuerdo al resultado de lista de chequeo en este ítem se obtiene un puntaje de 26.5%

DESARROLLO DE ACCIONES PSICOSOCIALES

- No se evidencia atención diferencial y psicosocial de acuerdo a la estrategia papsivi.
- No se evidencia socialización de ruta de conducta suicida ni la ruta de población víctimas, tampoco se encuentran en lugares visibles de la institución como consulta externa y urgencias.

De acuerdo al resultado de lista de chequeo en este ítem se obtiene un puntaje de 5.88%.

Se concluye que hay diferentes actividades que se consignaron en plan de mejora haciendo un llamado de atención a los resultados obtenidos, y estimulando a conseguir avances óptimos en sus tareas; se da por finalizada la reunión y se hace entrega del plan de mejora siendo las 01:30 pm de la tarde en las instalaciones del centro de salud Guachavés ESE.

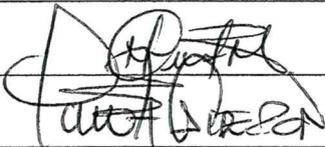
El porcentaje total de la evaluación realizada es de 79% que equivale a un nivel ACEPTABLE de cumplimiento.

Anexo: **plan de mejora**



Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

Responsables de la elaboración

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
YAQUELINE TORRES Apoyo salud publica		12	06	2020
YULIETH CALDERON Directora local de salud		12	06	2020



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 1 de 14

INFORMACIÓN AUDITORIA

Ciudad y Fecha: Pasto 26/08/2020		Hora inicio: 2:00 pm	Hora Cierre: 5:45 pm
Nombre de la Institucion Auditada:	ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVEZ		
Nombre del Representante Legal:	HENRY HERNAN BARCO RAMOS		
Nombre y cargo del delegado para la auditoria de la IPS:	MARCELA CALDERON – Subgerente Cientifica		
Nombre de la Auditoria a Realizar:	AUDITORIA A LA IMPLEMENTACION DE LA RESOLUCION 521 DEL 28 DE MARZO DE 2020 FASE II, ADHERENCIA A RIA MATERNO PERINATAL, ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS, ETV, TUBERCULOSIS Y DESNUTRICION AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS <u>MENORES DE 5 AÑOS</u>		
Medio por el cual se realiza:	Presencial () Virtual (X)		
Nombre del auditor Lider de la EPS:	NATHALY ELIZABETH GUERRERO		

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA

Determinar el nivel de cumplimiento de la red de prestadores primarios según la resolución 521 del 28 marzo 2020 respecto al procedimiento para la Atención ambulatoria en aislamiento preventivo obligatorio durante la emergencia sanitaria covid -19. e igualmente verificar el nivel de adherencia clínica a la RIA materno perinatal, a la atención de las emergencias obstétricas, ETV, tuberculosis y atención de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años con enfoque de accesibilidad y calidad en la prestación del servicio.

2. ALCANCE

La auditoría de la resolución 521 fase II, abarca desde la verificación de la organización para la prestación de las atenciones por parte de los EMS, la calidad de la atención prestada según cada modalidad de atención por grupo de riesgo, la cobertura de las tecnologías en salud prestadas, el reporte de la información enviada a la EPS hasta la verificación del proceso de entrega de medicamentos.

Además, esta auditoria involucra la verificación a través del registro clínico de la adherencia de las IPS a la atención de la RIA materno perinatal, las emergencias obstétricas, ETV, tuberculosis y desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 2 de 14

3. APERTURA DE LA AUDITORIA

- ✓ Se da la bienvenida al equipo de auditoría de la IPS por parte del equipo de Emssanar SAS.
- ✓ Se clarifica el objetivo de la visita, el tiempo de la misma y cuál es la metodología con la cual se va a realizar esta auditoría.
- ✓ Se deja la claridad que el ejercicio de auditoría plantea la revisión de unos requisitos que la IPS debe evidenciar hasta el cierre de la auditoria, en caso de no hacerlo la calificación será negativa.
- ✓ Finalmente y aclaradas todas las inquietudes con los profesionales dan el visto bueno a lo aquí planteado y será el lineamiento para la presente auditoria.

4. NO CONFORMIDADES (Hallazgos)

Teniendo en cuenta los lineamientos e instrumentos aplicados en el desarrollo de esta auditoria la ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVEZ obtuvo los siguientes resultados:

TABLA DE CALIFICACIONES

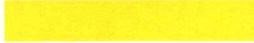
<i>RESOLUCIÓN 521 - FASE 2</i>	29.7%
<i>RUTA MATERNO PERINATAL: ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL Y ATENCIÓN PRENATAL</i>	37.5%
<i>RUTA MATERNO PERINATAL: ATENCIÓN DEL PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO</i>	64.1%
<i>EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS MSPS</i>	76.3%
<i>HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS</i>	
<i>URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS</i>	
<i>ATENCIÓN DE SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO</i>	
<i>ATENCIÓN DE NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA</i>	
<i>ATENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (TBC, DENGUE Y MALARIA)</i>	
PROMEDIO	51.9%

DESPACHO DE MEDICAMENTOS:

Definición Operativa	100.0%
Grupo 1	0.0%
Grupo 2	60.0%
Grupo 3	60.0%

PROMEDIO: **55.0%**

Como se aprecia en la anterior tabla los resultados obtenidos por la institución se encuentra en un nivel de cumplimiento de DEFICIENTE, teniendo en cuenta los lineamientos de calificación de esta auditoria resumidos en la siguiente tabla:

CALIFICACIÓN	
MUY DEFICIENTE (0 - 49)	
DEFICIENTE (50 - 79)	
ADECUADO (80 - 89)	
ÓPTIMO (90 - 100)	

Los hallazgos por cada ítem se describen a continuación:

1. Resolución 521 fase II

DEFINICION OPERATIVA Y COBERTURA

- Los soportes no fueron enviados en su totalidad en la fecha estipulada
- Cuenta con EMS nuclear activo, según resolución 578 del 01 de Julio 2020, sin embargo, se hace claridad a la Institución que en integrantes se deberá describir cargos mas no nombres

- Teniendo en cuenta la programación para 5 meses del área de gestión de riego de la EPS, para atención de los grupos de riego priorizados por la Resolución 521 del 2020, la cual se indica en el cuadro siguiente:

GRUPOS	TOTAL
GRUPO 1	455
GRUPO 2.1	96
GRUPO 2.2	93
GRUPO 3	37
GESTANTES	16

Se evidencia que no hay cumplimiento en número de teleconsultas que deben realizar ya que reportan para el mes de junio y julio, la realización de 4; en cuanto a la realización de visitas domiciliarias se cumple parcialmente ya que, si se logra la meta, se reportan para el mes de junio 38 y julio 49, pero no se clasifican por grupo de riesgo

- La Institución no cuenta con informe de oportunidades para las modalidades de atención implementadas por grupo de riesgo (suficiencia de equipos y personal, demanda inducida y espontánea)
- La Institución no cuenta con un informe sobre la oportunidad de respuesta de líneas telefónicas, para la asignación de citas, derivación de servicios, teleorientación (Número de llamadas contestadas, no contestadas y con derivación a otros servicios)
- No se cuenta con informe de análisis de oportunidad, por lo tanto, no se cuenta con plan de mejor
- La IPS no realiza reporte de la información a la EPS de las atenciones prestadas según los códigos CUPS de la resolución 521, se revisa facturación y no están facturando con los códigos correctos
- No hay cumplimiento de indicador de gestión de HTA y DM
- No se ha implementado a nivel institucional acciones de mejora para cumplimiento de indicador
- No hay cumplimiento de indicador de cobertura de captación temprana a control prenatal antes de las 10 semanas de gestación, ya se plantearon acciones de mejora.



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 5 de 14

COMPONENTE CLINICO

GRUPO 1

- Prestador pese a solicitud realizada en oficio enviado el 19/08/2020, no envía historias clínicas para revisión

GRUPO 2.1

- Prestador pese a solicitud realizada en oficio enviado el 19/08/2020, envía historias clínicas para revisión de manera tardía
- Se Realiza orientación sobre la adherencia y continuidad del tratamiento, pero no se verificar en historia clínica fecha de ultimo control y formulación, no se indaga por la cantidad de medicamentos con los que cuenta en el momento el usuario, para determinar si es necesario nueva formulación

GRUPO 2.2

- No se realiza identificación al cumplimiento de metas de tensión arterial en paciente con diagnóstico de HTA
- Se Realiza orientación sobre la adherencia y continuidad del tratamiento, pero no se verificar en historia clínica fecha de ultimo control y formulación, no se indaga por la cantidad de medicamentos con los que cuenta en el momento el usuario, para determinar si es necesario nueva formulación
- No lidera la concertación de PICP con la población incluyendo acciones en casa y de manejo hospitalario, educación e información al paciente y familia
- No oferta ni capta para las atenciones contempladas en los cursos de vida derivación de actividades programadas en el PICP

GRUPO 3.1

- No se realiza identificación al cumplimiento de metas de tensión arterial en paciente con diagnóstico de HTA
- Se Realiza orientación sobre la adherencia y continuidad del tratamiento, pero no se verificar en historia clínica fecha de ultimo control y formulación, no se indaga por la cantidad de medicamentos con los que cuenta en el momento el usuario, para determinar si es necesario nueva formulación

GRUPO 3.2

- No se realiza identificación al cumplimiento de metas de tensión arterial en paciente con diagnóstico de HTA
 - No realiza toma de glucometrías en diabéticos para identificación de cumplimiento de metas
 - Se Realiza orientación sobre la adherencia y continuidad del tratamiento, pero no se verifica en historia clínica fecha de último control y formulación, no se indaga por la cantidad de medicamentos con los que cuenta en el momento el usuario, para determinar si es necesario nueva formulación
2. **Ruta materno perinatal: preconcepcional, atención prenatal, atención de parto y recién nacido y puerperio**

ATENCION CUIDADO PRECONCEPCIONAL

- Se identifica que la Institución no está captando usuarias para consulta preconcepcional

IVE

- En HC se adjunta formato estandarizado de orientación y asesoría IVE, pero no se describe la fecha de realización de dicha asesoría, por lo que no es posible verificar si se realizó antes de la inscripción a la consulta para el cuidado prenatal
- En 4 HC no se registra la decisión tomada posterior a la asesoría y en 1 HC no tiene firma de usuaria

ATENCION PRENATAL

- Registro clínico con letra poco legible, con enmendaduras, tachones y espacios en blanco
- Usuarías que inician control prenatal tardío con 15 y 13 semanas de gestación
- La HC cuenta con los ítems para valoración obstétrica (N° de fetos, situación, presentación, fetocardia y movimientos fetales) pero en algunas HC se diligencian de manera ilegible
- Usuaría con 10.4 semanas de gestación a quien no se le ordena ecografía para tamizaje de aneuploidías
- No se suministra condones para prevenir el riesgo de ITS
- No se realiza valoración de factores de riesgo para evento tromboembólico según el anexo N°11 de la resolución 3280/2018



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 7 de 14

- No se provee desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que presenten alto riesgo de infección por geohelminthos con Albendazol
- No se realiza asesoría formal anticonceptiva, pues si se define en HC el método elegido para ser iniciado desde el post parto, pero no hay consentimiento informado firmado, ni HC de consulta en planificación familiar
- No se cumple con la frecuencia y numero de atenciones a las gestantes: Gestación de curso normal en una mujer nulípara mínimo 10 controles prenatales; si es multipara mínimo 7 controles durante la gestación
- En HC se evidencia que se remite al curso de preparación para el parto, pero al realizar la pregunta de asistencia el medico describe que no asiste debido a sector montañoso, o que no vive en el municipio o que está por definirse.

Atención en salud bucal

- No se evidencia que se cumpla con la atención en salud bucal de las mujeres gestantes, mínimo dos veces durante el embarazo

ATENCION DE PARTO Y PUERPERIO

- Registro clínico con letra poco legible, con enmendaduras, tachones y espacios en blanco

Admisión de la gestante

- No se indaga sobre la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre)
- No se evidencia la valoración del aspecto general de la gestante, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia
- No se evidencia la valoración obstétrica completa: frecuencia e intensidad de la actividad uterina, posición, situación y estación del feto, frecuencia cardiaca fetal, altura uterina, número de fetos y la estimación del tamaño fetal
- No se evidencia la valoración ginecológica completa: genitales externos, especuloscopia, tacto vaginal (presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino: masas, maduración, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica)



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 8 de 14

- No se evidencia la solicitud, toma y lectura de los paraclínicos:
 - a) Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo se solicita VDRL o RPR.
 - b) Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
 - c) Prueba para VIH (prueba rápida)
 - d) Gota gruesa en zona endémica de malaria.
 - e) Hematocrito y hemoglobina.
 - f) Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal
- No se realiza valoración de las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación

Atención del primer periodo del parto

- No se garantiza y registra en historia clínica que la mujer en trabajo de parto este acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija
- No se educa a la gestante que puede adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desea
- Se registra en HC que se diligencia partograma pero no se evidencia registro del mismo
- Se realiza amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo

Atención del expulsivo

- En una HC se evidencia que al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante no es trasladada a la sala de partos
- No se realiza pinzamiento del cordón umbilical de acuerdo a indicaciones descritas en la resolución 3280/2018

Atención del alumbramiento

- No se verifica la expulsión completa de la placenta: cara materna (observar su integridad), cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera), integridad de las membranas, aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos

- En la atención del alumbramiento no se verifica la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Signos vitales maternos.
 - b) Globo de seguridad.
 - c) sangrado genital.
 - d) Revisión de suturas vulvares o el sitio de la episiotomía.

Puerperio inmediato

- En el puerperio inmediato no se verifica la vigilancia de la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Signos vitales maternos.
 - b) Globo de seguridad.
 - c) Sangrado genital.
 - d) Revisión de las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía (cada 15 minutos durante las 2 horas siguientes)
- No se aplica a lista de chequeo del posparto (descrita en manual de seguridad del paciente).
- No se aplica la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score) (ANEXO5 RIA MP).
- No se reevalúa el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos y se iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones.

Puerperio mediato

- No se educa y apoya a la gestante para que realice deambulación temprana y alimentación adecuada
- No se realiza el tamizaje para depresión posparto a través de las siguientes preguntas:
 - a) Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?
 - b) Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?
- En una HC no se evidencia consulta donde se realice asesoría y se garantiza método anticonceptivo con una cobertura de al menos 3 meses antes del alta hospitalaria, se evidencia únicamente formato de consentimiento informado, pero no la historia clínica de anticoncepción

- No se agenda la cita de control del posparto que deberá realizarse entre el tercer y el quinto día posparto.

Consulta posparto

- Se evidencia que la usuaria es atendida al sexto día post parto
- No se verifica la indagación de:
 - Presencia de signos o síntomas de alarma.
 - Estado de ánimo y el bienestar emocional.
 - Cuidado del recién nacido y lactancia materna.
 - Sexualidad en el posparto.
 - Patrón de sueño.
- No se realiza el tamizaje para depresión posparto a través de las siguientes preguntas:
 - a) Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?
 - b) Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionararan placer?
- No se hace seguimiento al uso del método de planificación familiar o se ofrece métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método en el puerperio.
- No se valora involución uterina, sangrado vaginal y se revisa las cicatrices de cesárea o episiotomía
- No se informa sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo.

ATENCION DEL RECIEN NACIDO

En el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal), y dentro de los primeros 90 minutos de vida, no se desarrollan las siguientes actividades:

- No se evidencia que se realiza la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona
- Para la prevención de la oftalmía neonatal, se debe realizar con solución oftálmica de Povidona iodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. Es importante tener en cuenta que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.

Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida

- No se calcula la edad gestacional y se confirma la correlación de peso y edad gestacional
- No se revisan y analizan los resultados de laboratorio; hemoclasificación y otros exámenes de laboratorio
- No se evidencia la realización del tamizaje visual: se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano.
- No se evidencia la realización del tamizaje auditivo
- No se verifica y descarta factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo.
- No se evidencia educación a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido y recomendaciones antes del egreso (entrega de material escrito - anexo 10 RIA MP)
- No se evidencia se asigna la cita de control del recién nacido entre los siguientes tres a cinco días.

Control ambulatorio del recién nacido

- Se evidencia que el RN es atendido al sexto día post parto
- No se realiza la anamnesis enfocada en verificar la lactancia materna y sus dificultades, inicio de otros alimentos, hábitos de micción y deposición, posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.
- No se realiza lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, y de otros), o verificar que se hayan tomado y se estén procesando.
- Fortalecer las recomendaciones a la madre para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa y signos de alarma específicos para consulta a urgencias
- No se asigna la cita de control para la valoración integral en salud según la RIA PMS de la Primera infancia.



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD-08

Página 12 de
14

3. Emergencias obstétricas

INGRESO DE LA PACIENTE A LA INSTITUCIÓN

- No hay soportes que evidencie existen rampas de acceso para el ingreso de las usuarias a la institución

ADMISIÓN

- No hay un área específica para la admisión de las gestantes
- No hay soportes que evidencie que todo el personal de la institución conoce donde dirigir a las mujeres en trabajo de parto o en emergencia obstétrica para ser evaluadas
- No hay soportes que evidencie cuál es el tiempo promedio de espera de la paciente entre el ingreso a la institución y a la atención de emergencia

EVALUACIÓN MÉDICA, REANIMACIÓN INICIAL, TTO FARMACOLÓGICO, TOMA DE LABORATORIOS, REEVALUACIÓN MÉDICA.

- No hay evidencia que soporte si la cobertura del médico es suficiente para la carga de trabajo
- No hay evidencia que soporte un estándar de asignación de personal de enfermería
- No hay evidencia de medición de la adherencia a las guías de atención obstétrica
- No existe un plan específico para la inducción del personal nuevo en el servicio para la atención integral de la emergencia obstétrica

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO U OBSTRUIDO

- No existe un protocolo de cumplimiento obligatorio para la atención del trabajo de parto distócico en la sala de partos
- No existe un protocolo de remisión para la paciente que tenga distocia en el trabajo de parto
- Se registra en HC que se diligencia partograma, pero no se evidencia registro del mismo

SEGURIDAD CLÍNICA

- No hay soporte donde se evidencie que existen mecanismos institucionales para la identificación de pacientes, identificación de alergias y riesgo de caídas



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 13 de
14

SEPSIS O INFECCIÓN

- No hay soporte de indicadores que permitan evaluar la calidad del manejo y la referencia

NOTA: En cuanto a Hemorragias obstétricas, Urgencias y emergencias hipertensivas, Sepsis y choque séptico, Desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, Enfermedades transmitidas por vectores (dengue y malaria) y tuberculosis, no se aplica listas de chequeo, ya que la IPS certifica que no ha presentado casos en el transcurso de este año.

5. CONCLUSIONES

- ✓ Se evidenció que es necesario fortalecer los canales de comunicación interna, con el fin de que se pueda dar respuesta adecuada y oportuna a las solicitudes de los diferentes entes de supervisión.
- ✓ Es importante tener en cuenta que se hace necesario documentar evidencias, que adecuadamente sustenten las gestiones realizadas en cada proceso a evaluar.
- ✓ El responsable del proceso debe planear y ejecutar las acciones de mejoramiento necesarias para subsanar las debilidades encontradas en el procedimiento auditor.
- ✓ Se pudo percibir por parte del personal de la IPS compromiso, colaboración y deseo por contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención de nuestros usuarios.

6. OBSERVACIÓN Y RECOMENDACIONES

- ✓ Se sugiere a la IPS continuar con la capacitación y evaluación permanente del personal de salud en guías, protocolos y normatividad recomendados en las auditorías, según necesidades de la institución y por lineamientos establecidos por entes territoriales.
- ✓ Se recomienda a la IPS realizar un proceso interno de auditorías de calidad del registro clínico y de adherencia a guías y protocolos en recuperación de la salud y de cada uno de los programas de promoción y mantenimiento que permitan evidenciar fallas de calidad y generar acciones de mejora.
- ✓ Establecer un proceso permanente, ordenado y continuo de inducción y empalme al personal nuevo que ingrese a la institución para evitar desmejora en los programas y servicios de la institución.
- ✓ Realizar seguimiento continuo a los planes de mejora pactados en cada visita de auditoría que permita el cumplimiento de las acciones planteadas y que generen un impacto permanente en la mejora de la prestación de servicios por la IPS.



INFORME GENERAL AUDITORIA

VERSION
1

EDICIÓN
Abril 2014

CODIGO:
FEPS-AUD- 08

Página 14 de
14

7. CIERRE DE AUDITORIA

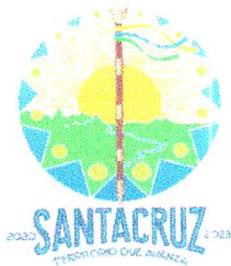
- ✓ Se agradece la participación y colaboración en el desarrollo de la auditoria, logrando de esta manera cumplir con el objetivo planteado.
- ✓ Se socializa a los participantes de la IPS los hallazgos evidenciados y los porcentajes de cumplimiento obtenidos en esta auditoria
- ✓ Se solicita construir plan de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados y enviarlo al email nathalyguerrero@emssanar.org.co en un plazo máximo de 8 días hábiles a partir de la fecha.
- ✓ Finalmente, aclaradas todas las dudas se da por terminado el proceso de auditoría.

LISTADO DE ASISTENCIA PARTICIPANTES PROCESO DE AUDITORIA

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Teléfono	Correo electrónico	Cargo	Firma
Yingeth Cruz Vera	1086138852	3208352630	Yingethcruz@gmail.com	Enfermera	Yingeth Cruz
Haileny Atiles	27456314	3127957710	Hailenyf-15@hotmail.es	Det Clinica	Haileny
Daniela Zamudio Muñoz	1085323609	3164513459	Daniela-zamudio@hotmail.com	Médico.	(Daniela)
Marcela Coblerch	77456571	77456571	Subgerencia@emssanar.org.co	gerencia	Marcela

Firma responsable auditoria EPS:

NATHALY ELIZABETH GUERRERO
Auditor promoción y mantenimiento de la salud
Emssanar SAS



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **MARCELA CALDERÓN**, identificado con cedula número **27456571** Coordinadora del programa Ampliado de Inmunizaciones, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- En primer trimestre se programaron 9 actividades las cuales se realizaron en su totalidad para un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
*Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.*



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **LILIANA TELPIZ**, identificado con cedula número **1085934907** expedida en Ipiales Coordinadora de la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales Y Reproductivos, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- En primer trimestre se programaron 10 actividades de las cuales se realizaron 7 con un cumplimiento del 70% de las actividades programadas.

Durante el primer trimestre quedo pendiente realizarse 3 actividades las cuales relaciono a continuación:

1. participar de un programa radial de prevención de embarazos en adolescentes el cual estaba programado para la fecha: 19 de febrero del 2020
2. Desarrollar 2 encuentros de intercambio de conocimientos y experiencias con docentes líderes del proyecto de salud sexual de las instituciones educativa San Juan Bautista y nuestra señora de Lourdes con el fin de orientarlos sobre el desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva y el empoderamiento para transmitir el ejercicio de los derechos en los jóvenes

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
*Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.*



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la bacterióloga **ANA MARÍA BACCA**, identificado con cedula número **1089244358** Coordinadora de enfermedades transmisibles, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- Primer trimestre se programaron 13 actividades de las cuales se cumplieron 8 para un cumplimiento del 62% de las actividades programadas

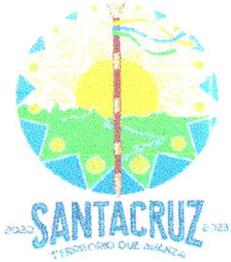
Las actividades que faltaron cumplir son:

1. Celebración del día mundial de lucha contra la Tuberculosis
2. Celebración Día mundial de lucha contra la enfermedad de Hansen
3. una actividad educativa con los mineros del sector la bombona con tamizajes para Tuberculosis y toma de BK.
4. Una actividad educativa grupos beneficiarios del adulto mayor, víctimas del conflicto y personas con discapacidad sobre tuberculosis y lepra aplicando tamizajes de sintomáticos respiratoria.
5. Una actividad educativa con docentes, padres de familia y estudiantes con las instituciones Educaciones Nuestra Señora de Lourdes, Institución Educativa San Juan Bautista y centro educativo Santa Rosa sensibilizando en prevención de de TBC, Lepra y ETV, búsqueda de sintomáticos respiratorios y sintomáticos de piel.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL

Coordinadora de salud pública
Municipio de Santacruz.



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **IVON MARITZA VILLOTA**, identificado con cedula número **1085323700** Coordinadora del programa Ampliado de Inmunizaciones, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

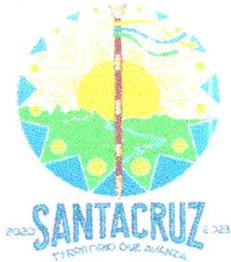
- En segundo trimestre se programaron 4 actividades de las cuales se realizaron 3 para un cumplimiento del 75% de las actividades programadas.

Las actividades que no se realizaron son:

1. Programa radial en importancia de la vacunación haciendo énfasis en la vacuna de VPH y toxoide tetánico.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
Coordinadora de salud pública
Municipio de Santacruz.



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **IVON MARITZA VILLOTA**, identificado con cedula número **1085323700** Coordinadora del programa de Salud Infantil, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- Segundo trimestre se programaron 11 actividades de las cuales se dio cumplimiento a 8 actividades con un cumplimiento del 73 % de las actividades programadas.

Actividades que faltaron cumplir:

1. Implementar 3 salas UROCS y UAIRAS
2. Realizar un video educativo sobre el manejo de salas UROCS y UAIRAS con el fin de socializarlo con los líderes comunitarios de las veredas donde se encuentran dichas salas.
3. Realizar perifoneo en sector urbano y rural donde se informe sobre generalidades de IRA, Tratamientos en casa, signos de peligro, cuidados para los niños en tiempos de cuarentena, y de acuerdo a lineamientos nacionales y municipales en relaciona COVID-19.
4. Participar de 3 programas radiales: prevención y cuidados en casa IRA y EDA enfocado en menores, cuidados del recién nacido, signos de alarma en el cuidado físico y mental de los niños de acuerdo a su edad especificar por sistemas.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.



Alcaloría Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **LILIANA TELPIZ**, identificado con cedula número **1085934907** expedida en Ipiales Coordinadora de la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales Y Reproductivos, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- En Segundo trimestre se programaron 3 actividades de las cuales se realizaron 3 con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (03) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
*Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.*



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la bacterióloga **ANA MARÍA BACCA**, identificado con cedula número **1089244358** *Coordinadora de enfermedades transmisibles*, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- segundo trimestre se programaron 11 actividades las cuales se realizaron en su totalidad para un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL

*Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.*



Alcalalía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

OFICIO N. DLS 20.170.181
Santacruz, Guachavés 21 de julio del 2020

Doctora:
MARLEY CHARA
Subgerente Centro de Salud Guachaves

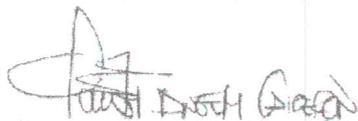
Enfermera:
MARITZA VILLOTA
Coordinadora salud infantil

ASUNTO: entrega plan de mejora programa de salud infantil.

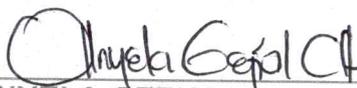
La dirección local como ente de inspección y vigilancia y teniendo la auditoría realizada el día 08 de julio del presente año al programa de salud infantil del Centro de Salud Guachaves ESE me permito hacer entrega del plan de mejora que se elaboró después de evaluar el programa y encontrar unas actividades incumplidas; cabe resaltar que en los próximos meses se estará haciendo una auditoria de seguimiento al programa como verificación de que se cumpla con las actividades pendientes.

Esperando contar con su valiosa colaboración me suscribo

Cordialmente:



YULIETH CALDERON
Directora local de salud



ANYELA GETIAL
Coord. Salud publica





ACTA N° DLS 170.01.027.20

NOMBRE DE LA REUNIÓN	FECHA			HORA INICIAL	HORA FINAL
	DÍA	MES	AÑO		
Auditoria al programa de salud infantil del Centro de Salud Guachaves ESE	08	07	2020	02:00	05:30

ASISTENTES

N	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	MARITZA VILLOTA	Coordinadora programa del Centro de Salud Guachaves ESE	MARITZA VILLOTA 1085-323-700'
2	ANYELA JULIETH GETIAL	Coordinadora Salud Pública DLS.	
3	YULIETH CALDERÓN	Directora Local De Salud	

ORDEN DEL DÍA

N.	TEMÁTICA	RESPONSABLE
1	Explicar el objetivo de la visita	Coord. Salud Publica DLS
2	Realizar evaluación al programa de salud infantil del Centro de Salud Guachaves ESE aplicando lista de chequeo.	Coord. Salud Publica DLS
3	Entrega del acta y plan de mejora.	Coord. Salud Publica DLS

DESARROLLO

Siendo las 02:00 de la tarde del día 08 de julio del año 2020 se reunieron en las instalaciones del Centro de Salud Guachaves ESE del municipio de Santacruz, la coordinadora de salud pública de la Dirección Local de Salud ANYELA GETIAL y por otra parte la enfermera jefe Coordinadora del programa de salud infantil MARITZA VILLOTA con el fin de realizar evaluación al programa de salud infantil de la institución.

- Se procede a explicar el objetivo de la auditoria al programa de salud infantil donde se va evaluar a través de un instrumento lista de chequeo facilitado por el IDSN, con el fin de que estén en mejora continua y se brinde una atención adecuada y de calidad a la comunidad que requiere de estos servicios.
- A medida que se piden soportes se explica la importancia de que el programa este actualizado bajo las directrices emanadas por MSPS como es Resolución 3280 del 2018.
- se da a conocer lista de chequeo que se aplicara en la auditoria.
- Se realiza asistencia técnica y retroalimentación de los contenidos.



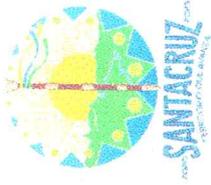
Se agradece por la atención prestada haciendo un llamado de atención en cuanto a los resultados obtenidos y estimulando a conseguir avances óptimos en sus tareas, se da por finalizada la reunión siendo las 05:30 p.m. en las instalaciones del Centro de Salud Guachaves ESE

ANEXOS

- Oficio de notificación de visita
- Lista de chequeo
- Plan mejora Programa de salud infantil

COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE A EJECUTAR	FECHA			OBSERVACIONES
		DIA	MES	AÑO	
Ejecutar plan mejora con actividades pendientes de evaluación realizada al programa de salud infantil.	Coordinadora salud infantil del Centro de Salud Guachaves ESE	08	07	2020	Según plan mejora.

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
<i>Anyela Getial</i> Coordinadora de salud pública DLS		08	07	2020



Alicia Municipal de Santacruz
NIE: 800019685-0

PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL
JULIO 2020

Dirección Local De Salud

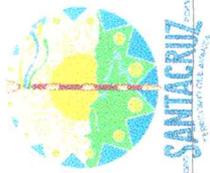
Fecha: 08 de julio 2020

Persona que atiende la visita: Maritza Villota

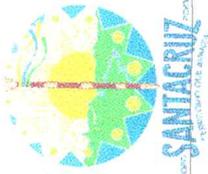
Responsable de la visita: Anyela Getial

Tras realizar la evaluación al programa de salud Infantil del Centro de Salud Guachaves ESE se encontraron unas actividades incumplidas que se consignaron en un plan de mejora relacionado a continuación.

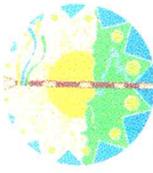
N.	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR
GENERALIDADES				
1	La institución cuenta con indicadores en salud infantil: Morbilidad y Mortalidad EDA -ERA - Desnutrición - Hipotiroidismo congénito, Bajo Peso al Nacer - Mortalidad Perinatal, No. Niños que ingresan y reingresan a salas ERA, lactancia materna exclusiva, número de niños inscritos al crecimiento y desarrollo, cuantos asistentes, inasistentes.	No cuentan con indicadores en salud infantil en ninguno de los programas, no se realiza análisis de la cantidad de menores hay inscritos en crecimiento y desarrollo y cuantos asisten y cuantos son inasistentes. En el año 2020 se han inscrito 20 de primera vez y de control con enfermería 77, control médico: 78	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
2	La institución cuenta con Plan de Trabajo para los cuatro años para Atención Materno Infantil y se socializó con todo el personal, se encuentra ajustado de manera anual este plan teniendo en cuenta las actividades PAS 2020.	La institución no cuenta con plan de trabajo para atención materno infantil para los cuatro años socializado con el personal.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
3	La institución debe contar con la programación de la población a atender en los programas y estrategias de Salud Infantil año 2020 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	No cuenta con la programación de la población a atender en los programas y estrategias de salud infantil para el año 2020 correspondiente a cada EAPB, a la	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020



		fecha están suspendidos los controles de CyD debido a la emergencia sanitaria.		
4	La institución cuenta con Inducción y reinducción al personal de salud por cada componente de salud infantil	No cuentan con soportes de la inducción realizada al personal nuevo de la institución en el programa de salud infantil y cada uno de sus componentes.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
MINUTO DE ORO				
5	La institución cuenta con Área de partos con temperatura adecuada (Tibia) temperatura entre 24 y 26° , verificada con termómetro.	No tienen termómetro en la sala de partos para verificar la temperatura, en caso haber un parto se prende el calefactor adecuar la temperatura de la sala.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
AIEPI CLINICO				
6	La institución cuenta con sitio adecuado, Tarjeta para la madre, Rotafolio de prácticas claves, se inicia primeras dosis de medicamento, evalúa si la madre o cuidador asimiló la información, se evidencia Remisión a AIEPI Comunitario de los casos que requieren seguimiento de acuerdo a la complejidad de cada caso.	En la institución no se inicia primeras dosis de medicamento tampoco hay evidencia en historia clínica que evalué la capacidad de entendimiento del cuidador del menor y tampoco hay evidencia de menores remitidos al AIEPI comunitario de los menores que requieren seguimiento.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
7	Se realiza remisión del AIEPI comunitario al clínico en la institución.	Enfermera refiere que no han tenido remisiones del AIEPI comunitario al AIEPI clínico, de lo cual se solicita que se realice una evaluación exhaustiva y búsqueda de menores que presenten alteraciones en el desarrollo por medio de promotoras para seguimiento e intervención oportuna para	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020



		evitar casos de desnutrición y riesgo de desnutrición en la institución.		
8	El medico realiza adecuadamente la clasificación del crecimiento según rejillas de peso y talla para la edad y desviaciones estándar.	Se revisa HC: 1086983467 no tiene llenado rejillas, escala abreviada del desarrollo, se recomienda que se revisen las historias clinicas para que se diligencia adecuadamente y completa.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
9	Se está diligenciando de manera adecuada el informe mensual de AIEPI clínico en el aplicativo en línea de la institución.	Enfermera refiere no conocer que se debía realizar el cargue de HC al aplicativo en línea del IDSN por lo cual no lo ha estado realizando	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
AIEPI COMUNITARIO				
10	Se cuenta con programación de actividades a desarrollar teniendo en cuenta factores de riesgo priorizados.	Cuenta con mapa identificando factores de riesgo sin embargo no se tiene programación de actividades educativas programadas teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
11	El personal médico y enfermeras aplican adecuadamente el procedimiento, para la referencia y contra referencia del AIEPI clínico al comunitario y comunitario al clínico para el respectivo seguimiento del menor de cinco años	Enfermera refiere que no han tenido usuarios con enfermedades De remisión de AIEPI clínico a comunitario por lo cual no se puede evidenciar que la referencia y contra referencia se realice de manera adecuada y su respectivo seguimiento.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020
12	La institución cuenta con material educativo como: Rotafolio prácticas clave, Manual del facilitador de agentes comunitario en salud y Actores sociales, fichas de censo, cartillas de UROCS, UAIRACS, cuadro de valoración para el desarrollo, Rotafolio agentes comunitarios en salud, Remisión desde AIEPI clínico, Remisión	No cuenta con suficiente material educativo, falta material IEC en salas UROCS y UAIRAS, rotafolio de agentes comunitarios	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020



	de comunitario a clínico, Formato de visita de seguimiento, cinta de toma perimetro braquial.				
13	Numero de Unidad de rehidratación oral comunitaria UROC y Unidades de infecciones respiratorias agudas UAIRAS implementadas	La institución no cuenta con salas UROCS y UAIRAS en funcionamiento.	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
14	La ESE Cuenta con estrategias o mecanismos que garanticen la atención inmediata de la población infantil remitida por el personal que atiende las unidades de UROC y UAIRAS		Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
15	Realiza el registro de niños atendidos en las UROC/UAIRAS		Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
16	Seguimiento a toda la población infantil que consulto a unidades UROC y UAIRAC		Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
SALA ERA					
17	Cuantos niños menores de 5 años se han atendido en las salas ERA o EDA de manera mensual y de estos cuantos se han remitido en la institución.	Enfermera no tiene estos registros, refiere que ninguno se ha remitido, por lo cual se solicita que se cuente con un registro diario de menores atendidos en sala era de manera ordenada y su respectivo seguimiento en caso de que hayan sido remitidos	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
18	Se diligencia el registro diario de la atención de niños y niñas menores de cinco años atendidos en SALAS ERA de la institución	No cuentan con registro diario de menores atendidos en sala ERA	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	
19	Existe concordancia entre niños atendidos en salas era vs RIPS de niños que consultaron por ERA en consulta externa y urgencias.	No existe concordancia entre los menores atendidos en sala ERA, los Rips de	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020	



		facturación y los informes que semanalmente se entrega a DLS	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
20	Al niño o niña se le realiza el tamizaje auditivo neonatal o en caso contrario se ordenó para su realización en los primeros tres meses de vida.	Se revisa HC: 1086528245, 1086983427, 1086983467, las cuales no cuentan con remisión para realización de tamizaje auditivo	Centro de Salud Guachaves ESE Julio-Agosto 2020
21	Se está diligenciando de manera adecuada la plantilla informe trimestral de crecimiento y desarrollo y se envía oportunamente a la DLS	Debe entregarse los 5 primeros días a dirección local, hasta el momento 08 de julio no se ha enviado a DLS	Centro de Salud Guachaves ESE Julio-Agosto 2020
22	Se está realizando análisis de la información de los niños atendidos en las consultas de crecimiento y desarrollo, cuántos casos de DNT, menor trabajador, lactancia materna, DISCAPACIADA resultado de TSH	La institución no hace análisis de los resultados de TSH de los menores debido a que no saben lo resultados de los menores que nacen en otras instituciones. Se solicita que los informes se entreguen a DLS con copia de los soportes de seguimiento de la historia clínica como: visitas domiciliarias, consultas médicas de control, lo anterior debido a que en los informes entregados a DLS en el primer trimestre no se logra evidenciar el seguimiento verdadero realizado a los eventos presentados en salud infantil	Centro de Salud Guachavés ESE Julio-Agosto 2020
HIPOTIROIDISMO			
23	Existen mecanismos para conocer los resultados de TSH tomados a los RN en otras instituciones de salud.	La institución no cuenta con mecanismos para conocer los resultados de TSH de los menores que nacieron en otras instituciones	Centro de Salud Guachaves ESE Julio-Agosto 2020



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
SANTACRUZ			
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable del programa	MARITZA VILLOTA- enfermera profesional
Responsable DLS	ANYELA JULIETH GETIAL		
GENERALIDADES		CUMPLE: 1 NO CUMPLE: 0	OBSERVACIONES
1	Cuenta con indicadores en salud infantil: Morbilidad y Mortalidad EDA -ERA - Desnutricion - Hipotiroidismo congénito, Bajo Peso al Nacer - Mortalidad Perinatal, No. Niños que ingresan y reingresan a salas ERA, lactancia materna exclusiva, número de niños inscritos al crecimiento y desarrollo, cuantos asistentes, inasistentes .	0	NO CUENTAN CON INDICADORES EN SALUD INFANTIL EN NINGUNO DE LOS PROGRAMAS, NO SE REALIZA ANÁLISIS DE LA CANTIDAD DE MENORES HAY INSCRITOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y CUANTOS ASISTEN Y CUANTOS SON INASISTENTES, EN EL AÑO 2020 SE HAN INSCRITO 20 DE PRIMERA VEZ Y DE CONTROL CON ENFERMERIA: 77, CONTROL MEDICO: 78
2	La institucion hace parte activa del Comité de Salud Infantil activo con reuniones trimestrales. (Verificar actas de reunión las cuales contiene analisis de indicadores y estado de las salud infantil del Municipio, según resultados - hallazgos se formulan planes de mejora)	1	COMITÉ DE SALUD INFANTIL SE REACTIVO EL DIA 31 DE ENERO DEL 2020, ACTA DEL 03/04/2020 PENDIENTE ACTA DEL SEGUNDO TRIMESTRAL.
3	La institucion cuenta con politica institucional Atención Materno-Infantil(IAMI,AIEPI), cuenta con Comité IAMI activo según nuevos lineamientos y es operativo.	1	A INSTITUCION CUENTA CON RESOLUCION DE IMPLEMENTACION DE COMITÉ IAMI INSTITUCIONAL Y POR QUIEN SE CONFORMA DEL DIA 04/02/2019
5	Cuenta con Plan de Trabajo para los cuatro años para Atención Materno Infantil y se socializó con todo el personal, se encuentra ajustado de manera anual este plan teniendo en cuenta las actividades PAS 2020.	0	LA INSTITUCION NO CUENTA CON PLAN DE TRABAJO PARA ATENCION MATERNO INFANTIL PARA LOS CUATRO AÑOS SOCIALIZADO CON EL PERSONAL.
7	Cuenta con estrategia de georeferenciación para los eventos Infantiles (Ver soportes exclusivo para infancia). Presentar soportes de seguimiento a los casos identificados.	1	
8	cuentan con la programacion de la poblacion a atender en los programas y estrategias de Salud Infantil año CRECIMIENTO Y DESARROLLO	0	NO CUENTA CON LA PROGRAMACION DE LA POBLACION A ATENDER EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL, CYD CORRESPONDIENTE A CADA EAPB.
9	Cumplimiento y ejecucion del PAS 2020 a la fecha. (Conoce PIC, Como desarrolla las acciones, a que poblacion estan dirigidas las actividades, que % llevan ejecutado)	1	SOPORTES EN OFICINA DE DLS, HASTA EL MOMENTO SE HAN EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PIC 2020 HASTA EL SEGUNDO TRIMESTRE.
10	INDUCCIÓN Y REINDUCCION AL PERSONAL DE SALUD POR CADA COMPONENTE DE SALUD INFANTIL	0	NO PRESENTA SOPORTES O EVIDENCIAS DE QUE AL PERSONAL NUEVO SE HAGA INDUCCION EN LOS DIFERENTES COMPONENTES DE SALUD INFANTIL.
TOTAL DE ITEMS EVALUADOS		8	
TOTAL DE ITEMS CUMPLIDOS		4	
TOTAL DE CUMPLIMIENTO		50%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
SANTACRUZ			
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa	MARITZA VILLOTA- ENFERMERA PROFESIONAL
Responsable DLS	ANYELA JULIETH GETIAL		
MINUTO DE ORO		CUMPLE: 1 NO CUMPLE: 0	OBSERVACIONES
1	Personal médico o enfermera capacitado por en la estrategia Ayudando a los Bebés Respirar (ABR).	1	
2	La institución tiene contemplado la estrategia Ayudando a los Bebés Respirar : Verificar implementación.	1	PRESENTA RES.048 DEL 25/01/2018 DE LA IMPLEMENTACION DEL LIBRO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI, CUENTA CON DILIGENCIAMIENTO DE LA ESTRATEGIA ABR
3	Conoce y aplica el plan de acción de ABR en caso de ser necesario, verificar equipos e insumos necesarios para la atención de ABR. (Verificar insumos donados por el IDSN Donde aplique)	1	CUENTA CON EL KIT DEL MINUTO DE ORO EN SALA DE PARTOS
LA INSTITUCION CUENTA CON INSTALACIONES FISICAS		PUNTAJE	OBSERVACIONES
4	• Area limpia La institución cuenta con instalaciones físicas adecuadas.	1	
5	• Area con temperatura adecuada (Tibia) temperatura entre 24 y 26°, verificada con termómetro.	0	NO TIENEN TERMOMETRO EN LA SALA DE PARTOS PARA VERIFICAR LA TEMPERATURA, EN CASO HABER UN PARTO SE PRENDE EL CALEFACTOR ADECUAR LA TEMPERATURA DE LA SALA.
6	• Lámpara portatil (necesidad de evaluar al RN).	1	
SISTEMAS DE INFORMACION		PUNTAJE	OBSERVACIONES
7	Dispones del formato " resumen mensual de ABR y atención esencial del RN en sala de parto" diligenciados de manera clara y completa. Realiza registro diario de atención de partos y el consolidado mensual de ABR	1	SE REGISTRA DE MANERA COMPLETA Y CLARA EL ABR, EN EL 2020 SE HAN ATENDIDO 8 PARTOS, SE HAN REMITIDO: 8, PARTOS DOMICILIARIOS: 2
8	Existe oportunidad en el envío de indicadores minuto de oro a la oficina de salud infantil via correo electronico a sioficinaidsn@gmail.com.	1	SE ENVIA INFORMACION DE ABR A DLS LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES Y HASTA EL 10 DE CADA MES SE ENVIA DESDE DLS A LA OFICINA DE SALUD INFANTIL
TOTAL DE ITEMS EVALUADOS		8	
TOTAL DE ITEMS CUMPLIDOS		6	
TOTAL CUMPLIMIENTO MINUTO DE ORO		75%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio			
SANTACRUZ		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa (Nombre - Profesion)	MARITZA VILLOTA-ENFERMERA
Responsable DLS	ANYELA JULIETH GETIAL		

ITEM	AIEPI CLINICO	CUMPLE: 1 NO CUMPLE: 0	OBSERVACIONES
INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES		PUNTAJE	
1	Dispone la institución de insumos necesarios para el desarrollo de AIEPI: Identificación de los servicios, Es de fácil acceso a los servicios (consulta externa, vacunación, salud oral, atención prenatal, urgencias, Salas ERA) , Consultorio adecuado y cin insumos y elementos necesarios para la atención de niños menores de cinco años. con espacios cerrados y ambientes delimitados, Lavamanos, Unidad sanitaria, Iluminación adecuada, Ventilación adecuada.	1	El consultorio cuenta con: Espacio para evaluar al paciente, Fonendoscopio, y tensiometro pediátrico, Tallímetro Horizontal y Vertical, Tarjeta para la madre, Silla para el trabajador, usuario y acompañante, Equipo de organos, Balanza de pie, Historia clínica AIEPI, Mesa o Escritorio, Linterna, Pesa Bebé, Cuadro de Procedimientos, Reloj de pared con segundero, cinta metrica, Doppler.
POSTCONSULTA		PUNTAJE	OBSERVACIONES
2	sitio adecuado, Tarjeta para la madre, Rotafolio de practica claves, se inicia primeras dosis de medicamento, evalua si la madre o cuidador asimiló la información, se evidencia Remisión a AIEPI Comunitario de los casos que requieren seguimiento de acuerdo a la complejidad de cada caso.	0	EN LA INSTITUCIÓN NO SE INICIA PRIMERAS DOSIS DE MEDICAMENTO TAMPOCO HAY EVIDENCIA EN HISTORIA CLÍNICA QUE EVALUÉ LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO DEL CUIDADOR DEL MENOR Y TAMPOCO HAY EVIDENCIA DE MENORES REMITIDOS AL AIEPI COMUNITARIO DE LOS MENORES QUE REQUIERAN SEGUIMIENTO.
3	Refuerza signos de peligro y cuando regresar a consulta	1	HC: 1086983467 CYD
4	Se realiza remision del aiepi comunitario al clinico (numero de remisiones)	0	ENFERMERA COORD DEL PROGRAMA REFIERE QUE NO HAN TENIDO REMISIONES DEL AIEPI COMUNITARIO AL AIEPI CLÍNICO, DE LO CUAL SE SOLICITA QUE SE REALICE UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA Y BÚSQUEDA DE MENORES QUE PRESENTEN ALTERACIONES EN EL DESARROLLO POR MEDIO DE PROMOTORAS PARA SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN OPORTUNA PARA EVITAR CASOS DE DESNUTRICIÓN Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LA INSTITUCIÓN.
5	se garantiza la asignacion de la cita de control al menor por parte de la institucion teniendo en cuenta clasificacion según AIEPI.	1	SE CITAN A LOS MENORES A LOS CONTROLES DE CYD DE ACUERDO A LA EDAD Y TENIENDO EN CUENTA CLASIFICACION.
ITEM	OBSERVACION DIRECTA DE LA ATENCION	PUNTAJE	OBSERVACIONES
6	Saluda a la madre o acompañante	1	
7	Pregunta motivo de consulta y enfermedad actual.	1	
8	Pregunta antecedentes patologicos importantes.	1	
9	Pesa, talla, PC,FR,FC, Tº y oximetria (a niños con enfermedad respiratoria) registra datos en historia clínica.	1	



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

10	Verifica si tiene una enfermedad muy grave o una infección local (menor de 2 años), verificar si existen signos de peligro en general (de 2 a 5 años)	1	
11	verificar salud oral, anemia, maltrato, problemas de oído o de garganta.	1	
12	Pregunta o verifica si tiene diarrea	1	
13	Si no tiene diarrea verifica todos los signos para clasificar deshidratación	1	
14	Verificar el crecimiento y las practicas de alimentacion	1	
15	Pregunta o verifica si tiene problemas de desarrollo	1	
16	Si tiene problemas de desarrollo verifica signos para clasificar el problema	1	
17	Verifica antecedentes de vacunación realiza la remision cuando se requiera.	1	
18	Evalúa otros problemas	1	
19	Hace exámen físico completo	1	
20	Prescribe medicamentos en forma adecuada	1	EN CASO DE SER NECESARIO MICRONUTRIENTES SE FORMULAN DE ACUERDO AL AIEPI CLINICO
21	Enseña signos de alarma y cuando regresar al servicio de salud, verifica con preguntas.	1	
ITEM	GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLINICA	PUNTAJE	OBSERVACIONES
22	Utiliza Historia Clinica según estrategia AIEPI incluyendo para remisión	1	
23	Historia clínica organizada, letra legible, firma y registro del profesional.	1	
24	Anamnesis completa y Examen físico completo	1	
25	Se formula vitamina A a los menores de 6 meses no lactados y a todos los niños apartir de los 6 meses hasta los cinco años, o se describe fecha de proxima dosis	NA	NO HAY NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE NO SEAN LACTADOS EN LA INTITUCION, SE FORMULA VITAMINA A DE ACUERDO AL AIEPI CLINICO.
26	Se administra albendazol a partir del año de edad cada 6 meses. o se describe fecha de proxima dosis	1	
27	Se administra suplemento de zinc a partir de los 6 meses a 10 años para el tratamiento de la diarrea o factores de riesgo y la desnutricion o se describe fecha de proxima dosis	1	
28	Se administra hierro para tratameinto de anemia, y como prevencion durante un mes cada 6 meses según estrategia AIEPI, o se diligencia fecha de proxima dosis.	1	
29	Se valora al niño menor de cinco años verificando los signos generales de peligro. valora clasifica y trata al menor según AIEPI.	1	



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

30	El medico realiza adecuadamente la clasificacion del crecimiento según rejillas de peso y talla para la edad y desviaciones estandar.	0	SE REVISIA HC: 1086983467 NO TIENE LLENADO REJILLAS, ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, SE RECOMIENDA QUE SE REVISEN LAS HISTRIAS CLINICAS PARA QUE SE DILIGENCIA ADECUADAMENTE Y COMPLETA.
31	se brinda tratamiento adecuado teniendo en cuenta la clasificacion AIEPI.	1	
32	La conducta tomada por el medico es acorde con la clasificacion según AIEPI .	1	
33	Se garantiza la remision de los niños menores de 6 años teniendo en cuenta las normas de referencia REFIERA.	1	
34	Se remite al menor con especialista cuando a consultado en varias ocasiones con la misma clasificacion, con tratamiento adecuado.	1	SE REMITEN A ESPECIALISTA SEGÚN CORRESPONDA, SE REVISIA HC: 1086983467 SE REMITIO A ORTOPEDIA
35	Se remite a todo menor de cinco años con hcl aiepi	1	
SISTEMAS DE INFORMACION		PUNTAJE	OBSERVACIONES
36	Se esta diligenciando de manera adecuada el informe mensual de aiepi clinico en el aplicativo en linea	0	ENFERMERA REFIERE NO CONOCER QUE SE DEBIA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD
37	Existe concordancia entre el registro aplicativo AIEPI vs niños menores de cinco atendidos por consulta externa y por urgencias.	0	
MEDICAMENTOS AIEPI		PUNTAJE	OBSERVACIONES
38	Medicamentos y biologicos disponibles para el desarrollo del AIEPI	1	
TOTAL ITEMS EVALUADOS		38	
TOTAL DE ITEMS CUMPLIDOS		32	
TOTAL CUMPLIMIENTO AIEPI CLINICO		84%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
SANTACRUZ			
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa	MARITZA VILLOTA- ENFERMERA PROFESIONAL
Responsable IDSN	ANYELA JULIETH GETIAL		
ITEM	AIEPI COMUNITARIO	PUNTAJE	OBSERVACIONES
1	La institución cuenta con talento humano que conoce, aplica y operativiza el AIEPI Comunitario.	1	ENFERMERA COORD. SALUD INFANTIL MARITZA VILLOTA
2	El personal medico y enfermeras aplican adecuadamente el procedimiento, para la referencia y contrarreferencia del AIEPI clínico al comunitario y comunitario al clínico para el respectivo seguimiento del menor de cinco años (ver soportes)	0	ENFERMERA REFIERE QUE NO HAN TENIDO USUARIOS CON ENF. DE REMISION DE AIEPI CLINICO A COMUNITARIO POR LO CUAL NO SE PUEDE EVIDENCIAR QUE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SE REALICE DE MANERA ADECUADA Y SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO.
3	Cuenta con censo de AIEPI comunitario, consolidado de fichas de vistas domiciliarias en el aplicativo en línea y su respectivo analisis y dx por vereda. (Verificar ficha familiar)	1	ACTIVIDAD DEL PIC 2020
4	Cuenta con mapa comunitario por vereda identificando factores de riesgo, grupos de apoyo, eventos de interes en salud publica presentados (poblacion gestante y menor de 5 años).	1	
ITEM	ACCIONES DESARROLLADAS	PUNTAJE	OBSERVACIONES
5	Se cuenta con programación de actividades a desarrollar teniendo en cuenta factores de riesgo priorizados	1	SE REALIZA DE ACUERDO AL CENSO COMUNITARIO AIEPI QUE SE REALIZA DESDE EL PIC.
6	Ejecución de actividades de AIEPI Comunitario en articulación con DLS	1	SEGÚN COAI PAS 2020 LA DIMENSION DE SALUD INFANTIL LA CUAL ESTA CONTRATADA CON LA ESE GUACHAVES
7	Seguimiento a la intervención de practicas claves priorizadas.	1	
ITEM	MATERIAL	PUNTAJE	OBSERVACIONES
8	Rotafolio prácticas clave, Manual del facilitador de agentes comunitario en salud y Actores sociales, fichas de censo, cartillas de urocs uairacs, cuadro de valoración para el desarrollo, Rotafolio agentes comunitarios en salud, Remisión desde AIEPI clínico, Remisión de comunitario a clínico, Formato de visita de seguimiento, cinta de toma perimetro braquial.	0	CUENTAN CON ROTAFOLIO DE PRACTICAS CLAVES, CUADRO DE VALORACION PARA EL DESARROLLO, FORMATO DE VISITAS DOMICILIARIAS, CINTA DE TOMA PERIMETRO BRAQUIAL, FORMATOS DE SEGUIMIENTO. FALTA MATERIAL IEC EN SALAS UROCS Y UAIRAS, ROTAFOLIO DE AGENTES COMUNITARIOS
ITEM	MUNICIPIOS QUE CUENTAN CON AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD	PUNTAJE	OBSERVACIONES
9	Dentro del PAS de salud infantil se incluyo la implementacion y dotacion de las UROCS-UAIRACS.	1	
10	Personal de salud extramural, lideres, ACS, actores sociales se encuentran capacitados en UROCS-UAIRACS, cuentan con directorio de ACS y lideres comunitarios	1	
11	Numero de Unidad de rehidratación oral comunitaria UROC y Unidades de infecciones respiratorias agudas UAIRAS implementadas en el municipio.	0	NO CUENTAN CON UNIDADES UROCS Y UAIRAS FUNCIONALES.
12	Realiza el registro de niños atendidos en las UROC/UAIRAC	0	
13	La ESE Cuenta con estrategias o mecanismos que garantizan la atención inmediata de la población infantil remitida por el personal que atiende las unidades de UROC y UAIRAC.	0	
14	Se evidencia interrelación entre el AIEPI Comunitario y Clínico	0	
15	Seguimiento a toda la población infantil que consulto a unidades UROC y UAIRAC.	0	
ITEM	SISTEMAS DE INFORMACION	PUNTAJE	OBSERVACIONES
16	La ESE esta reportando de manera trimestral el AIEPI COMUNITARIO en forma adecuada en el aplicativo en línea de todos los niños, verificar plantillas físicas.	0	
TOTAL ITEMS EVALUADOS		16	
TOTAL ITEMS CUMPLIDOS		8	
TOTAL CUMPLIMIENTO AIEPI COMUNITARIO		1	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio			
SANTACRUZ		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa	MARITZA VILLOTA- ENFERMERA PROFESIONAL
Responsable IDSN	ANYELA JULIETH GETIAL CH		
ITEM	MADRE CANGURO-BAJO PESO AL NACER	CUMPLE: 1 NO CUMPLE: 0	OBSERVACIONES
1	se ha capacitado al personal en la estrategia madre canguro	1	ACTA DE SOCIALIZACION CON EL PERSONAL DE SALUD EL DIA 21/05/2020
2	numero de niños con bajo peso al nacer en el municipio (EAPB y registro civil)	1	EN ESTE MOMENTO HAY 2 MENORES CON BAJO PESO AL NACER, 1 CON BAJO PESO AL NACER Y 1 CON BAJO PESO AL NACER EXTREMO DE EAPB EMSSNAR HC: 1192745447 B/SOLEDAD, HC: 1086983503
ITEM VIIGILANCIA DEL ESTADO DEL BEBE		PUNTAJE	
3	El seguimiento realizado a los niños con bajo peso al nacer egresados del programa Madre Canguro hospitalario se realiza de acuerdo a la norma.	1	SE REALIZA CONTROLES DE MANERA MENSUAL
4	Se realiza educacion a padres y cuidadores, acerca del programa madre canguro y cuidados dentro del hogar(pocision canguro, LM, nutricion)	1	SE EDUCA EN POGRAMA MADRE CANGURO, CUIDADOS DENTRO DEL HOGAR, PREVENCION DE COVID 19, LACTACIA MATERNA.
5	Se realiza seguimiento de ganancia de peso a los niños con bajo peso al nacer según la norma vigente(controles diarios si el niño empieza aqanar peso hasta crecimiento adecuado 15 gr/kg/dia)	1	FECHA DE NACIMIENTO: 24/02/2020, SE REALIZO VISITA DOMICILIARIA 23/05/2020, CONTROL DE GANANCIA DE PESO CON MEDICO 17/06/2020
8	Se realiza los controles al niño con bajo peso al nacer como lo indica la norma.	1	SE REALIZA SEGUIMIENTO CADA MES
8	la institucion cuenta con Una balanza electronica calibrada para pesar a los niños con BPN	1	SE ENCUENTR EN SALA DE PARTOS
TOTAL ITEMS EVALUADOS		7	
TOTAL ITEMS CUMPLIDOS		7	
TOTAL CUMPLIMIENTO MADRE CANGURO		100%	

0 - 50%			Deficiente
51% - 79%			Regular
80% - 94%			Bueno
95% - 100%			Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
SANTACRUZ			
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa	MARITZA VILLOTA- ENFERMERA PROFESIONAL
Responsable IDSN	ANYELA JULIETH GETIAL		
ITEM	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CUMPLE: 1 NO CUMPLE: 0	OBSERVACIONES
1	Sitio adecuado, Elementos suficientes para evaluación de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad según normatividad vigente.(VER ANEXO ELEMENTOS EVALUACION CYD)	1	
2	La atención de crecimiento y desarrollo se realiza bajo la estrategia AIEPI (HCL AIEPI)	1	CUENTAN CON FORMATO DE HC CLINICA AIEPI
3	se realiza la valoración de peso y talla según normatividad vigente (rejillas de peso y talla establecidas por la OMS)	1	
4	Se realizan los controles según circular 327 del 6 de noviembre del 2013	1	
5	Se clasifica de manera adecuada el estado nutricional y factores de riesgo del menor de 5 años según la estrategia AIEPI y define conducta de acuerdo a valoración	1	
	aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo	1	ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO ACTUALIZADA A LOS ULTIMOS LINEAMIENTOS DEL MSPS
	cuestionario VALE, familiograma, APGAR familiar.	1	
	Al niño o niña se le realizó el tamizaje auditivo neonatal o en caso contrario se ordenó para su realización en los primeros tres meses de vida.	0	HC: 1086528245, 1086983427, 1086983467, NO CUENTAN CON REMISION PARA REALIZACION DE TAMIZAJE AUDITIVO
6	Suministra suplementos vitamínicos y antiparasitarios, a niños atendidos según valoración CyD (Desparasitación: Niños 12 meses a 23 meses: albendazol 200 mg vía oral, dosis única, dos veces al año; Niños 24 meses a 4 años: albendazol 400 mg vía oral, dosis única, dos veces al año)	1	
	Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.	1	
	garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio, equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual etc.), balanza pesa bebé y balanza de pie, infantómetro y tallímetro	1	CONSULTORIO DE CYD NO CUENTA CON PULSOXIMETRO
	cuando hay detección de alguna anomalía o signo de alarma en salud se deriva al menor a especialidad competente	1	
7	Se realiza remisión oportuna teniendo en cuenta el factor de riesgo identificado en el control de crecimiento y desarrollo	1	
ITEM	SISTEMA DE INFORMACION	PUNTAJE	OBSERVACIONES
8	Se esta diligenciando de manera adecuada la plantilla informe trimestral de crecimiento y desarrollo y se envia oportunamente al IDSN	0	DEBE ENTREGARSE LOS 5 PRIMEROS DIAS A DIRECCION LOCAL, HASTA EL MOMENTO 08 DE JULIO NO SE HA ENVIADO A DLS
9	Se esta realizando analisis de la informacion de los niños atendidos en las consultas de crecimiento y desarrollo, cuantos casos de DNT, menor trabajo, lactancia materna, DISCAPACIADA resultado de TSH (endocrinologo y pediatra)	0	LA INSTITUCION NO HACE ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE TSH DE LOS MENORES DEBIDO A QUE NO SABEN LO RESULTADOS DE LOS MENORES QUE NACEN EN OTRAS INSTITUCIONES.
TOTAL DE ÍTEMS EVALUADOS		15	
TOTAL DE ÍTEMS CUMPLIDOS		12	
TOTAL CUMPLIMIENTO C Y D		80%	

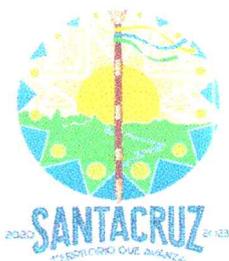
0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

Municipio		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
SANTACRUZ		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
Fecha Aplicación	08 DE JULIO DE 2020	Responsable Programa	MARITZA VILLOTA- enfermera profesional
Responsable IDSN	ANYELA JULIETH GETIAL		
ITEM	UNIDAD DE REHIDRATACIÓN ORAL	PUNTAJE	OBSERVACIONES
El area especifica para atencion de EDA cuenta con:			
1	Espacio adecuado para la atencion en salas ERA.	1	ESPACIO ADECUADO, INSUMO NO SE ENCUENTRAN EN SALA ERA, O SOLICITAN SEGÚN NECESIDAD A FARMACIA
2	Recurso Humano (mínimo auxiliar de enfermería capacitada)	1	LA INSTITUCION CUENTA CON AUXILIARES, ENFERMERAS Y MEDICOS CAPACITADOS EN SALA ERA.
3	cuantos niños menores de 5 años se han atendido en las salas ERA o EDA de manera mensual y de estos cuantos se han remitido (VERIFICAR CUANTOS DE ELLOS CON SEGUIMIENTO Y CUANTOS CON CONTRAREFERENCIA)	0	ENFERMERA NO TIENE ESTOS REGISTROS, REFIERE QUE NINGUNO SE HA REMITIDO, POR LO CUAL SE SOLICITA QUE SE CUENTE CON UN REGISTRO DIARIO DE MENORES ATENDIDOS EN SALA ERA DE MANERA ORDENADA Y SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO EN CASO DE QUE HAYAN SIDO REMITIDOS
SALA ERA - ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA FUNCIONAL		PUNTAJE	OBSERVACIONES
4	La institucion de salud cuenta con personal capacitado en la atencion de enfermedades respiratorias agudas (medico enfermera, auxiliar de enfermería o terapeuta respiratorio).	1	medico, enfermera y auxiliar Capacitados
5	La institucion cuenta con una area especifica para la atencion de pacientes con enfermedad respiratoria aguda de acuerdo al nivel de complejidad (sala ERA institucional o funcional).	1	LA INSTITUCION CUENTA CON SALA ERA EN FUNCIONAMIENTO.
EL AREA ESPECIFICA PARA ATENCION DE ERA CUENTA CON:		PUNTAJE	OBSERVACIONES
6	dispone de un espacio adecuado e insumos para la atencion de ERA (puede ser compartido con sala de procedimientos o SRO)	1	DISPONE DE UN ESPACIO ADECUADO, ACCESO A BAÑO, LAVAMANOS, FUENTE DE OXIGENO, PULSOXIMETRO, FONENDOSCOPIO, AFICHE, PROTOCOLOS, CAMILLA, UATES, SILLA PARA LA ATENCION A MENORES Y CUIDADORES, MESA; LOS INSUMOS MEDICOS Y MEDICAMENTOS SE LOS SOLICITA SEGUN NECESIDAD A FARMACIA ADEMAS CUENTAN CON INSUMOS EN URGENCIAS .
7	Recurso Humano (mínimo auxiliar de enfermería capacitada)	1	medico, enfermera y auxiliar idoneos
TEM	PROCEDIMIENTOS TECNICOS	PUNTAJE	OBSERVACIONES
8	Toma de oximetria cada 10 minutos, control de signos por enfermería y por medico cada media hora durante las tres primeras horas a menores que estan en observacion en pacientes con ERA, y pacientes con EDA verifica signos de DHT	1	SI, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
9	Se clasifica al niño según estrategia AIEFI	1	
10	Se brinda tratamiento adecuado según el dx aiepi.	1	
11	Tiene en cuenta las normas de estabilización y transporte "REFIERA" al momento de remitir a un paciente a otro de atencion(según criterio 6 hrs de observación-reevaluación)	1	SEGÚN PROTOCOLO, NO HAN TENIDO USUARIOS QUE SE HAYAN REMITIDO DESDE SALA ERA
12	Se realiza seguimiento de control en las primeras 48 horas una vez dado de alta de la institucion el niño o niña	1	NO HA TENIDO EN EL AÑO NIÑOS QUE HAYAN CONSULTAD POR IRA
EM	SISTEMA DE INFORMACION	PUNTAJE	OBSERVACIONES
3	Se diligencia el registro diario de la atencion de niños y niñas menores de cinco años atendidos en SALAS ERA.	0	NO CUENTAN CON REGISTRO DIARIO DE MENORES ATENDIDOS EN SALA ERA
4	Existe oportunidad en el envio de formatos 2 "consolidado mensual de ERA en infancia" y 6 "consolidado semanal de casos de ERA" a la DLS_oficina de salud infantil	1	SE ENVIA INFORME MENSUAL
5	Existir concordancia entre niños atendidos en salas ERA vs RIPS de niños que consultaron por era en consulta externa y urgencias.	0	NO EXISTE CONCORDANCIA ENTRE LOS RIPS VS LOS MENORES ATENDIDOS EN SALA ERA QUE CONSULTARON POR CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS
6	Se realiza actividades de informacion, educacion y comunicacion para la prevencion de enfermedades respiratorias agudas	1	EDUCACION A USUARIOS DE LA FECHA 27/02/2020, 13/03/2020, 10/06/2020
TOTAL DE ITEMS EVALUADOS		16	
TOTAL ITEMS CUMPLIDOS		13	
TOTAL CUMPLIMIENTO SALAS ERA		81%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo



Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

OFICIO N. DLS 20.170.183
Santacruz, Guachaves 21 de julio del 2020

Doctora:
MARLEY CHARA
Subgerente Centro de Salud Guachaves

Enfermera:
MARITZA VILLOTA
Coordinadora PAI

ASUNTO: entrega plan de mejora programa ampliado de inmunizaciones.

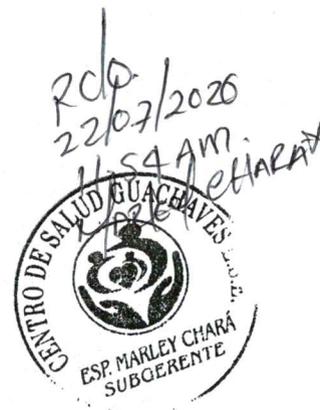
La dirección local como ente de inspección y vigilancia y teniendo la auditoría realizada el día 13 de julio al programa de PAI del Centro de Salud Guachaves ESE me permito hacer entrega del plan de mejora que se elaboró después de evaluar el programa y encontrar unas actividades incumplidas; cabe resaltar que en los próximos meses se estará haciendo una auditoria de seguimiento al programa como verificación de que se cumpla con las actividades pendientes.

Esperando contar con su valiosa colaboración me suscribo

Cordialmente:

YULIETH CALDERON
Directora local de salud

ANYELA GETIAL
Coord. Salud publica





ACTA N° DLS 170.01.027.22

NOMBRE DE LA REUNIÓN	FECHA			HORA INICIAL	HORA FINAL
	DÍA	MES	AÑO		
Auditoria al programa ampliado de inmunizaciones del Centro de Salud Guachaves ESE	13	07	2020	09:00 am	03: 30 pm

ASISTENTES

N	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	MARITZA VILLOTA	Coordinadora PAI del Centro de Salud Guachaves ESE	<i>Maritza Villota</i>
	EVELYN GUEVARA	Auxiliar de PAI del Centro de salud Guachaves ESE	<i>Evelyn Guevara</i>
2	ANYELA GETIAL	Coordinadora Salud Pública DLS.	<i>Anyela Getial</i>
3	YULIETH CALDERÓN	Directora Local De Salud	<i>Yulieth Calderón</i>

ORDEN DEL DÍA

N.	TEMÁTICA	RESPONSABLE
1	Explicar el objetivo de la visita	Coord. Salud Publica DLS
2	Realizar evaluación al programa ampliado de inmunizaciones del Centro de Salud Guachaves ESE aplicando lista de chequeo.	Coord. Salud Publica DLS
3	Entrega del acta y plan de mejora.	Coord. Salud Publica DLS

DESARROLLO

Siendo las 09:00 de la mañana del día 13 de julio del año 2020 se reunieron en las instalaciones del Centro de Salud Guachaves ESE del municipio de Santacruz, la coordinadora de salud pública de la Dirección Local de Salud ANYELA GETIAL y por otra parte la enfermera coordinadora del programa ampliado de inmunizaciones del Centro de Salud Guachaves ESE con el fin de realizar evaluación al programa de ampliado de inmunizaciones de la institución.

- Se procede a explicar el objetivo de la auditoria al programa ampliado de inmunizaciones donde se va evaluar a través de un instrumento lista de chequeo facilitado por el IDSN, con el fin de que estén en mejora continua y se brinde una atención adecuada y de calidad a la comunidad que requiere de estos servicios.
- A medida que se piden soportes se explica la importancia de que el programa este actualizado bajo las directrices emanadas por MSPS como es Resolución 3280 del 2018.
- Se da a conocer lista de chequeo que se aplicara en la auditoria.



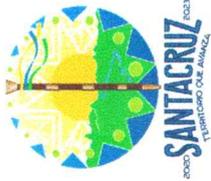
- Se realiza asistencia técnica y retroalimentación de los contenidos.

Se agradece por la atención prestada haciendo un llamado de atención en cuanto a los resultados obtenidos y estimulando a conseguir avances óptimos en sus tareas, se da por finalizada la reunión siendo las 03:30 p.m. en las instalaciones del Centro de Salud Guachaves ESE

ANEXOS

- Oficio de notificación de visita
- Lista de chequeo
- Plan mejora Programa ampliado de inmunizaciones

COMPROMISOS TAREAS	Y	RESPONSABLE A EJECUTAR	FECHA			OBSERVACIONES
			DIA	MES	AÑO	
Ejecutar plan mejora con actividades pendientes de evaluación realizada al programa de PAI		Coordinadora PAI del Centro de Salud Guachaves ESE	13	07	2020	Según plan mejora.
RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	FIRMA		FECHA			
<i>Anyela Getial</i> Coordinadora de salud pública DLS			DÍA	MES	AÑO	
			13	07	2020	



Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

**PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
JULIO 2020**

Dirección Local De Salud

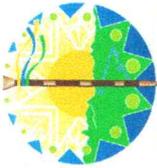
Fecha: 26 de junio 2020

Persona que atiende la visita: Maritza Villota y Evelyn Guevara

Responsable de la visita: Yulieth Calderón y Anyela Getial

Tras realizar la evaluación al programa ampliado de inmunizaciones del Centro de Salud Guachaves ESE se encontraron unas actividades incumplidas que se consignaron en un plan de mejora relacionado a continuación.

N.	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR
GENERALIDADES				
1	<p>Contar con coordinador PAI debidamente capacitado en el programa</p> <p>Registra toma de temperatura dos veces al día en medio físico.</p> <p>Capacitación y/o actualización al personal encargado del PAI de acuerdo a los lineamientos establecidos en los componentes del manual técnico administrativo PAI trimestralmente (vigilancia epidemiológica, cadena de frío, bioseguridad, comunicación social y evaluación).</p>	<p>El coordinador PAI de la institución no está certificada en el programa PAI competencias laborales</p> <p>Se encuentra que a la fecha de la auditoria 26 de junio que no se había realizado el respectivo registro de temperatura del día anterior 25 de junio, por lo cual se recomiendo a la auxiliar que atiende la visita estar más pendiente de esta actividad.</p> <p>Se encuentra alteración en las listas de asistencia institucionales de las capacitaciones brindadas en los lineamientos, debido a que anexan registro de asistencia de personal que ya no labora en la institución desde el mes de enero del presente año en la capacitación del día 04 de junio 2020, se sugiere que se revisen las</p>	<p>Centro de Salud Guachaves ESE</p> <p>Centro de Salud Guachaves ESE</p> <p>Centro de Salud Guachaves ESE</p>	<p>Julio- Agosto 2020</p> <p>Julio- Agosto 2020</p> <p>Centro de Salud Guachaves ESE</p>



SANTACRUZ
2020
TERRITORIO QUE AVANZA

Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

		actas de capacitación y se ponga más atención en los registros que se anexan tanto fotográfico como asistencial para que no se vuelvan a presentar inconvenientes.		
2	Verificar si hay coherencia entre plantilla excel, PAIWEB y registro diario de manera mensual.	No hay coherencia entre PAIWEB y registro diario de vacunación debido a que han estado vacunando de influenza por lo cual no ha alcanzado a cargar los datos al PAIWEB	Centro de Salud Guachaves ESE	Julio- Agosto 2020

Nota: se solicita que se realice un adecuado acompañamiento de la coordinadora del programa de PAI de la institución con el fin de evitar que se cometan errores en los informes mensuales de vacunación que se deben enviar al IDSN, lo anterior teniendo en cuenta que esta actividad no se está realizando de manera adecuada.

YULIETH CALDERON
Directora local de salud

ANYELA GETIAL
Coord. Salud Pública DLS

SANTACRUZ
2020
TERRITORIO QUE AVANZA



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

CODIGO: F-PIVSSP01-16

VERSION:
PRUEBA - GUIA
PARA
VERIFICACION -
ASISTENCIA

FECHA: 11-09-2014

Municipio		Institución	
SANTACRUZ		CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	
Fecha Aplicación	26 de junio del 2020	Responsable Programa (Nombre -	MARITZA VILLOTA- EVELYN GUEVARA
Responsable DLS	YULIETH CALDERON - ANYELA GETIAL		

ITEM	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI	PUNTAJE	OBSERVACIONES
1	Existe coordinador PAI debidamente capacitado en el programa.	0	ENFERMERA MARITZA VILLOTA AUN NO ESTA CERTIFICADA EN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
2	ComitePAI activo (fecha de ultima reunion)	1	REACTIVACION DEL COMITÉ EL DIA 31/01/2020, ACTA DE REUNIO 03/04/2020
3	se realiza analisis de coberturas periodicamente dentro del comité PAI	1	SE REALIZA A NIVEL INSTITUCIONAL Y SE SOCIALIZA EN CONJUNTO CON EL COMITÉ DE PAI MUNICIPAL
4	Personal operativo capacitado en Programa Ampliado de Inmunizaciones. (El coordinador PAI realiza socializacion de los lineamientos del programa al 100% del personal que lo requiera en los periodos estipulados).	1	ACTA DE SOCIALIZACION DEL DIA 25/02/2020, TAMBIEN ESTABA ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES INSTITUCIONALES
5	Coordina y concertar todas las acciones y estrategias del programa con los diferentes actores sociales del sistema comprometidos (alcaldías, EAPB, red de prestadores de servicios de salud, ESE - IPS etc.)	1	
6	Envia mensualmente al nivel departamental la información de coberturas, el análisis de éstas y las estrategias a seguir en el siguiente periodo.	1	INFORME DE COBERTURAS LO REALIZAN TRIMESTRALMENTE Y SE ENVIA A ENTES DE CONTROL
7	Capacitación y/o actualización al personal encargado del PAI de acuerdo a los lineamientos establecidos en los componentes del manual técnico administrativo PAI trimestralmente (vigilancia epidemiológica, cadena de frío, bioseguridad, comunicación social y evaluación).	0	SE ENCUENTRA ALTERCION EN FIRMAS DE PERSONAL DE LA INSTITUCION, DEBIDO A QUE LAS CAPACITACIONES ANEXAN REGISTRO DE ASISTENCIA DE PERSONAL QUE NO LABORA EN LA INSTITUCION. DE FECHA 04 DE JUNIO 2020
8	Cuenta con Programación anual y mensual de población a vacunar de acuerdo a poblacion ajustada, verificación de cumplimiento de meta.	1	ACTUALMENTE LA ROGRAMACIN ES LA MISMA DEL AÑO 2019.
9	Cuenta con Tablero de control gerencial actualizado, (si no cumple con la meta asignada verificar de planes de mejoramiento y/o estrategias implementadas).	1	ES LO MANEJA CON CNV Y SEGÚN VIDEOCONFERENCIA REALIZADA EL DIA 25 DE JUNIO DEL 2020 HAY QUE CAMBIARLO SEGÚN COBERTURAS DE VACUNACION QUE EL IDSN ENVIA MENSUALMENTE
10	Mapa donde se identifica zonas con población vulnerable por zonas de difícil acceso, problemas de orden público, áreas en conflicto , zonas fronterizas, indígenas y/o creencias culturales	1	
11	Existe coordinación de actividades entre ESE municipal y DLS (verifique soportes)	1	
12	Realiza seguimiento periodico a las acciones del PAS de PAI	1	SE ENTREGA DE MANERA TRIMESTRAL LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS A LA DLS .
13	Cuenta la IPS con procesos vigentes por pérdida de biológicos (perdidas injustificadas), el municipio realiza proceso de acuerdo a lo establecido en el manual PAI.	1	AUXILIAR REFERE QUE NO HAY PROCESOS EN LA INSTITUCION POR PERDIDA DE BIOLÓGICO POR PERDIDAS INJUSTIFICADAS, CUENTA CON ULTIMA CERTIFICACION DEL DIA 31 DE MARZO DEL 2020
14	Realiza analisis de porcentaje de perdidas en biológicos multidosis de manera mensual	1	NO SE REALIZA ANALISIS, SE ANEXAN ERDIDAS DE BIOLÓGICO EN ACTAS DE BAJA JUSTIFICANDO EL MOTIVO
ITEM	INFRAESTRUCTURA. LA IPS - ESE CUENTA CON:	PUNTAJE	OBSERVACIONES
15	Señalización para acceso al servicio de vacunación	1	LETRERO VISIBLE A LOS USUARIOS PARA ACCEDER AL SERVICIO
16	es de facil acceso el servicio de vacunacion	1	
17	Identificación del servicio	1	
18	consultorio con espacios cerrados y ambientes delimitados (area exclusiva de vacunacion)	1	
19	Lavamanos, ventilación, buena iluminación)	1	
20	Pisos y paredes son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y desinfección, uniformes y lisos.	1	
21	Equipos exclusivos para prestar el servicio de vacunación (camilla, escritorio, sillas, estantería para papelería, termómetro digital para recepción de biológicos)	1	
ITEM	CADENA DE FRIO	PUNTAJE	OBSERVACIONES
22	Refrigerador horizontal y vertical con regulador de 2000 voltios con conexión a polo tierra	1	



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

CODIGO: F-PIVCSSP01-16

VERSION:
PRUEBA - GUIA
PARA
VERIFICACION -
ASISTENCIA

FECHA: 11-09-2014

23	Equipos y/o elementos necesarios para el funcionamiento adecuado de la red de frio (termos, cajas térmicas, paquetes hieleros suficientes (2 juegos por termo).	1	CUENTAN CON 4 TERMOS, 13 PAQUETES HIELEROS EN EL MOMENTO EN LA INSTITUCION
24	Calibración de termómetro de máximas y mínimas (dos durante el año) .	0	LA CALIBRACION SE REALIZA UNA VEZ AL AÑO
25	Registra toma de temperatura dos veces al día en medio físico.	1	SE REGISTRA DOS VECES AL DIA Y EN LA NOCHE 2 VECES AL DIA 26 DE JUNIO, VA DILIGENCIANDO HASTA EL DIA 25 DE JUNIO , ESTA DESACTUALIZADO.
26	Cuenta con Protocolo, programación y registros para el aseo del refrigerador según manual técnico administrativo.	1	
27	Planta eléctrica o de arranque inmediato para el servicio de vacunación en caso de falla eléctrica, en buen estado y con combustible suficiente para atender una falla eléctrica.	1	
28	Se evidencia plan de contingencia actualizado 2014 acta de socialización y simulacro de el plan teórico-práctico a todo el personal de la IPS. (verificar descripción en caso de falla de energia, falla de refrigerador, fines de semana y festivos, falla de planta electrica).	1	
29	Cuenta con Hoja de vida de los equipos refrigerador, planta eléctrica.	1	HOJA DE VIDA DE LANTA ELECTRICA SERIE 20181911425 VESTFROST MODELO VLS300AC
30	Cuenta con programación para el mantenimiento preventivo de los equipos por personal certificado (SENA) (cada seis meses -Refrigerador. horizontal).	1	FECHA DE CALIBRACION 22/04/2020 SE CALIBRA CADA 6 MESES.
31	Se ha dado cumplimiento de acuerdo a la programación del mantenimiento preventivo de los equipos por personal certificado.	1	
32	Se registra la limpieza y mantenimiento del refrigerador donde se incluya el retiro de paredes en los formatos establecidos en el manual técnico administrativo.	1	
33	Kardex actualizado y concordante con las existencias físicas.	1	
34	el transporte de las vacunas es realizado por personal debidamente capacitado para mantener la red de frio.	1	AUXILIAR DE VACUNACION ES LA ENCARGADA DE RECIBIR REMESA DESDE EL IDSN Y TRANSPORTARLA HASTA EL MUNICIPIO
35	reporte de las perdidas (por: desgaste, red de frio, otros)	1	
36	Cuenta con termo para frascos abiertos y frascos cerrados plenamente identificados	1	HAY CUATRO TERMOMETROS
ITEM	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	PUNTAJE	OBSERVACIONES
37	Existe contrato de mantenimiento preventivo de equipos.	1	
38	Existe contrato de mantenimiento correctivo de equipos	1	CONTRATO CON DLS
39	Fecha del último mantenimiento	1	
40	Se tienen en el servicio las hojas de vida de los equipos	1	PENDIENTE ULTIMO MANTENIEMIENTO DE MAYO
ITEM	PROCEDIMIENTOS TECNICOS	PUNTAJE	OBSERVACIONES
41	Existe en medio físico o magnetico el manual administritivo PAI disponible para consulta del personal operativo.	1	
42	Conoce y aplica la política de frascos abiertos según Circular 000045 del 19 de noviembre del 2013 MPMS, "Aspectos técnicos sobre vacunación segura"	1	
43	Conoce y aplica Circular externa N° 023 del 16 de julio del 2013 del MPMS, "Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación".	1	
44	EL Kardex físico de movimiento de biológico tiene concordancia con sistema nominal y estan actualizados.	1	
ITEM	PROCESO DE VACUNACION:	PUNTAJE	OBSERVACIONES
45	Cuenta con biológicos y jeringas suficientes de acuerdo a la demanda del servicio.	1	
46	Los Biologicos se encuentran (Remesa) marcados adecuadamente (un punto remesa nueva, dos puntos remesa antigua) la remesa no debe estar almacenada más de un mes.	1	
47	Torundas suficientes y almacenadas adecuadamente.	1	
48	Cuenta con agua estéril de 5 cc suficiente y en condiciones adecuadas de almacenamiento para desinfección de área a vacunar	1	
49	Revisa el carne de vacunación para verificar edad y esquema aplicar.	1	



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

CODIGO: F-PIVCCSP01-16

VERSION:
PRUEBA - GUIA
PARA
VERIFICACION -
ASISTENCIA

FECHA: 11-09-2014

50	Al momento de vacunar tiene en cuenta contraindicaciones para cada biológico aplicar	1	
51	Prepara biológico y diluyente adecuado para aplicar de acuerdo a la edad y esquema aplicar	1	
52	Conoce y selecciona sitio adecuada para aplicación del biológico	1	
53	Realiza lavado de manos y desinfección adecuado (verificar procedimiento)	1	
54	Brinda educación al padre o cuidador acerca de posibles reacciones adversas, cuidados e importancia de volver a la próxima cita de vacunación.	1	
55	Realiza desecho de jeringas y frascos de biológicos de acuerdo a normas de bioseguridad	1	
ITEM	BIOSEGURIDAD	PUNTAJE	OBSERVACIONES
56	El servicio de vacunación está integrado al plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares (verificar el plan de gestión integral de residuos que la institución posee)	1	CUENTA CON GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION EN SALUD DEL AÑO 2018 ADAPTADO A LA INSTITUCION.
57	El personal está capacitado y entrenado en el manejo de residuos (debe conocer la ruta sanitaria de envío a bodega al almacenamiento de residuos y disposición final).	1	FECHA DE CAPACITACION DEL 10/03/2020
58	La institución cuente con recipiente para desechos corto punzantes de acuerdo a requerimientos (Rígidos, en polipropileno de alta densidad u otro polímero que no contenga PVC, resistentes a ruptura y perforación por elementos corto punzantes, con tapa ajustable o de rosca, boca angosta para que quede completamente hermético y rotulados de acuerdo con la clase de residuo)	1	CUENTA CON GUARDIAN ACTUALEMTE FECHA DE APERTURA: 09/06/2020,
59	Los recipientes para desecho de residuos ordinarios y biodegradables están dotados de tapa y cuentan con capacidad adecuada (la tapa evita la entrada de agua, roedores e insectos), el recipiente para desecho de residuos infeccioso o peligrosos debe tener además pedal	1	
60	Las bolsas para desecho de residuos deben ser de polietileno de alta densidad, o el material que se determine necesario para la desactivación o el tratamiento de estos residuos.	1	
61	cuentan con protocolo de bioseguridad	1	manual de bioseguridad hospitalaria del 12 de junio del 2019
62	existen vacunas vencidas en la institución	1	
63	Realiza adecuadamente desecho de sobrante de inmunobiologicos desactivación y desechar en recipiente rojo	1	
ITEM	COHORTE DE NACIDO VIVO	PUNTAJE	OBSERVACIONES
64	Se registra a todo recién nacido oportunamente y de forma completa el aplicativo RUAF	1	todos los partosd ela institucion se suben al aplicativo ruaf por el profesional medico
65	Vacuna y registra los biológicos aplicados al recién nacido de forma clara y completa (si un recién nacido no fue vacunado con algún biológico o no fue vacunado verificar si esta registrado el motivo de no vacunación)	1	
66	Se vacunan los niños nacidos los fines de semana y festivos (Verificar los tres días festivos anteriores a la visita y los fines tres fines de semana aleatoriamente.)	1	SE CUENTA CON VACUNACION LOS 7 DIAS DE LA SEMANA INCLUIDOS FESTIVOS, SEGÚN DISPONIBILIDAD
67	La IPS/ESE cuenta con formato de seguimiento a cohorte de nacido vivo filtrada enviada desde la DLS/IDSN	1	
68	Corte de Nacido Vivo organizada y actualizada sistematizada de forma completa, seguimiento adecuado, registro de motivos de no vacunación	1	
69	La IPS envía mensualmente el seguimiento de la cohorte a la DLS (verificar soportes físicos o por correo de última cohorte enviada)	1	SE ENVIA A DIRECCION LOCAL LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES
70	Se realiza análisis de indicadores de acceso, de cobertura e índice de deserción y motivos de no vacunación.	1	SE RELIZA EN LOS COMITES DE PAI INSTITUCIONAL Y MUNICIPAL
71	Se realizan acciones para garantizar cumplimiento al seguimiento de niños a través de la estrategia de cohorte de nacido vivo.	1	
72	Se hace reporte mensual de recién nacidos y niños menores de 1 año y de 1 año vacunado de otros municipios al IDSN o secretarías municipales de Salud.	1	SE ENCVIA EN INFORMES MENSUALES DE
73	Coordinación entre la DLS, EPS y ESE en cuanto al seguimiento de niños registrados en la CNV	1	
74	Entrega de forma oportuna del registro de seguimiento de CNV a la oficina del PAI (hasta el 10 de cada mes y hasta el 24 realizado las correcciones)	1	



LISTA DE CHEQUEO SALUD INFANTIL

CODIGO: F-PIVCCSP01-16

VERSION:
PRUEBA - GUIA
PARA
VERIFICACION -
ASISTENCIA

FECHA: 11-09-2014

ITEM	SISTEMA DE INFORMACION	PUNTAJE	OBSERVACIONES
75	El equipo de computo cumple con los requerimientos establecidos para la ejecucion del sistema nominal, (verificar memoria RAM, acceso a internet minimo de una mega.	1	
76	El equipo de computo cuenta con las condiciones adecuadas de mantenimiento preventivo (Verificar soportes)	1	ULTIMO MANTENIMIENTO DE SOFTWARE REALIZADO EL 22 DE ENERO DE 2020.
77	La enfermera de salud infantil conoce y utiliza el aplicativo de sistema nominal(verificar si realiza busqueda de usuarios, reportes, consulta de inventarios)	1	
78	El personal auxiliar de enfermeria conoce, aplica y mantiene actualizado el sistema nominal (verificar consulta de inventario, reporte de niños ingresados)	1	CADA VEZ QUE UN NIÑO SE VA A VACUNAR SE INGRESA AL PAIWEB, SE VERIFICAN EN PAIWEB
79	Verificar si hay coherencia entre plantilla excel, PAIWEB y registro diario de manera mensual.	0	SE LLENA DIARIAMENTE RIPS, REGISTRO DIARIO, EN PAIWEB SE CARGA CON UN DIA ATRÁS
80	Cumple con las cuatro características de calidad de dato:		
81	•Exactitud	1	
82	•Oportunidad	1	
83	•Integralidad	1	
84	•Coherencia	1	
85	Cuenta con registro diario establecido por rango de edad (verificar que sea el del Ministerio de salud y protección social para sistema nominal	1	SE LLENA SABANAS DE VACUNACION DIARIAMENTE, SEGÚN EDAD NIÑO/ADULTO
86	Se cuenta con las actas de baja de insumos actualizada y enviada mensualmente al ente de control (verificar envió a centro de acopio o DLS)	1	
ITEM	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA-PAI	PUNTAJE	OBSERVACIONES
87	En cove institucional se analiza los casos presentados de eventos inmunoprevenibles.	1	
88	Cuenta con flujograma de reporte de evento adverso	1	SE ECUENTRA EN SITIO DE VACUNACION EN LUGAR VISIBLE
89	Cuenta con protocolo de eventos adversos actualizado de acuerdo al INS (verificar en medio físico o magnético)	1	
90	Cuentan con Protocolo de vigilancia epidemiológica de inmunoprevenibles	1	
91	Se tienen las Fichas de notificación de eventos adversos actualizadas en PAI	1	
ITEM	ANTE LA PRESENCIA DE UN EVENTO DE NOTIFICACION DE UN ESAVI SE REALIZA (si el municipio ha presentado ESAVI (verificar eventos año anterior: 2013 - 2014	PUNTAJE	OBSERVACIONES
92	Diligenciamiento de ficha de forma completa y clara	NA	
93	Reporte inmediato a responsable de VSP municipal (SIVIGILA) y envió de ficha por FAX	NA	
94	Toma de muestra de laboratorio (en caso de ser necesario)	NA	
95	Estudio de campo	NA	
96	Análisis del caso a través de la unidad de analisis institucional y municipal	NA	
97	Seguimiento al caso de acuerdo a protocolo según el evento	NA	
98	Elaboración y seguimiento al plan de mejoramiento	NA	
99	Presentación de soporte de seguimiento al IDSN por parte del responsable de VSP	NA	
TOTAL ITEMS EVALUADOS		99	
TOTAL ITEMS CUMPLIDOS		95	
TOTAL ITEMS EVALUADOS		95%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo

LISTA DE CHEQUEO SALUD PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Municipio		Institución	
SANTACRUZ		ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES	
Fecha Aplicación	26 DE JUNIO 2020	Responsable	MARITZA VILLOTA EVELIN GUEVARA
Responsable	ANYELA JULIETH GETTIAL		OBSERVACIONES
PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE VACUNACION			
MATERIAL		PUNTAJE	
1	Cuenta con biológicos a temperatura adecuada (+2 a +8°C), jeringas y agujas estériles de un solo uso suficientes de acuerdo a la demanda del servicio.	1	VACUNA EN TERMO DE FRASCOS ABIERTOS Y TERMO DE FRASCOS CERRADOS
2	Los Biologicos se encuentran (Remesa) marcados adecuadamente (un punto remesa nueva, dos puntos remesa antigua) la remesa no debe estar almacenada más de un mes.	1	
3	Torundas secas en cantidad suficiente y almacenadas adecuadamente.	1	
4	Cuenta con agua estéril de 5 cc suficiente o suero fisiológico y en condiciones adecuadas de almacenamiento para desinfección de área a vacunar	1	AGUA ESTERIL
5	Cuenta con carnet de vacunación infantil y de adulto	1	
6	Reservorio de paredes rígidas para el desecho de los materiales cortopunzantes utilizados y bolsas de los colores estándar para el desecho de los otros materiales utilizados.	1	AGUJA DESECHA EN GUARDIAN, TORUNDA EL TARRO DE RIESGO BIOLOGICO
PREPARACION		PUNTAJE	
	Revisar y evaluar el carné de vacunación de la persona que solicita el servicio de vacunación, para establecer si requiere alguna vacuna, según periodo entre dosis y edad mínimas	1	APLICACIÓN DE VACUNA DE INFLUENZA A GESTANTE, PENDIENTE DILIGENCIARLO EN EL CARNET DE VACUNACION. HC: 1086983421
	Leer atentamente las indicaciones del inserto o prospecto de la vacuna antes de aplicarla	1	
	Comprobar las características del producto que va a administrar: nombre, presentación, aspecto, dosis, conservación, forma, fecha de vencimiento (la vacuna es válida hasta el último día del mes de vencimiento del producto)	1	
	Conoce y selecciona sitio adecuada para aplicación del biológico	1	
	Manipular vacunas, jeringas y agujas con técnica aséptica;	1	
	Si es un vial, retirar la cubierta metálica y retirar la cantidad de dosis correspondiente, Si es un vial con polvo liofilizado, introducir el diluyente o la vacuna líquida (vacunas combinadas), Agitar suavemente, extraer dosis correspondiente	1	
	Se debe realizar lavado de las manos antes y después de realizar el procedimiento.	1	
ANAMNESIS Y RECOMENDACIONES		PUNTAJE	
	Explica al padre o cuidador el procedimiento de manera amplia, aclarando dudas y temores, mencionar qué vacuna se aplica, contra qué enfermedad proteger, cómo se vacunará, sus posibles efectos adversos, manejo de los efectos y a dónde acudir en caso de una reacción posterior a la vacunación.	1	
	Interroga antecedentes reacciones anafilácticas; a dosis previas, antecedentes de enfermedades, si conviven con pacientes con VIH, cancer si toma medicamentos.	1	
	Limpiar solamente cuando la piel del sitio anatómico esté visiblemente sucia, para ello utilizar una torunda de algodón previamente seca y immedicada	0	A LA OBSERVACION, AUXILIAR AL VACUNAR A LA MENOR NO REALIZO LIMPIEZA DEL SITIO A VACUNAR.
	Utilizar agua limpia; con movimientos centrifugos, del centro a la periferia, en la sola pasada	1	
	Realiza desecho de jeringas y frascos de biológicos de acuerdo a normas bioseguridad	1	
	Registrar el carné debidamente diligenciado y enfatizar la fecha de la próxima cita	1	
	Registrar la información en los formatos y sistema de información, con las variables	1	SE DILIGENCIA RIPS.
TOTAL DE ITEMS EVALUADOS		19	
TOTAL DE ITEMS CUMPLIDOS		18	
TOTAL DE CUMPLIMIENTO PROCEDIMIENTO PAI		95%	

0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI
 INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS IPS

INSTITUCIÓN:	CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	NATURALEZA:	FEBUCA	MUNICIPIO:	SANTACRUZ	DEPARTAMENTO / DISTRITO:	MARIÑO
FECHA:	13 DE JULIO DE 2020	RESPONSABLE DEL PAI:	MARITZA VILLOTA	CARGO:	COORDINADORA DE PAI		

PROGRAMA PERMANENTE	
---------------------	--

no personas vacunadas por mes

sacar una muestra día
cerdo a cuadro

elegir que biológicos se va a evaluar

INTEGRALIDAD	
MES EVALUADO	N° de variables diligenciadas en su totalidad
MARZO	259
ABRIL	185
MAYO	814

GRUPO DE EDAD	EXACTITUD Y OPORTUNIDAD												
	MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			
	FECHA DE CORTE	FECHA DE ENVO	REGISTRO DIARIO	FECHA DE CORTE	FECHA DE ENVO	REGISTRO DIARIO	FECHA DE CORTE	FECHA DE ENVO	REGISTRO DIARIO	FECHA DE CORTE	FECHA DE ENVO	REGISTRO DIARIO	
VACUNA Y DOSIS	31/03/2020	04/04/2020	30/04/2020	30/04/2020	4/05/2020	31/05/2020	31/05/2020	4/06/2020	31/05/2020	31/05/2020	4/06/2020	31/05/2020	
	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL MUNICIPIO	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL MUNICIPIO	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL MUNICIPIO	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL MUNICIPIO	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	CONSOLIDADO MENSUAL MUNICIPIO	CONSOLIDADO MENSUAL IPS	
MEMOR DE UN AÑO	8	7	4	4	1	4	1	15	1	15	1	15	
PENTA 3	5	3	5	5	1	5	1	12	4	12	4	12	
DE UN AÑO	11	8	3	3	1	3	1	7	7	7	7	7	
DE 5 AÑOS	1	1	2	2	1	2	1	6	1	6	1	6	
MOVIMIENTO DE BIOLÓGICO													
BIOLÓGICO	ENTRADAS	SALDO ANTERIOR	SALDO POSTERIOR	DOSIS APLICADAS (Pagadas día)	DOSIS DESPACHADAS	SUMATORIA APLICACIONES + DESPACHADAS	SALDO QUE DEBE TENER EN EL REFRIGERADOR	PAQUETES ENTREGADOS (CONSEJERÍA MUNICIPAL)	ENTRADA DE INSUMOS SISTEMA NOMINAL	CONSULTA DE PERIODOS SISTEMA NOMINAL	ENTRADA DE INSUMOS SISTEMA NOMINAL	SALDOS DEL OPTO O BUS	
BCG	0	50	4	36	0	40	10	10	10	0	36	0	
HEPATITIS B	0	0	0	0	0	6	3	3	5	0	0	0	
PENTAVALENTE	13	22	11	0	0	11	11	11	11	28	0	16	
FIEBRE AMARILLA	30	60	5	35	0	40	20	20	29	50	26	20	
NEUMOCOCCO	5	25	10	0	0	10	15	15	15	21	0	16	
JERINGAS 26x3/8	3	0	5	0	0	5	4	5	5	3	0	0	
COHERENCIA													
GRUPO DE EDAD	RECIBIENDO						MENOR DE UN AÑO						UN AÑO
VACUNA Y DOSIS	BCG	HEP B	PENTA 2	ROTA 2	NEUMO 2	VP2	SRP	NEUMO REF	VARICELA	HEP A	DPT	VOP	SRP2
MARZO	2	2	5	5	5	11	11	10	10	11	1	1	1
ABRIL	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
MAYO	0	0	10	12	12	7	7	7	7	7	6	6	6
TOTAL PERIODO EVALUADO	2	2	18	20	20	21	21	20	20	21	9	9	9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI
ENTREVISTA SISTEMA DE INFORMACIÓN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)
NIVEL GERENCIAL

INFORMACIÓN GENERAL			
Departamento/Distrito:	NARIÑO	Municipio / Localidad:	SANTACRUZ
Nombre de la IPS:	CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE	Fecha: 13 de Julio de 2020	
Nombre del Coordinador PAI	MARITZA VILLOTA	Telefono Coordinador	3108341326

N°	GESTIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		SI/NO/NA	
1	¿Conoce documentos que contribuyan al desarrollo del programa, específicamente del componente de sistema de información?	SI	¿Cuáles? (verificar): Manual técnico Administrativo PAI
2	¿La IPS cuenta con recursos financieros para el fortalecimiento del sistema de información del PAI?	SI	Fuentes de financiación? Lo del plan de acción en salud PIC
3	¿En el plan de acción de la IPS se encuentra específico el componente de sistema de información?	SI	Verificar
4	¿Existe un responsable del PAI?	SI	maritza villota
	¿La persona responsable del PAI es exclusiva?	NO	Es responsable de salud infantil. Ejecuta los PIC y realiza disponibilidad en urgencias 3 días cada mes
	¿Existe un responsable del sistema de información del PAI?	SI	auxiliar de enfermería Evelyn Guevara
	¿Cuenta con un equipo de cómputo exclusivo para el PAI?	SI	se tiene un equipo de cómputo
	¿Cuenta con acceso a internet permanente y exclusivo para el servicio de vacunación?	SI	si tiene acceso a internet de manera emanente y la red de internet es para toda la institución NO es
	¿Cuenta con línea telefónica para el PAI?	NO	No, utilizan los numeros personales ara el area de vacunacion, el celular es para toda la institución.

N°	METAS PROGRAMÁTICAS	RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		SI/NO/NA	
10	¿Conoce el número de niños menores de un año esperados para vacunar en el municipio o localidad?	SI	Población <1 año: 115 Fuente: META PROGRAMATICA
11	¿Conoce el número de niños de un año esperados para vacunar en el municipio o localidad?	SI	Población 1 año: 125 Fuente: META PROGRAMATICA
12	¿Conoce el número de niños menores de un año esperados para vacunar en la IPS?	SI	Población <1 año: 54 Fuente: META ENTREGADA POR DLS
13	¿Conoce el número de niños de un año esperados para vacunar en la IPS?	SI	Población 1 año: 54 Fuente: META ENTREGADA POR DLS
14	¿La IPS tiene contratación con una o varias EAPB para la prestación del servicio de vacunación?	SI	EMSSANAR, MALLAMAS, PROINSALUD.
15	¿Conoce el número de menores de un año a vacunar correspondiente a la población asegurada por las EAPB con las que tiene contrato?	SI	Población <1 año: SOLO DE DOS EAPB EMSSANAR 45, MALLAMAS 9 DE PROINSALUD: 0 BASE DE DATOS QUE ENVIA CADA EAPB
16	¿La IPS tiene contratación con la Alcaldía Municipal a través del PIC, para ejecutar acciones del PAI?	SI	
17	¿Conoce el número de menores de un año a vacunar correspondiente a la población que cubre el PIC?	NA	Población <1 año: Fuente:
18	¿La meta programática de la IPS corresponde a la asignada por el municipio?	SI	
19	¿Conoce la estrategia de vacunación sin barrera?	SI	NO COLOCAR OBSTACULOS PARA VACUNAR, HORARIOS DE TENCION FINES DE SEMANA, LAS 24 HORAS DEL DIA

N°	CAPACITACIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		SI/NO/NA	
20	¿En los últimos seis meses, ha recibido información, capacitación y/o entrenamiento en sistemas de información (registro diario de vacunación, plantilla mensual, reportes de SMS - DLS - IDSN)?	SI	SI LAS CAPACITACIONES VIRTUALES QUE HAN DADO DESDE EL IDSN CHV, PLANTILLA MENSUAL
21	¿La información recibida en las capacitaciones relacionadas con el sistema de información ha sido clara?	SI	

N°	SUPERVISIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		SI/NO/NA	
22	¿En los últimos seis meses, ha recibido supervisión por parte de la SMS - DLS - IDSN?	SI	POR PARTE DE LA DLS APLICANDO LISTA DE CHEQUEO EN PROCEDIMIENTO DE VACUNACION
23	¿En los últimos seis meses, ha recibido asistencia técnica de la SMS O DLS para evaluar la calidad de los datos del programa?	SI	
24	¿El responsable del PAI en la IPS, supervisa el informe mensual antes de entregarlo al municipio?	NO	EN EL MOMENTO LA COORDINADORA DE PAI SE ESTA FAMILIARIZANDO CON EL SERVICIO ESTA EN PROCESO DE INDUCCION. LA RESPONSABLE TOTA ES AUXILIAR EVELYN GUEVARA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI
 ENTREVISTA SISTEMA DE INFORMACIÓN
 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)
 NIVEL GERENCIAL

INFORMACIÓN GENERAL			
Departamento/Distrito: Nombre de la IPS: Nombre del Coordinador PAI		Municipio / Localidad:	
NARIÑO CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE MARITZA VILLOTA		SANTACRUZ	
		Fecha: 13 de Julio de 2020	3108341326
		Telefono Coordinador	
PRACTICAS DE REGISTRO, ARCHIVO E INFORMES		RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
25	¿Utiliza los formatos estandarizados por el MSPS-IDSN (registro diario de vacunación, carné de vacunas, plantilla excel dosis aplicadas mensual, movimiento de biológico, Kardex magnético)?	SI	MANEJAN INFORMACION DE DOSIS APLICADAS, REGISTRO DIARIO DE TEMPERATURA DE RED DE FRIO, KARDEX, SEGUIMIENTO CNV
26	Cuando requiere hacer ajustes a los informes mensuales ¿Cuenta con un procedimiento o mecanismo para realizar dichos ajustes?	SI	SE HACE REVISION, SE HACEN AJUSTES Y SE ENTREGA A DLS EN MEDIO MAGNETICO Y FISICO
27	¿Los registros del programa PAI en medio físico o digital (registros diarios, consolidados mensuales, movimientos de biológico) están organizados cronológicamente?	SI	ESTAN ARCHIVADOS EN AZ Y EL DE REGISTRO DIARIO EN CARPETAS
28	¿Existe un procedimiento estandarizado para crear copias de seguridad de los datos de vacunación (Backup)?	SI	Se guarda en COPIA EN EL CD HASTA MAYO FALTA JUNIO
29	Del consolidado mensual de dosis aplicadas (plantilla Excel) ¿Conoce como obtener informes de coberturas de vacunación según variables de interés para el programa (grupo de edad, biológico, mes, IPS)?	SI	
30	Además del sistema de información del PAI ¿Utiliza otros registros o sistemas propios de la IPS?	SI	
31	¿La IPS oferta vacuna NO PAI?	NO	¿Cuáles?
32	¿Las dosis aplicadas de vacuna NO PAI son reportadas al municipio?	NO	
33	¿Utiliza los formatos estandarizados por el MSPS para el registro y consolidado de vacunas NO PAI?	NA	
		NA	
MONITOREO Y EVALUACIÓN		RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
34	¿Monitorea las coberturas de vacunación?		
35	¿Cuenta el tablero de control o gráficas de cobertura de vacunación de la IPS al día?	NO	Describe la fuente que utiliza?
36	¿Informa a las EAPB con las que tiene contratación, las dosis que fueron aplicadas a su población afiliada?	NO	Desactualizada
37	¿Utiliza los indicadores establecidos (integralidad, oportunidad, exactitud y coherencia) para evaluar la calidad de la información del PAI?	SI	Solo a Emisamar a Mallarnes: no con los diferentes fuentes de informacion
38	¿Realiza actividades para mejorar la calidad de los datos?	NO	
39	¿Se registra la fecha de corte del informe mensual de vacunación?	SI	se realiza se hace la recomendación pero no se deja plan de mejora sino de manera verbal
40	¿Se registra la fecha de envío del informe mensual de vacunación?	SI	
41	¿Recibe retroalimentación mensual de las coberturas de vacunación por parte de la DLS o SMS?	SI	Verifique, por el IDSN
		SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL DEL PAI		RESPUESTA	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
42	Ha recibido asistencia técnica en sistema nominal desde nivel departamental?		
	Considera que el sistema de información nominal del PAI le facilita:	SI	
43	¿El monitoreo de dosis aplicadas?		
44	¿El seguimiento del esquema?	SI	Si la respuesta en NO, explique
45	¿El control de insumos (biológicos y jeringas)?	SI	Si la respuesta en NO, explique
46	¿Generar el consolidado mensual de dosis aplicadas?	SI	Si la respuesta en NO, explique
47	¿Le parece que el sistema de información nominal del PAI es de fácil manejo?	SI	Si la respuesta en NO, explique
		SI	Si la respuesta en NO, explique

**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI
INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS IPS
SISTEMA NOMINAL**

Código de Habilitación: _____ 5269901368

Dirección: _____ B/ Olaya Herrera

Atiende Partos: SI NO

Fecha de la visita anterior: _____ AGOSTO 2019

Nombre de quien recibe la visita: Evelin Guevara

Teléfono de quien recibe la visita 3117385416

Número de vacunadores en la IPS: _____ 2

NIT: _____ 900129891-6

TELEFONO: _____ 3218005668

Nombre de la persona que realiza la visita: Yulieth Calderon - Mary Yolanda Panchalo

Cargo de quien recibe la visita _____ Aux. devacunacion

Correo electrónico de quien recibe la visita: seveling1982@gmail.com - eseguachaves2016.2020@gmail.com

Número de vacunadores extramural: _____ 1

Condiciones Tecnológicas: Revisión características equipo de cómputo y canal de conexión a internet, verificando promedio de población atendida.

DATO A EVALUAR	RESPUESTA (SI/NO)	OBSERVACIONES - COMENTARIOS
ESDE EL COMPUTADOR SE PUEDE INGRESAR A LA PÁGINA DEL PLICATIVO PAI WEB	SI	Verificar (www.paiweb.gov.co)
STEMA OPERATIVO	SI	3- 4160 cpu 3.60 GHZ 3 60 64 bits procesador 64- procesador intel core PM
MEMORIA RAM	SI	4,00 GB
VERSION DE OFFICE (Excel)	SI	windows 10 pro 2019

Manejo del Sistema de Información PAI: Revisión manejo de registro diario de vacunación y módulos del aplicativo.

ITEM	DATO A EVALUAR	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
LISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN FÍSICO	LETRA LEGIBLE	X			Verificar
	TACHONES Y/O ENMENDACURAS		X		Verificar
	DILIGENCIAMIENTO CON BCLÍGRAFO DE TINTA NEGRA	X			Verificar
CARNÉ DE VACUNAS	DILIGENCIAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES	X			Verificar
	DILIGENCIAMIENTO DATOS (FECHA DE VACUNA, LOTE, LABORATORIO, NOMBRE DEL VACUNADOR)	X			SE VERIFICA NIÑO DE 1 AÑO Y TIENE INGRESO DE TODO EL ANTECEDENTE VACUNAL
	DILIGENCIAMIENTO DE FECHA PROXIMA CITA	X			Verificar
MÓDULO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE INGRESO DE RECIÉN NACIDOS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE INGRESO ADULTOS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE SEGUIMIENTO A COHORTES	X			Verificar
MÓDULO DE INVENTARIO	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE TRASLADOS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE PERDIDAS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE CONSULTA DE INVENTARIO	X			Verificar
MÓDULO DE PEDIDOS	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE SOLICITUD DE PEDIDOS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE APROBACIÓN DE PEDIDOS	X			Verificar
	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE CONSULTA PEDIDOS	X			Verificar
MÓDULO DE REPORTES	MANEJA LA FUNCIONALIDAD DE CONSULTA REPORTES	X			Verificar

ITEMS:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ANYELA JULIETH GETIAL		
MARITZA VILLOTA	Coord. Sañud Publica DLS	
EVELYN GUEVARA	Coord. PAI	
	Aux. PAI ESE	



**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI
 INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS IPS
 PLAN DE MEJORAMIENTO**

Alcaldía Municipal de Santacruz
 Nit: 800019685-0

13 de Julio 2020
 Nariño
 Santacruz

Fecha
 Departamento
 Municipio

Institución
 Nombre quien recibe la visita
 Nombre quien realiza la visita

Objetivo de la visita
 Realizar aplicacion lista de chequeo de calidad del Dato

Coord. PAI, Aux. de Vacunacion
 DLS - Coord. Salud Publica

Cargo
 Cargo

No	Hallazgos	Acciones Qué se va a hacer?- Aspecto directo a impactar	Actividades Cómo se realizará?	Responsabilidades Quién/ quienes lo hará?	Marco Cronológico Fechas probables de ejecución y cumplimiento	Recursos Si se requieren - especificar de que rubro se destinan	Indicadores de cumplimiento
2	No cuenta con persona exclusiva para el área de vacunación ya que esta persona también coordina el programa de salud infantil y ejecuta actividades del PIC correspondientes a salud infantil e inmunoprevenibles	la coordinadora de PAI en la mayoría del tiempo que se realiza la auditoria no esta presente debido a que se encuentra realizando actividades del PIC, se recomienda que haya mayor supervision y acompañamiento a la auxiliar de PAI tanto en el servicio como a la hora de realizar y supervisar los informes que se envian a DLS	existiendo mayor acompañamiento a la auxiliar del servicio PAI	Coord. PAI	Inmediato	Talento humano	
5	se han presentado errores en la consolidación y envío de informes mensuales de vacunación, razon por lo cual se solicita que el coord. Del programa revise la información antes de ser enviada a la DLS.	El Coordinador del PAI debe revisar los informes y corregir mensualmente según necesidad, antes de ser enviados a DLS.	Revision y correccion de informes mensuales	Coord. PAI	Mensual	Talento humano	numero de informes corregidos o supervisados sobre el total de informes de vacunacion
6	Realizar analisis de coberturas de vacunacion de manera mensual con el fin de socializarlas en reunion de comité.	Monitorea las coberturas de vacunación institucionales de manera mensual y socializarlas en el comité de PAI	Evaluar las cobertura de vacunacion de acuerdo la meta programatica con el fin de buscar estrategias que contribuyan a mejorar estas coberturas	Coord. PAI	Mensual	Talento humano	Informe de analisis

[Handwritten signatures]

ANYELA JULIETH GETIAL
 YULIETH CALDERON
 EVELYN GUEVARA

Firma Coord. Salud Publica
 Firma Directora Local De Salud
 Firma Aux. deVacunacion



Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

OFICIO No. DLS 20. 170-71
Santacruz de Guachavés, 13 de abril del 2020

Doctora
MABEL CHAZATAR
Gerente Centro de salud Guachavés ESE

Doctora
ANA MARIA BACCA
Coordinador tuberculosis y lepra
Centro de salud Guachavés ESE

ESE GUACHAVÉS
No. RADICADO 900.129.891
FECHA 12 abril 2020
RECIBIDO

Asunto: entrega Plan de Mejora auditoria programa de tuberculosis y lepra.

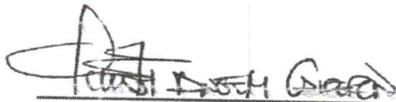
Cordial saludo

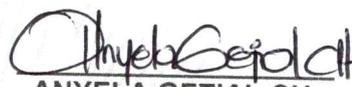
De manera atenta me permito hacer entrega del plan de mejora con las actividades pendientes por cumplir para el programa de tuberculosis y lepra, lo anterior teniendo en cuenta la auditoría realizada el día 02 de marzo del presente año al Centro de salud Guachavés ESE.

El seguimiento de las actividades dejadas en plan de mejora se realizara en el mes junio con previa notificación de la misma.

Agradeciendo la atención prestada con el presente me suscribo

Atentamente:


YULIETH CALDERÓN
Directora local de salud
Santacruz


ANYELA GETIAL CH.
Coord. De salud publica
DLS

Anexo: cuatro (12) folios



ACTA N° DLS 170-01.027.09

NOMBRE DE LA REUNIÓN	FECHA			HORA INICIAL	HORA FINAL
	DÍA	MES	AÑO		
Auditoria al programa de tuberculosis y lepra del Centro de Salud Guachavés ESE.	02	03	2020	10:00 AM	12:30 PM

ASISTENTES			
N	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	ANA MARÍA BACCA	COORD. TUBERCULOSIS Y LEPROSA ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES	Ana María Bacca M.
2	MABEL CHAZATAR	GERENTE ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES	<i>Mabel Chazar</i>
3	ANYELA GETIAL JULIETH	COORDINADORA SALUD PÚBLICA DLS.	<i>Anyela Getial</i>
4	YULIETH CALDERÓN	DIRECTORA LOCAL DE SALUD	<i>Yulieth Calderón</i>

ORDEN DEL DÍA		
N.	TEMÁTICA	RESPONSABLE
1	Explicar el objetivo de la visita	Coord. Salud Publica DLS:
2	Realizar evaluación al programa de Tuberculosis Lepra de la ESE Centro De Salud Guachavés aplicando lista de chequeo.	Coord. Salud Publica DLS:
3	Entrega del acta y plan de mejora.	Coord. Salud Publica DLS:

DESARROLLO

Siendo las 10:00 de la mañana del día 02 de marzo del año 2020 se reunieron en las instalaciones de la ESE Centro De Salud Guachavés del municipio de Santacruz, la coordinadora de salud pública de la Dirección Local de Salud ANYELA GETIAL y por otra parte la coordinadora del programa de Tuberculosis y Lepra Ana Maria Bacca con el fin de realizar evaluación al programa de la institución.

- Se procede a explicar el objetivo de la auditoria al programa de atención de tuberculosis y lepra donde se va evaluar a través de un instrumento lista de chequeo facilitado por el IDSN, con el fin de que estén en mejora continua y se brinde una atención adecuada y de calidad a la comunidad que requiere de estos servicios.
- A medida que se piden soportes se explica cómo se debe realizar el procedimiento, controles, seguimiento a los pacientes y contactos de tuberculosis y lepra



Se da a conocer lista de chequeo que se aplicara.

- Se realiza asistencia técnica y retroalimentación de los contenidos.

HALLAZGOS

TUBERCULOSIS

- La institución cuenta con plan de capacitaciones para el año 2020 sin embargo hasta el día que se realizó la auditoria no está incluido la socialización de Tuberculosis.
- No se ha socializado los lineamientos del Programa de Tuberculosis con el personal, Guías de Atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en la Enfermedad de Hansen lo anterior debido a que al momento de revisar el acta de capacitación no se logra evidenciar cual fue la temática tratada, el acta es incompleta.
- No Cuenta con valoración de Calidad en la toma y procesamiento de muestras en laboratorio vigencia año 2019.

LEPRA O ENFERMEDAD DE HANSEN

- No se ha socializado los lineamientos del Programa Control de Hansen con el personal, Guías de Atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en la Enfermedad de Hansen lo anterior debido a que al momento de revisar el acta de capacitación no se logra evidenciar cual fue la temática tratada, el acta es incompleta.
- La institución cuenta con plan de capacitaciones para el año 2020 sin embargo no está incluido la socialización de enfermedad de Hansen.
- El COVE se encuentra operando sin embargo no hay resolución o acta de conformación actualizada.
- En las visitas domiciliarias realizadas no hay registro de examen físico realizado a los convivientes y tampoco hay registro de refuerzo o aplicación de BCG.

Finalmente se agradece por la atención prestada haciendo un llamado de atención en cuanto a los resultados obtenidos y estimulando a conseguir avances óptimos en sus tareas, se da por finalizada la reunión siendo las 12:30 de la tarde en las instalaciones de la ESE Centro de salud Guachavés.

CRITERIO	RANGO
OPTIMO	100%
BUENO	80-99%
ACEPTABLE	70-79%
REGULAR	40-69%
DEFICIENTE	0-39%



PROGRAMA	%
TUBERCULOSIS	93%

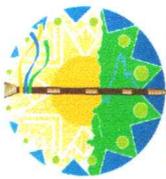
PROGRAMA	%
LEPRA	89 %

ANEXOS

- Oficio de notificación de visita
- Lista de chequeo
- Plan mejora de Tuberculosis y Lepra.

COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE A EJECUTAR	FECHA			OBSERVACIONES
		DÍA	MES	AÑO	
Ejecutar plan mejora con actividades pendientes de cada uno de los programas.	Coordinador programa de Tuberculosis y Lepra				Según plan mejora.

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
<i>Anyela Getial</i> Coordinadora de salud pública DLS	<i>Anyela Getial</i>	02	03	2020



**PLAN MEJORA ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVÉS
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y LEPROA
PRIMER SEMESTRE 2020**

SANTACRUZ
MUNICIPIO DE GUACHAVÉS
Dirección Local de Salud

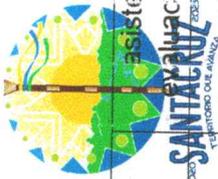
Fecha: 02 de Marzo del 2020

Quien atiene la visita: Ana María Bacca

Responsable de la visita: Anyela Gejal Coordinadora de Salud Pública.

Tras realizar la evaluación al programa de Tuberculosis y lepra de la ESE Centro de salud Guachavés, se encontraron unas actividades que se consignaron en un plan de mejora a cumplirse a partir de la entrega del plan de mejora.

No	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR	SOPORTES
1	Han socializado los lineamientos del Programa Control de TB, guías de atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en Tuberculosis. Verificar (acta, lista de asistencia, resultados de evaluación de conocimientos).	El acta de capacitación está incompleta, no presentan los soportes de la temática socializada en la capacitación.	Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.	Abril-junio 2020	Acta de socialización de los lineamientos del programa
2	La Institución cuenta con Plan de Capacitación, incluyendo Tuberculosis.	La institución cuenta con plan de capacitaciones para el año 2020 sin embargo hasta el día que se realizó la auditoria no está incluido la socialización de Tuberculosis.	Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.	Abril-junio 2020	Plan e capacitaciones donde esté incluido el tema de TBC
3	Cuenta con valoración de Calidad en la toma y procesamiento de muestras en laboratorio.	No presentan soporte evaluando la calidad de las muestras tomadas y procesadas de Bk del año 2019.	Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.	Abril-junio 2020	Evaluación de calidad de las muestras tomadas.
PLAN DE MEJORA LEPROA					
1	Han socializado los lineamientos del Programa Control de Hansen, Guías de Atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en la Enfermedad de Hansen. Verificar (acta, lista de	No tienen acta de la socialización de los lineamientos del programa Control de Hansen, Guías de Atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en la Enfermedad de Hansen.	Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.	Abril-junio 2020	acta de la socialización de los lineamientos del programa de Hansen



2	<p>asistencia, resultados de evaluación de conocimientos)</p> <p>La institución cuenta con Plan de Capacitación incluyendo temas de la Enfermedad de Hansen</p>	<p>La institución cuenta con plan de capacitaciones para el año 2020 sin embargo no está incluido la socialización de enfermedad de Hansen!</p>	<p>Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.</p>	<p>Abril-Junio 2020</p>	<p>Plan de capacitaciones donde esté incluido el tema de Hansen</p>
3	<p>Cumple con evaluación de la visita domiciliaria al 100% de los convivientes (examen clínico, cicatriz, aplicación y refuerzo de BCG). Verificar formato de visita domiciliaria de la Enfermedad de Hansen.</p>	<p>En las visitas domiciliarias realizadas no hay examen físico de los convivientes y tampoco hay registro de refuerzo o aplicación de BCG.</p>	<p>Responsable del programa de Tuberculosis y Lepra.</p>	<p>Abril-Junio 2020</p>	<p>En los formatos de visita domiciliaria debe incluir la realización del examen físico a los contactos.</p>

YULIETH ANGELY CALDERÓN E.
Directora local de salud
Santacruz-Nariño

ANYELA JULIETH GÉTIAL CH.
Coordinadora de salud pública
Dirección local de salud



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2023
NR. 000019685-0

LISTA DE CHEQUEO PARA
PROGRAMA TUBERCULOSIS

CODIGO: NA

VERSION:

FECHA:

MUNICIPIO: SANTACRUZ

INSTITUCIÓN: ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES

NOMBRE DEL GERENTE: MABEL CHAZATAR

COORDINADOR DEL PROGRAMA: ANA MARIA BACCA

DIRECCIÓN: BARRIO OLAYA HERRERA

CORREO ELECTRONICO:

FECHA: 2 MARZO DE 2020

TELEFONOS:

OBJETIVO: Realizar visita de vigilancia en Salud Pública en la aplicación de la normatividad vigente en Micobacterias TB para el fortalecimiento del desarrollo de capacidades en lo que compete a la XXXXX del municipio de Santacruz, dando cumplimiento a la resolución 518 del 24 de febrero de 2015.

ITEMO	Ponderado	Items Evaluados	Puntaje	OBSERVACIONES
I. INDICADORES GENERALES: 20%				
1.1 La Entidad cuenta con profesional responsable del manejo Programa de Tuberculosis.	1	100	100	ANA MARIA BACCA-BACTERIOLOGA
1.2 La Institución cuenta con Plan de Capacitación, incluyendo Tuberculosis. (Ver soportes).	0	0	0	PARA EL AÑO 2020 NO ESTA ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA DE CAPACITACION LA SOCIALIZACION DE TBC
1.3 Han socializado los lineamientos del Programa Control de TB, guías de atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en Tuberculosis. Verificar (acta, lista de asistencia, resultados de evaluación de conocimientos).	0	0	0	EL ACTA DE CAPACITACION ESTA INCOMPLETA, NO PRESENTAN LOS SOPORTES DE LA TEMATICA SOCIALIZADA EN LA CAPACITACION.
1.4 Realiza búsqueda institucional de Sintomático Respiratorio mediante: la clasificación del SR, en las Historias clínicas sistematizada o manual como campo obligatorio; la correlación entre la clínica, la clasificación y la solicitud de laboratorios son pertinentes. (cumple con el 80% de la muestra analizada)	1	100	100	REALIZA BUSQUEDA INSTITUCIONAL Y REGISTRO EN EL LIBRO DE BACISCOPIAS Y CULTIVOS.
1.5 Realiza Programación Anual de SR de acuerdo a los lineamientos de la circular 055 del 20 de diciembre de 2016.	1	100	100	PRESENTA SOPORTES DE PROGRAMACION DE TBC PARA EL AÑO 2020, SEGUN LO ENVIADO POR LAS EPS CON LAS CUALES HAY CONTRATACION.
1.6 Diligencia el registro de sintomáticos respiratorios en forma correcta y completa. (Verificar el medio Magnético).	1	100	100	PENDIENTE
1.7 Elabora correctamente y envía el informe de casos y actividades de TB a la DLS/SMS dentro de los cinco primeros días de cada mes.	1	100	100	
1.8 Elabora correctamente y envía el informe por aseguradora de casos y actividades de TB a la EAPB dentro de los cinco primeros días de cada mes.	1	100	100	
1.9 Realiza evaluación trimestral de captación de SR con base en las metas establecidas en la resolución vigente (para la IFS, EPS).	1	100	100	
1.10 Cumple con la captación de SR de acuerdo al periodo evaluado	1	100	100	
1.12 Cumple con la meta de realización de cultivos para diagnóstico de tuberculosis pulmonar, de acuerdo a la Programación Anual de TB de la institución (10%)	1	100	100	EN EL MES DE FEBRERO HA ENVIADO 6 MUESTRAS PARA CULTIVO A LABORATORIO Y EN ENERO SE ENVIARON 2 MUESTRAS PARA CULTIVO.
1.13 Tiene implementado el registro de pacientes diagnosticados con tuberculosis, con la totalidad de variables diligenciadas y actualizadas (ver soportes)	1	NA	NA	EN EL MOMENTO NO TIENEN PACIENTES CON TBC, ESTAN LOS REGISTROS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES REHABILITADOS.
1.14 Cumple con la curación de casos de TB pulmonar nuevo bacteriológicamente confirmado superior al 88% (según cohorte año anterior)	1	NA	NA	EN EL MOMENTO NO HAY PACIENTES CONFIRMADOS TBC EN LA INSTITUCION.
1.15 Cumple con el porcentaje de pacientes con pérdida de seguimiento al tratamiento inferior al 5% (TB sensible: 1 mes, TB resistentes: 2 meses)	1	NA	NA	EN EL MOMENTO NO HAY PACIENTES CONFIRMADOS TBC EN LA INSTITUCION. EN EL REGISTRO DE AÑOS ANTERIORES NO SE PRESENTARON CASOS DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO.



LISTA DE CHEQUEO PARA
PROGRAMA TUBERCULOSIS

	CODIGO: NA	VERSIÓN:		FECHA:
1.16 Garantiza la referencia y contrarreferencia de los pacientes con Tuberculosis	1	NA	NA	LA INSTITUCION EN EL MOMENTO NO TIENE PACIENTES CONFIRMADOS CON TBC.
1.17 Realiza estudio de contactos y visitas domiciliarias (verificar Base de contactos y visitas domiciliarias).	1	100	100	SE REALIZA SEGUIMIENTO A TODOS LOS CONTACTOS DE PACIENTES REHABILITADOS DE TBC SEGUN PROTOCOLO DE TBC
II. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: 20%				
2.1 Realiza notificación semanal del evento de TB en el aplicativo SIVIGILA. (Oportunidad mayor del 90%)	1	NA	NA	NO TIENEN PACIENTES EN EL MOMENTO CON TBC.
2.2 Ficha de Notificación 815 y/o 825 versión actualizada, completa y correctamente diligenciada	1	NA	NA	
2.3 Verificar calidad del dato y realizar ajustes en SIVIGILA del evento 815 y 825.	1	NA	NA	
2.4 Realiza Unidad de Analisis del evento de Tuberculosis (ver soportes).	1	NA	NA	
2.5 Realiza Unidad de Analisis para los casos de mortalidad de TB cumpliendo con la metodología de la Ruta de la Vida camino a la supervivencia (cuatro demoras) incluyendo acta de reunion, estudio de caso y plan de mejora (ver soportes)	1	NA	NA	
III. DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS: 20%				
3.1 Se realiza y envia oportunamente la solicitud de medicamentos.	1	NA	NA	
3.2 Se diligencia correctamente la tarjeta individual de tratamiento	1	NA	NA	
3.3 Todos los casos de TB Pulmonar tienen control bacteriológico, según la normatividad a los 2, 4 y 6 meses.	1	NA	NA	
3.4 En los casos de TB se cumple con los controles Médicos	1	NA	NA	
3.5 En los casos de TB se cumple con los controles de Enfermería	1	NA	NA	
3.6 El tratamiento para el manejo de la Tuberculosis se aplica bajo la estrategia DOTS TAES "Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado" (Si hay casos, quien es el responsable).	1	NA	NA	
3.7 Se garantiza el correcto almacenamiento y conservación de los medicamentos (Se encuentra separado y rotulado por cada paciente y coincide dosis administradas con dosis de farmacia)	1	NA	NA	
3.8 Elabora y envia oportunamente el análisis de cohorte individual de los casos diagnosticados que egresan del programa.	1	NA	NA	
IV. ACTIVIDADES PIC. 20%				
4.1 La DLS contrata con la E.S.E. o IPS el PIC de TB, y el porcentaje de cumplimiento de acciones trimestral es del 100% (Verificar soportes, contrato, responsable, plan de TB de la vigencia actual).	1	100	100	ANA MARIA BACCA COORDINADORA ENF TRANSMISIBLES TBC-LEPRA ENCARGADA DEL PIC 2020
4.2 Se han realizado acciones de canalización en población en condicion de vulnerabilidad para la captación de SR (indigenas, privados de la libertad, habitantes de calle, personas en condicion de desplazamiento: u otras).	1	100	100	SE HACE SEGUN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS COAI PAS
4.3 Se han ejecutado otras tecnologías para el programa de Tuberculosis. (informacion en salud cuñas radiales, folletos, afiches y otros; Educación y comunicación charlas educativas, jornadas en salud) (verificar soportes)	1	100	100	ESTRATEGIAS IEC, CUENTA CON CARTELERA ALUSIVA AL PROGRAMA, REALIZAN ACTIVIDADES EDUCATIVAS CON LA COMUNIDAD
V. FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERPROGRAMATICO Y DE GESTION: 20%				
5.1 Se cumplen con las actividades colaborativas de TB/VIH. Todos los casos de TB tienen oferta y realización de la prueba voluntaria para VIH	1	NA	NA	



LISTA DE CHEQUEO PARA
PROGRAMA TUBERCULOSIS

CODIGO: NA	VERSION:			FECHA:
5.2 Se garantiza la educación y suministro de condones para la prevención del VIH a personas con diagnóstico de tuberculosis de manera mensual. Verificar soportes	1	NA	NA	
5.3 Se cumplen con las actividades interprogramaticas con Enfermedades Crónicas no transmisibles? Búsqueda de SR en pacientes con enfermedades crónicas CA, Diabetes, EPOC, Falla renal crónica.	1	100	100	BACILOSCOPIAS EN PACIENTES CRONICOS. SE REVISAN EN HC: 39796194. 27455319 NO SON SINTOMATICOS RESPIRATORIOS NI DE PIEL.
5.4 Se cumplen con las actividades interprogramaticas con seguridad Alimentaria? Vigilancia y apoyo nutricional a los casos de TB.	1	NA	NA	
5.5 Se cumplen con las actividades colaborativas con AIEPI: Garantizar la evaluación del 100% de los menores de 5 años, contactos de pacientes con TB, con el fin de definir quimioprofilaxis o tratamiento de acuerdo a la guía de manejo de TB infantil.	1	100	100	EN VISITAS DOMICILIARIAS A CONTACTOS DE PACIENTES REHABILITADOS DE TUBERCULOSIS SE HACE SEGUIMIENTO A TODO EL NUCLEO INCLUIDOS MENORES DE EDAD.
5.6 Diligencia correctamente la tarjeta y está actualizada la base de profilaxis con Isoniazida.	1	NA	NA	
5.7 Se han desarrollado mecanismos de coordinación intersectorial para el manejo de situaciones especiales de casos de tuberculosis.	1	100	100	
disponibles tapabocas N 95 en laboratorio	1	100	100	
Cuenta con valoración de Calidad en la toma y procesamiento de muestras en laboratorio.	0	0	0	NO PRESENTAN SOPORTE EVALUANDO LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS TOMADAS Y PROCESADAS DE BK DEL AÑO 2019.
Items Evaluados				41
Items Cumplidos				38
% DE CUMPLIMIENTO TOTAL				93%
Clasificación				Buena

Criterios de evaluación	
0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo

Total de casos de TB diagnosticados el año anterior: 0
 Total de casos de TB diagnosticados en el presente año: 0
 Total de casos en quimioprofilaxis: 0
 Número de casos con resistencia a medicamentos: 0
 No casos TB/VIH-SIDA: 0

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:

Ana María Baeza
 Coordinador Crónicas Transmisibles TBC - LEPRO Gerente

NOMBRE DE L@S RESPONSABLES DE LA VISITA DLS:

ANYELA JULIETH GETIAL
 Cord. Salud pública DLS



LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DIRECTA PROGRAMA DE CONTROL DE LEPRO

CODIGO: NA	VERSION:	FECHA:
------------	----------	--------

MUNICIPIO: SANTACRUZ

INSTITUCIÓN: ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: MABEL CHAZATAR

LIDER DEL PROGRAMA: ANA MARIA BACCA

CORREO ELECTRONICO: laboratorloguachaves@gmail.com

FECHA: 2 DE MARZO DE 2020

DIRECCIÓN: BARRIO OLAYA HERRERA

TELEFONOS: 3178161662

OBJETIVO: Realizar visita de Vigilancia en Salud Pública en el cumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente en Micobacterias Hansen para el fortalecimiento de capacidades en lo que compete al centro de salud Guachaves ESE del municipio de Santacruz dando cumplimiento a la resolución 518 del 24 de febrero de 2015.

ITEMS	Ponderado	Items Evaluados	Puntaje	OBSERVACIONES
I. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN: 25%				
1.1 La Entidad cuenta con profesional responsable del manejo Programa de HANSEN.	1	100	100	ANA MARIA BACCA-BACTERIOLOGA
1.2 La Institución cuenta con Plan de Capacitación, incluyendo temas de la Enfermedad de Hansen.(Ver soportes)	0	0	0	EN EL PLAN DE CAPACITACION 2020 NO ESTA LA FECHA PARA LEPRO
1.3 Han socializado los lineamientos del Programa Control de Hansen, Guías de Atención y capacitaciones brindadas por el IDSN en la Enfermedad de Hansen. Verificar (acta, lista de asistencia, resultados de evaluación de conocimientos).	0	0	0	EL ACTA DE CAPACITACION ESTA INCOMPLETA, NO PRESENTAN LOS SOPORTES DE LA TEMATICA SOCIALIZADA EN LA CAPACITACION.
1.4. Realiza búsqueda Institucional de Sintomático de Piel y Sintomático Nerviosos Periférico mediante la clasificación del SP y SNP, en las Historias clínicas sistematizada como campo obligatorio y revisión de Historias Clínicas en forma manual, la correlación entre la clínica, la clasificación y la solicitud de laboratorio son pertinentes (cumple con el 80% de la muestra analizada)	1	100	100	LIBRO DE SINTOMATICO DE PIEL AÑO 2019
1.5. Verificar con Laboratorio Clínico de la Institución la captación del SP y SNP mediante el Formeto de Resultados de Baciloscopia para la Enfermedad de Hansen la clasificación MB-PB	1	100	100	BUSQUEDA ACTIVA
1.6. Se cumplen con las actividades Interprogramáticas con seguridad Alimentaria y Vigilancia y apoyo nutricional a los casos de la Enfermedad de Hansen	1	NA	NA	
1.7. Realiza evaluación anual de la PREVALENCIA de Hansen con base en las metas establecidas en la resolución 058 del año 2009 (menor a un caso por 10.000 habitantes).	1	100	100	LA INSTITUCIÓN CUENTA CON LA PROGRAMACION DE LEPRO AÑO 2020, ACTUALMENTE CUENTA CON 1 PACIENTE EN TRATAMIENTO.
1.8. Cumple con la reducción en un 35% de la TASA de casos nuevos detectados con DISCAPACIDA grado 1-2.	1	100	100	
II. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: 25%				
2.1. EL COVE Institucional esta conformado y operando. (ver resolución , fecha y actas del trimestre)	0	0	0	EL COVE SE ENCUENTRA OPERANDO SIN EMBARGO NO HAY RESOLUCION O ACTA DE CONFORMACION ACTUALIZADA.
2.2. Realiza notificación semanal del evento de Hansen en el aplicativo SIVIGILA. (Oportunidad mayor del 90%)	1	100	100	DESDE EL ANTERIOR AÑO SOLO SE A DETECTADO UN PACIENTE DE HANSEN
2.3. Ficha de Notificación 450 versión actualizada, completa y correctamente diligenciada	1	100	100	
2.4 Verificar calidad del dato y realizar ajustes en SIVIGILA del evento 450	1	100	100	
2.5. Realiza Unidad de Analisis de eventos de notificación obligatoria: Hansen	1	100	100	
2.6. Realiza Unidad de Analisis para los casos de Mortalidad de Hansen cumpliendo con la metodología de la Ruta de la Vida camino a la supervivencia (cuatro demoras) incluyendo acta de reunion, estudio de caso y plan de mejora (ver soportes)	1	NA	NA	

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DIRECTA PROGRAMA DE CONTROL DE LEPROA

CODIGO: NA	VERSION:			FECHA:
2.7. Elabora correctamente y envia oportunamente a la DLS el Informe Trimestral de casos y actividades en los 5 primeros dias.	1	100	100	SE HA ENVIADO LA INFORMACION OPORTUNAMENTE A DLS EN LA VIGENCIA DEL AÑO 2019
III. DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS: 25%				
3.1. Se realiza y envia oportunamente la solicitud de medicamentos. (Formato de solicitud de medicamentos).	1	100	100	SE HIZO LA SOLICITUD DE MEDICAMENTO EL DIA 13 DE FEBRERO DE 2020 AL IDSN
3.2. Elabora y envia completa y correctamente la tarjeta de tratamiento individual de inicio, seguimiento de Hansen mensual y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar) oportunamente.	1	100	100	ENVIA OPORTUNAMENTE EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE DE HANSEN DE MANERA MENSUAL
3.3. Elabora y envia correctamente la tarjeta de tratamiento la variable para el Egreso del paciente del programa de la Enfermedad de Hansen: Resultado de PQT (fecha de salida, baciloscopia final IB y evaluación de discapacidad al egreso: ojos, manos y pies. Anexo: Ficha de Evaluación Neurológica Simplificada de Lepra y firma del medico-sello) y envian a la oficina de Hansen del IDSN o al correo electronico lepranarinoidsn@gmail.com. oportunamente.	1	NA	NA	NO HAY PACIENTES ANTERIORES QUE HAYAN SIDO EGRESADOS DEL PROGRAMA DE HANSEN
3.4. Todos los casos de Hansen estan clasificados (según criterios de la OMS PB/MB)	1	100	100	
3.5. Todos los casos de Hansen se encuentran Valorados el Grado de Discapacidad con ficha de Evaluación Neurológica Simplificada en Lepra al inicio, durante y final (ojos, manos y pies) del tratamiento y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	100	100	HC: 87451494 VALORACION EL DIA 06 sept-2018
3.6. Todos los casos de Hansen tienen control bacteriologico y reporta indice bacilar IB (inicial, semestral y final de tratamiento) e histopatológico (según caso), según la normatividad vigente y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	100	100	SEGUIMIENTO HC: 87451494, 13 FEBRERO 2020 INDICE BACILAR 0.5
3.7. Todos los casos de Hansen (PB- MB) tienen control Medico según normatividad vigente (mensual - Egreso) y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	100	100	HC: 87451494 SI CUENTA CON CONTROLES MEDICOS.
3.8. Se realiza control para la Atención del paciente de Hansen con Medico Especialista cada 3 meses-egreso y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	100	100	HC: 87451494 CONTROLES CON DERMATOLOGIA ELDIA, 2 OCT-2019, 19- JULIO-2019
3.9. Se realiza Intersuconsulta con los diferentes Profesionales de la Salud para la Atención del paciente de Hansen. (oftalmologo, Nutricionista, Psicologo etc. primero, segundo y tercer nivel) y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	100	100	HC: 87451494 CUENTA CON VALORACION DE MEDICO, ENFERMERA Y PSICOLOGIA.
3.10. Todos los casos de Hansen (PB- MB) tienen control de Enfermeria según normatividad vigente (mensual-egreso) y envia al Correo lepranarinoidsn@gmail.com (verificar)	1	NA	NA	HC: 87451494 SI TIENE CONTROLES CON ENFERMERIA
3.11. Tiene implementado el libro de pacientes y Vigilancia de pacientes diagnosticados con Hansen, con la totalidad de variables diligenciada y actualizada (ver soportes)	1	100	100	
3.12. El tratamiento (PQT) para el manejo de la Enfermedad de Hansen se aplica la Estrategia DOST-TAES (Tratamiento Estrictamente supervisado por el personal de Salud de la Institución), si hay casos quien es el responsable.	1	100	100	RAMIRO TORREAS AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL SANDE RESPONSABLE DE ADMINISTRAR MEDICAMENTO AL PACIENTE DE HANSEN.
3.13. Realiza Estudio de Convientes y Visitas Domiciliarias casos PB - MB en coordinación con la DLS (verificar Base de convivientes y visitas domiciliaria). PQT - VIGILANCIA)	1	100	100	REALIZA SEGUIMIENTO Y VISITAS DOMICILIARIAS AL PACIENTE Y ADEMAS CUENTAN CON LA BASE DE DATOS DE LOS CONVIENTES.
3.14. Cumple con evaluacion de la visita domiciliaria al 100% de los convivientes (examen clinico, cicatriz, aplicacion y refuerzo de BCG). Verificar formato de visita domiciliaria de la Enfermedad de Hansen.	0	0	0	8/10/2019 EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS NO HAY EXAMEN FISICO DE LOS CONVIENTES Y TAMPOCO HAY REGISTRO DE REFUERZO O APLICACION DE BCG.

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DIRECTA PROGRAMA DE CONTROL DE LEPROA

CODIGO: NA	VERSION:			FECHA:
3.15. Realiza actividades de educación paciente, familia y comunidad en cuanto a prevención de discapacidad en el paciente de Hansen. (verificar: tarjeta del paciente y formato de visita domiciliaria)	1	100	100	SE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE Y A SUS CONTACTOS AL PACIENTE DE HANSEN Y A LA COMUNIDAD SE BRINDA EDUCACION DE ACUERDO A LO CONTRATADO EN EL PIC.
3.16. Se garantiza el correcto almacenamiento y conservación de los medicamentos (Se encuentra separado por cada paciente -verificar)	1	NA	NA	
IV. PIC:				
4.1 La DLS contrata con la E.S.E. o IPS el PIC de Hansen y el porcentaje de cumplimiento de acciones trimestral es del 100% (Verificar soportes, contrato, responsable, plan de Hansen de la vigencia actual).	1	100	100	ANA MARIA BACCA-BACTERIOLOGA RESPONSABLE DE EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PIC EN TBC-LEPRA
4.2. Se encuentran contempladas acciones de Información en Salud, ACMS dentro del PIC (Verificar material educativo, mensajes radiales conmemoración del día mundial de Lucha contra la Lepra).	1	100	100	ASISTENCIA A CUÑAS RADIALES DE LEPROA 28 ENERO, CELEBRACION DEL DIA MUNDIAL DE HANSEN EL DIA 28 DE ENERO DEL PRESENTE AÑO, CAPACITACION A LA COMUNIDAD SEGUN LO ESTABECIDO EN EL PIC.
4.3. Se encuentra contempladas acciones de Educación y Comunicación para la Salud. (Verificar soportes de encuentros colectivos, comunidad, familia y población vulnerables y de riesgo).	1	100	100	SE EJECUTA SEGUN LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PIC
4.4 Realiza actividades de canalización incluye la búsqueda activa de SP y SNP (campañas y encuentros comunitarios de búsqueda de SP y SNP en áreas de mayor incidencia de la enfermedad y convivientes).	1	100	100	SE EJECUTA SEGUN LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PIC

Items Evaluados	35
Items Cumplidos	31
% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	88%
Clasificación	Buena

Criterios de evaluación	
0 - 50%	Deficiente
51% - 79%	Regular
80% - 94%	Bueno
95% - 100%	Óptimo

Total de casos de LEPROA diagnosticados: año anterior: 1 presente año: 0
 Total de casos en PQT al final del año anterior : 1 Actuales: 1 Abandono: 0
 Número de casos con resistencia a medicamentos: 0 RECIDIVAS: 0 Reacciones: 0
 Total de tratamientos terminados: Año anterior: 1 Presente año: 0
 Total de pacientes en vigilancia: MB: 0 Convivientes: 0 PB: 0 Convivientes: 0

RECOMENDACIONES:

PERSONAL DE LA ESE	CORREO ELECTRONICO	CARGO	TELEFONO	FIRMA
ANA MARIA BACCA	laboratorioquachaves@gmail.com	Coordinador Crónicas Transmisibles	3178161662	
MABEL HASBLEIDY CHAZATAR	eseguachaves2026.2020@gmail.com	Gerente ESE	3135696936	
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA:		 COORDINADORA DE TBC Y LEPROA		
NOMBRE DE L@S RESPONSABLES DE LA VISITA DLS:		COORDINADORA DE SALUD PUBLICA DLS		



LISTA DE CHEQUEO – INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Centro de Salud ese Guachacés NIT: 900129891
 DIRECCION: Pontón Olaya Herrera TELEFONO: 3113761965 FAX: _____
 REPRESENTANTE LEGAL: Mabel Charatar CC: 24456306
 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud ese Guachacés CC: 900129891

En el marco de la Declaratoria de la emergencia nacional realizada mediante la Resolución 385 del 12 de marzo del 2020, por la presidencia de la República la cual insta adoptar medidas extraordinarias, estrictas y urgentes con el fin de mitigar las posibilidades de contagio y controlar la propagación del CORONAVIRUS - COVID -19 en el territorio nacional, en todos los espacios sociales, así como desarrollar estrategias eficaces de comunicación a la población en torno a las medidas de protección que se deben adoptar, por tanto es indispensable y obligatorio que las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud den cumplimiento a la norma sanitaria vigente.

REQUISITO A EVALUAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
RUTAS DE EVACUACION			
Se tiene definida la ruta más corta para la evacuación de los residuos peligrosos, en caso de pacientes con COVID-19.		X	
Tiene definida la ruta de evacuación del cadáver en caso de muerte por COVID-19.		X	145 días.
La recolección de los residuos es oportuna y no presenta acumulación de ellos en el área de almacenamiento, esto de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad vigente	X		
Máscaras Quirúrgica N95	X		
Mono gafas	X		
Guantes	X		
Batas impermeables de manga larga (Si esta no es impermeable, añadir un delantal plástico desechable).	X		
La Institución cuenta con Dosificadores de jabón líquido suficiente, toallas desechables y papel higiénico en todas las áreas.	X		
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
ELEMENTOS PARA			



HIGIENE PERSONAL	Cuenta con aviso alusivo al lavado de manos en las áreas que se requiera.	X	
	Bolsas rojas con calibre 1.6mm para residuos peligrosos.	X	
ELEMENTOS Y EQUIPOS PARA EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS	Recipientes con pedal de fácil limpieza y desinfección para la segregación de los residuos peligrosos.	X	
	Bolsas 150 micras o más de espesor para la disposición del cadáver.		X
	Cuenta con protocolo de limpieza y desinfección de todas áreas de la Institución.	X	

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de Abril del año 2020 en la ciudad de Santacruz.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, Representante Legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

FUNCIONARIO DE SALUD:
 Firma: [Firma]
 Nombre: Francisca Melo Mora
 C.C.: 1088734236
 Cargo: Aux Salud IDSN
 Institución: IDSN

QUIEN ATIENDE LA VISITA:
 Firma: [Firma]
 Nombre: MARLEY CHARA
 C.C.: 1.085.232.801
 Cargo: SUBGERENTE
 Institución: CENTRO DE SALUD GUACHARAS T-SI





OFICIO N. DLS20. 170.219
Santacruz, Guachavés 13 de agosto del 2020

Doctora:
MARLEY CHARA
Subgerente Centro de Salud Guachavés ESE

ASUNTO: plan de mejora Dimensión poblaciones vulnerables- Salud Infantil

Cordial saludo:

La dirección local de salud de manera atenta hace entrega del plan de mejora de la evaluación del segundo trimestre del COAI PAS 2020 de la dimensión poblaciones vulnerables- Salud Infantil, dando a conocer que las actividades que no se ejecutaron en el segundo trimestre deberán ser realizadas en el tercer trimestre con sus respectivos soportes y ser entregados según la fecha estipulada a dirección local de salud.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Cordialmente:


YULIETH CALDERÓN
Directoral local de salud

ESE GUACHAVÉS
No RADICADO
FECHA 13-08-2020
RECIBIÓ Anacely Bastidas


ANYELA GETIAL
Coord. Salud publica



Alcaldía Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

**DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD
PLAN DE MEJORA COAI PAS 2020
DIMENSIÓN POBLACIONES VULNERABLES- SALUD INFANTIL**

Tras realizar la evaluación de los soportes recibidos de las actividades realizadas del COAI PAS 2020 durante el segundo trimestre de la Dimensión de poblaciones Vulnerables- Salud Infantil la cual está bajo la coordinación de la enfermera Maritza Villota se deja el siguiente plan de mejora de las actividades que no se realizaron.

ACTIVIDAD PENDIENTE	HALLAZGO	Cronograma	Responsable	Medio de verificación
Implementación de 3 salas UROCS y UAIRAS	No presenta	III trimestre	Coordinadora de salud infantil Centro de Salud Guachavés ESE	Ver anexo técnico Matriz COAI PAS 2020
Realizar un video educativo sobre el manejo de salas UROCS y UAIRAS con el fin de socializarlo a los líderes comunitarios de las veredas donde se encuentran dichas salas	No presenta	III trimestre	Coordinadora de salud infantil Centro de Salud Guachavés ESE	Ver anexo técnico Matriz COAI PAS 2020
Realizar perfoneo en el sector urbano y rural donde se informe sobre generalidades de IRA, tratamientos en casa, signos de peligro, cuidados para los niños en tiempos de cuarentena y de acuerdo a los lineamientos nacionales y municipales en relación a COVID 19	No presenta	III trimestre	Coordinadora de salud infantil Centro de Salud Guachavés ESE	Ver anexo técnico Matriz COAI PAS 2020
Participar de 3 programas radiales: prevención y cuidados en casa IRA y EDA enfocado en menores, cuidados del recién nacido, signos de alarma en el cuidado físico y mental de los niños de acuerdo a su edad especificar por sistemas.	No presenta	III trimestre	Coordinadora de salud infantil Centro de Salud Guachavés ESE	Ver anexo técnico Matriz COAI PAS 2020



Alcalda Municipal de Santacruz
Nit: 800019685-0

OFICIO N. DLS20. 170.220
Santacruz, Guachavés 13 de agosto del 2020

Doctora:
MARLEY CHARA
Subgerente Centro de Salud Guachavés ESE

ASUNTO: Entrega de certificaciones de cumplimiento COAI PAS 2020

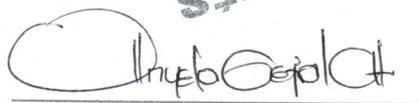
Cordial saludo:

La dirección local de salud de manera atenta hace entrega de las certificaciones de cumplimiento de I y II trimestre de las actividades programadas según el COAI PAS 2020 de las dimensiones que se coordinan desde el Centro de Salud Guachavés ESE.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Cordialmente:


YULIETH CALDERÓN
Directora local de salud


ANYELA GETIAL
Coord. Salud pública

RECIBIDO
FECHA 13-08-2020
No RADICADO
EST. GUACHAVÉS



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN
LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ**

CERTIFICA

Que la enfermera **MARCELA CALDERÓN**, identificado con cedula número **27456571** Coordinadora del programa de Salud Infantil, cumplió a cabalidad con las actividades contempladas en el **COAI PAS 2020** las cuales se relacionan a continuación:

- En primer trimestre se programaron 11 actividades que se cumplieron en su totalidad para dio un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Para constancia se firma en Santacruz, Guachavés a los tres (12) días del mes de agosto (03) del año dos mil veinte 2020.

ANYELA GETIAL
*Coordinadora de salud publica
Municipio de Santacruz.*

San Juan de Pasto, 03 de febrero de 2020

Doctora
MABEL HASBLEIDY CHAZATAR YAMPUEZAN
 Gerente
ESE CENTRO DE SALUD GUACHAVES
 Santacruz – Nariño

Asunto: Citación a conciliación descuentos a la capitación

Cordial saludo.

Como es de su conocimiento la cláusula décima, parágrafo sexto, numeral 2 descrito en el acuerdo contractual celebrado entre las partes, en el caso de los descuentos de Capitación; EMSSANAR ESS enviará a EL CONTRATISTA los soportes de las atenciones y cuentas de cobro para el descuento de capitación. 2. EL CONTRATISTA dispondrá de treinta (30) días calendario para hacer las aclaraciones a que haya lugar; de no existir comunicación escrita por parte de EL CONTRATISTA, se dará por aceptado el descuento de capitación sin opción a reclamo posterior. En caso de existir diferencias, se realizará una reunión de conciliación en un tiempo no mayor a diez (10) días calendario para aclarar las objeciones y definir el descuento de la capitación.

En este orden de ideas me permito citarla para que se presente en la sede de nuestra empresa en la ciudad de PASTO el próximo **7 de febrero de 2020 a las 09:00 am**, para proceder a agotar la conciliación de las siguientes cuentas:

N° CTA.	MES FACTURADO	MES RADICADO	VR DESCONTADO
5139	ene - may 19	jun.-19	1.512.092
5257	mar - jun 19	jul.-19	2.754.309
TOTAL			4.266.401

03-02-1920
 Sandia Geta
 Aux. Gerencia
 4:03 Pm
 VIGILADO SUPERVISOR

OFICIO NO. DLS.20. 170.52

Santacruz de Guachavés, 12 de marzo de 2020

Jefe

MABEL CHAZATAR

Gerente ESE Guachaves

Municipio de santacruz

Profesional

MARLEY CHARA

Subgerente ESE Guachaves

Municipio de Santacruz

ESE GUACHAVÉS
No RADICADO
Fecha 12-03-2020
RECIBIDO Sandia G. Chara
11:12 Am

Cordial saludo

La dirección local de salud como ente de vigilancia y control del municipio solicita a usted nos colabore con la solicitud del desarrollo de los cursos virtuales de la dimensión vida saludable y enfermedades crónicas no transmisibles aclarando que el personal de salud que realizó el anterior año y continúan laborando este año ya no deben volver a realizar.

Los cursos se relacionan a continuación:

1. **Tabaco y Salud Pública: De la teoría a la práctica (Versión 2016)**
2. **Curso Virtual de Apoyo al Auto- manejo de la Diabetes**
3. **Programa de Educación para personas con Diabetes Tipo 2**
4. **Manejo de la Hipertensión Arterial para equipo de atención primaria**
5. **Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica para Equipos del Primer nivel de atención**
6. **Prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares para el equipo del primer nivel de atención**
7. **Curso de Enfermedades No Transmisibles (ENT) - Nivel introductorio (INS)**

Los cursos antes mencionados deben ser realizados por todo el personal que se integró a la institución este año, las certificaciones de cada funcionario deben ser entregados a dirección local de salud hasta el día 05 de abril del presente año en medio físico y magnético; también solicitamos se nos haga llegar lo más pronto posible al correo de dirección local la base de datos de todos los funcionarios que hacen parte de la institución con los siguientes datos: nombres y apellidos completos, número de identificación, cargo, correo electrónico, institución.

Nota: los links para la realización de estos cursos se enviaron a los correos de la institución y al correo de subgerencia.

Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2023
Nit. 800019685-0

Esperando contar con su colaboración se suscribe de usted.

Cordialmente,


YULIETH ANGELY CALDERON
Directora Local de Salud


YAQUELINE TORRES
Apoyo dirección local de salud



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2023
Nit. 800019685-0

NOMBRE DE LA REUNIÓN	FECHA			HORA INICIAL	HORA FINAL
	DÍA	MES	AÑO		
Visita de inspección y vigilancia al programa de SAN del centro de salud Guachaves ESE.	26	02	2020	02:00pm	04:00 pm

Lugar: Dirección Local de Salud

Asistentes

NO.	Nombre	Doc. identificación	Área o Empresa	Firma
1	Yulieth Calderón	1086982210	Directora local de salud	
2	Yaqueline Torres	27456576	Apoyo salud publica DLS	
3	Marley chara	1085288801	Subgerente ESE Guachaves	
5	Marcela calderón	27456571	Coordinadora ESE Guachaves	

ORDEN DEL DÍA

NO	TEMÁTICA	RESPONSABLE
1	Saludo	Profesional de apoyo salud publica DLS
2	Aplicación de lista de chequeo	Profesional de apoyo salud publica DLS
3	Socialización de hallazgos	Profesional de apoyo salud publica DLS
4	Proposiciones y varios	DLS- ESE Guachaves
5	Recomendaciones	Dirección local de salud
6	cierre	
7	compromisos	Actores involucrados

DESARROLLO

Siendo las 02: pm de la tarde del día 26 de febrero de 2020, se reunieron en las instalaciones del centro de salud Guachaves ESE, la profesional de apoyo DLS, Coordinadora del programa SAN Centro de salud Guachaves ESE con el fin de hacer evaluación al programa de seguridad alimentaria y nutricional.

1. La Profesional de apoyo salud publica DLS da un cordial saludo a los asistentes y explica que el objetivo de esta visita es hacer inspección y vigilancia al programa de seguridad alimentaria y nutricional con el fin de realizar mejoras o avances con respecto a hallazgos que se presenten tras la auditoria a realizarse.



2. Aplicar instrumentos de evaluación con el fin de verificar la atención en salud del programa de seguridad alimentaria y nutricional a población objeto con el fin de desarrollar mejoras continuas para ofertar un servicio de calidad.

Se realiza la aplicación de la lista de chequeo y se explica que está enfocada en la prestación de servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente.

3. Socialización de hallazgos
Hallazgos encontrados

Total preguntas: 20 Cumple: 11 No cumple: 9 Calificación: 58 % para un nivel de cumplimiento regular con respecto al programa.

- No cuenta con base de datos de bajo peso al nacer a pesar de que según mapeo hay dos niños del sector rural que se encuentran con seguimiento, no se evidencia base de datos de desnutrición y hipotiroidismo actualizado ya que no se evidencia seguimiento acorde al registro de historia clínica; no se evidencia registro de pacientes con obesidad coordinadora de programa manifiesta que no se han presentado casos.
- No se envía informes de SIP-CLAP gestantes de manera oportuna ya que a la fecha no ha sido enviado el informe del mes de enero.
- No presenta hoja de vida de equipos antropométricos vigencia 2020 ingeniero biomédico manifiesta que las está actualizando porque cambio la rutina de mantenimiento.
- No cuenta con equipo antropométrico HEMOCUE para prueba de hemoglobina.
- No se garantiza pruebas de glucometría seguras ya que las tirillas que reposan en consulta externa se encuentran con fecha de vencimiento 05/2019, manifestando que solo era el frasco; se recomienda mantener las tirillas en el frasco original para evitar riesgo de contaminación.
- No cuenta con fichero de seguimiento de bajo peso al nacer
- No cuenta con fichero de seguimiento con desnutrición y riesgo de desnutrición actualizado.
- No se está registrando de manera mensual formato de autoapresiación IAMI.
- No se evidencia reactivación del comité IAMI para la vigencia 2020
- No cuenta con disponibilidad de fórmula terapéutica lista para el consumo.
- Profesional médico y de enfermería no cuenta con certificación de curso en manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0-59 meses de edad.

Proposiciones y varios:

La coordinadora de SAN jefe MARCELA CALDERÓN sugiere que se solicite capacitación al IDSN para realizar informes trimestral de autoapresiativo IAMI ya que desconoce algunas cosas.

4. Recomendaciones

La profesional de apoyo hace las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se hace la recomendación de llevar un fichero actualizado en cuanto a niños con bajo peso al nacer, obesidad, riesgo de desnutrición, desnutrición y desnutrición en gestantes con el fin de realizar un adecuado seguimiento y de esa manera evitar complicaciones a futuro.



- ✓ También se recomienda implementar y llevar seguimiento de matriz de autoapreciativo IAMI; con el fin de verificar indicador de cumplimiento de estrategia IAMI y de esta manera brindar una atención de calidad a los usuarios.
- ✓ Se recomienda adquirir de manera urgente el equipo para toma de hemoglobina HEMOCUE.
- ✓ Se recomienda que la resolución donde se implementa la política IAMI a la institución tenga un tiempo determinado para su vigencia.

Se da por finalizada la reunión en las instalaciones del centro de salud Guachaves ESE siendo las 04:00 pm de la tarde.

Nota: se realizará seguimiento y verificación de cumplimiento a plan de mejora el día jueves 23 de Abril de 2020

Anexo: **plan de mejora**

COMPROMISOS

COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE A EJECUTAR	FECHA			OBSERVACIONES
		DÍA	MES	AÑO	
<ul style="list-style-type: none">La coordinadora del programa SAN, se comprometen a mejorar las debilidades encontradas y acatar las recomendaciones sugeridas por dirección local de salud.	Ese Guachaves	Inmediato			
RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA			
		DÍA	MES	AÑO	
<i>Maritza Jaqueline Torres</i> Apoyo salud pública DLS		26	02	2020	



Santacruz. Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2023
Nit. 800019685-0

OFICIO N. DLS 20.170.42

Santacruz, Guachavés 26 de febrero de 2020

Señor (a):

MARLEY CHARA

Subgerente ESE Centro de salud Guachavés

Asunto: Conformación de Red Comunitaria en salud

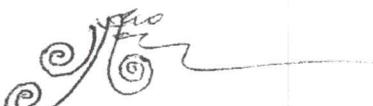
Cordial saludo

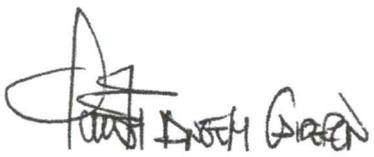
La Dirección local de salud en articulación con el Centro de Salud Guachavés y la IPS Indígena Mingasalud conocedores de su trabajo y responsabilidad con la comunidad, hacemos una cordial invitación a participar de una reunión de carácter urgente con el fin de conformar "**la red comunitaria municipal de apoyo en salud**", su propósito es de realizar diferentes actividades enfocadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a lo largo del año 2020 con la participación de la población, dicha reunión se llevara a cabo el día 11 de marzo del presente año a las 9:00 de la mañana, en las instalaciones del cabildo indígena de Guachaves, en la cual se explicara detalladamente en que consiste este proceso educativo que beneficiara a nuestra comunidad Santacruceña.

Si usted conoce otras personas que les gusta liderar labores sociales enfocadas en el sector salud, por favor extenderles la invitación a esta reunión.

Sin otro particular y esperando contar con su asistencia me suscribo de usted.

Cordialmente:


MARIO FREDY ANAMA DÍAZ
Alcalde Santacruz


YULIETH ANGELY CALDERÓN E.
Directora local de salud



Santacruz, Territorio que avanza

Santacruz, Territorio que avanza		ACTA DE REUNIÓN					
NOMBRE DE LA REUNIÓN		Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta DLS
VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN SALUD ORAL		Día	Mes	Año	02:30 pm	04:30 pm	DLS.160.01.02 7.02
		06	02	2019			
Lugar: CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE							
Asistentes							
Nombre	Doc. identificación	Área e Institución			Firma		
YULIETH CALDERÓN	1086982210	Directora local de salud.					
JAQUELINE TORRES	27456576	Apoyo gestión salud publica DLS					
ISABEL DE LA CRUZ	37087954	Odontóloga ESE Guachaves			1 Salud Ue la Cruz.		
MARLEY CHARA	1085288801	Subgerente ESE					
Orden del día							
Saludo y explicación motivo de la visita				P. apoyo Salud Publica DLS			
Aplicación de lista de chequeo				P. apoyo Salud Publica DLS			
Socialización de hallazgos				P. apoyo Salud Publica DLS			
Cierre de reunión y entrega de acta				P. apoyo Salud Publica DLS			
DESARROLLO							
<p>Siendo las 02:30 am del día 06 de Febrero del 2020, en las instalaciones del centro de salud Guachaves ESE, se reunieron la profesional de apoyo DLS YAQUELINE TORRES y por otra parte la odontóloga del centro de salud Guachaves ESE ISABEL DE LA CRUZ; Se da un cordial saludo y se explica el objetivo de la visita:</p> <p>Aplicar instrumentos de evaluación con el fin de verificar la atención en salud oral a la población objeto de este componente y así desarrollar mejoras continuas para ofertar un servicio de calidad.</p> <p>Se realiza la aplicación de la lista de chequeo y se explica que se encuentra dividida en dos estructuras la primera se encuentra basada en el cumplimiento de las actividades del plan de intervenciones colectivas (PIC) que no aplicaría para esta institución de salud y la segunda se basa en la prestación de servicios de salud oral de acuerdo a la normatividad vigente.</p>							
Hallazgos							
Total preguntas: 20 Cumple:17 No cumple: 3 Calificación:80 % para un nivel optimo							
Prestación de servicios en salud oral							

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.

Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co

Santacruz - Nariño



Santacruz, Territorio que avanza

1. La institución no tiene establecido cronograma de capacitaciones para la vigencia 2020 donde contemple temas de salud oral.
2. No se ha realizado capacitación al personal de salud en cuanto a la estrategia soy generación más - sonriente.
3. No presenta informe de jornadas extramurales que permitan la aplicación de flúor barniz ya sea en programas individuales o colectivos con otras dependencias

Una vez realizada la lista de chequeo se dan las respectivas recomendaciones explicando que el propósito de esta visita por parte de la dirección local de salud es hacer inspección y vigilancia como también brindar orientación para que en visitas futuras las instituciones de salud cumplan con las recomendaciones brindadas, se da por finalizada la reunión en las instalaciones del centro de salud Guachaves ESE a las 04:30 de la Tarde.

Nota: se realizara seguimiento y verificación de cumplimiento a plan de mejora el día jueves 26 de marzo de 2020.

Anexo: **plan de mejora**

Responsables de la elaboración

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA.	MES	AÑO
YAQUELINE TORRES Apoyo salud publica		06	02	2020
YULIETH CALDERÓN Directora local de salud		06	02	2020



Santacruz, Territorio que avanza

OFICIO NO. DLS.20. 170. 28

Santacruz de Guachavés, 12 de febrero del 2020

Doctora

MARLEY CHARA

Subgerente centro de salud Guachaves ESE

Doctora

ISABEL DE LA CRUZ

Odontóloga ESE Guachaves

Cordial saludo

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados a la auditoría realizada el **día 06 de Febrero de 2020** al servicio de odontología se hace entrega de plan de mejora con el fin de que se ejecute y se dé cumplimiento a dichos hallazgos en la fecha estipulada en el plan de mejora 26/03/2020 fecha en la cual dirección local de salud hará el respectivo seguimiento.

Sin otro particular y en espera de su colaboración se suscribe de usted

Atentamente

YULIETH CALDERON

Directora Local de Salud

YAQUELINE TORRES

Profesional de apoyo DLS



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020 -
Nit. 8000196

**PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD GUACHAVES ESE
EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD ORAL**

Dirección local de salud

Fecha: 06/02/2020

Quien atiende la visita: ODONTÓLOGA ISABEL DE LA CRUZ

Responsable de la visita: YULIETH CALDERÓN

Tras realizar la evaluación al programa de salud oral del centro de salud Guachaves ESE se encontraron unos hallazgos que se consignaron en plan de mejora para cumplirse de manera inmediata a 26 de marzo de 2020

NO.	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR	SOPORTE
1	Implementación de cronograma institucional en temas de salud oral	La institución no cuenta con cronograma de capacitaciones par vigencia 2020 en salud oral	Odontóloga	Inmediato	Actas de capacitaciones al personal de salud de la institución, listado de asistencia y registro fotográfico.
2	Implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en todos los cursos de vida.	No se brinda cumplimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en todos los cursos de vida	Gerencia	Inmediato	Contratación por parte de la institución con las EPS de acuerdo a la norma 3280 ya que se de obligatorio cumplimiento a partir de febrero de 2019.

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.
Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co
Santacruz - Nariño



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2
Nit. 80001968

3	Capacitaciones al personal de salud en cuanto a la estrategia "soy generación mas sonriente"	La institución no cuenta con cronograma de capacitación donde se plasme el tema de la "estrategia soy generación mas sonriente"	Odontóloga	inmediato	Actas de capacitaciones al personal de salud de la institución, listado de asistencia y registro fotográfico.
4	Facturar de manera oportuna pacientes con diagnóstico K003	Sistema de facturación no coincide con registro odontológico; según registro de odontología se atendió 2 pacientes y según sistema de facturación se facturo 1 paciente.	Odontóloga	inmediato	Sistema de facturación diario y de manera oportuna de acuerdo a la atención odontológica.
5	Articulación con programas colectivos de la institución para jornadas extramurales que permitan la aplicación de flúor en barniz.	No presenta informe de jornadas extramurales que permitan la aplicación de flúor barniz ya sea en programas individuales o colectivos con otras dependencias.	Odontóloga	inmediato	Informe de jornadas extramurales donde se evidencie la aplicación de flúor en barniz, anexas registro fotográfico.

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN

RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.
Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co
Santacruz - Nariño



Santacruz. Territorio que avanza

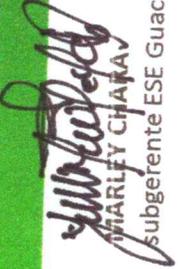
Alcaldía Municipal de Santa Cruz
2020-
Nit. 80001968


YULIETH CALDERÓN

Directora local de salud


YAQUELINE TORRES

Apoyo salud pública DLS


MARLEY CHAKAV

Subgerente ESE Guachaves


ISABEL DE LA CRUZ

odontóloga ESE Guachaves

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.
Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co
Santacruz - Nariño

Santacruz de Guachavés, 5 de febrero de 2020

~~Señora:~~

MARLEY CHARA

Subgerente ESE Guachavés

Motivo: Capacitación rutas de atención en eventos de salud pública.

Cordial saludo:

Mediante la presente me dirijo a usted con el fin de solicitar su asistencia para una capacitación en rutas de atención en eventos de salud pública por parte del centro de salud ESE Guachavés.

Lugar: Urgencias ESE Guachavés

Día: Lunes, 10 de febrero 2020

Hora: 2 pm

Agradezco la atención prestada, de la manera más cordial me suscribo de usted.



ANA MARÍA BACCA MENESES

Coordinadora COVE Institucional
Centro de Salud Guachavés



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz:
2020-2021
Nit. 800019685-1

ACTA DE REUNIÓN

Nombre de la Reunión	Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta N°
	Día	Mes	Año			
Visita y evaluación al plan de mejora y asistencia técnica para el fortalecimiento del programa de enfermedades crónicas no trasmisibles del centro de salud Guachaves ESE – Municipio de Santacruz	07	04	2020	11:00 am	3:00 pm	DLS170.01.027.10
LUGAR: IPS MINGASALUD						
Asistentes						
N	Nombre	Doc. Identificación	Área o Empresa	Firma		
1	Yulieth Calderón	1086982210	Directora local de salud			
2	Maritza Yaqueline Torres	27456576	Apoyo salud pública DLS			
3	Diana Tarapuez	1085324619	Coordinador crónicos ESE			
4	Mabel Chazatar	27456306	Gerente ESE Guachaves			
5	Fabiola Atillo	27456314	Auxiliar crónicos ESE Guachaves			
Orden del día						
N°	Temática	Responsable				
1	Saludo de Bienvenida	Directora local de salud-apoyo salud publica				
2	Aplicación de lista de chequeo	Directora local de salud-apoyo salud publica				
3	Socialización de hallazgos	Directora local de salud-apoyo salud publica				
4	Proposiciones y varios	DLS- ESE Guachaves				
5	Recomendaciones	Dirección local de salud				
6	Cierres					
7	compromisos	Actores involucrados				
Desarrollo						
Siendo las 11:00 de la mañana del día 07 de Abril 2020 se reunieron en las instalaciones del centro de salud Guachaves ESE del municipio de Santacruz, la Auxiliar de apoyo a salud publica Yaqueline Torres y por otra parte la auxiliar del programa de crónicos MARLENY FABIOLA ATILLO, con el fin de realizar evaluación al programa. Se explica el objetivo de la visita 2. Aplicar instrumentos de evaluación con el fin de verificar la atención en salud a la población objeto del programa y así desarrollar mejoras continuas para ofertar un servicio de calidad.						

Palacio Municipal - Parque Cristo Rey.

Teléfono: 8185213; Correo electrónico: contactenos@santacruz-narino.gov.co
Santacruz - Nariño



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2021
Nit. 800019685-(

Por cada ítem evaluado se solicitan y se verifican soportes se realiza asistencia técnica y retroalimentación de los contenidos a lo largo de la evaluación.

Se informa que la evaluación contempla los siguientes parámetros:

ESTADO DE EJECUCIÓN: El cual se evaluará de la siguiente forma:

NO EJECUTADO: 0%

EJECUTADO PARCIALMENTE: 50%

EJECUTADO: 100%

3. Socialización de hallazgos

hallazgos encontrados

Porcentaje de cumplimiento programa 72 % para un nivel de cumplimiento regular.

REGISTROS Y DOCUMENTOS

- No se está realizando análisis de perfil epidemiológico en cove institucional haciendo énfasis en enfermedades crónicas no trasmisibles, no se evidencia planes de mejora con respecto a las E.C. N. T.
- No se evidencia socialización de resolución 3280 y anexo técnico 4003; se hace la recomendación implementar dentro del cronograma institucional de capacitaciones 2020.
- No se está analizando casos relacionados con enfermedades crónicas y adulto mayor, auxiliar de programa manifiesta que no se ha citado a reunión de cove institucional.
- No hay articulación con otros programas como seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental para el desarrollan actividades orientadas al fomento de la alimentación saludable.
- No se evidencia acta de reunión para tomar medidas al interior de la institución con respecto a plan de mejora dejado por Emssanar.

ADULTO MAYOR

- No cuenta con fichero actualizado; base de datos que permita identificar pacientes con seguimiento y renuentes para lo cual se recomienda consolidar la base de datos con usuarios del programa de años anteriores para poder verificar los controles por medico ya que la base actual solo permite identificar pacientes nuevos; no se identifica patologías asociadas.
- No se registra en algunas historias clínicas ítem relación cintura- cadera



- No se desarrollan acciones dirigidas a la prevención de ECNT con los adultos mayores; no se convoca a la entidad para hacer parte del comité municipal del adulto mayor.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES HTA, DMT2

- No se evidencia contra referencia de remisiones en historia clínica.
- No se ha vinculado a la familia al tratamiento y seguimiento del usuario del programa.
- No se tiene establecido un cronograma de acciones educativas en la institución en factores de riesgo, factores protectores, hábitos alimentarios entre otros.
- No se registra en algunas historias clínicas ítem clasificación según riesgo bajo, moderado, alto, muy alto.

DIABETES

- No se evidencia registro en historia clínica de llamado y seguimiento a pacientes inasistentes y renuentes.
- No se recibe contra referencia de las remisiones para verificar si el usuario asistió a la cita con las diferentes especialidades; no se toma medidas al respecto.
- No se evidencia en historia clínica vinculación a familiares a seguimiento y tratamiento del usuario, no se realiza visitas domiciliarias.
- No se evidencia cronograma de acciones educativas dirigidas a usuarios del programa.

OBESIDAD

- No cuenta con base de datos ni fichero actualizado que permita hacer seguimiento a usuarios con obesidad.
- No se evidencia en H.C registro de consulta Con equipo interdisciplinario de la institución.
- No se recibe contrareferencia de usuarios remitidos a especialidad; no se evidencia en historia clínica.
- No se ha vinculado a la familia al tratamiento y seguimiento del usuario del programa

4. Proposiciones y varios

Auxiliar del programa MARLENY ATILLO manifiesta que desde gerencia se delegue una persona que ayude a coordinar el seguimiento a los pacientes con obesidad y adultos mayores ya que no se está llevando un seguimiento adecuado con el fin de que se lleve un mayor control y se mejore las debilidades del programa.

5. Recomendaciones

Desde dirección local de salud se recomienda que se haga articulación con la IPS Mingasalud para realizar acciones educativas con usuarios del programa dentro del plan de intervenciones colectivas con el fin de disminuir el riesgo de pacientes con órgano blanco.



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2021
Nit. 800019685-(

6. **Cierre.** Una vez realizada la lista de chequeo se dan las respectivas recomendaciones explicando que el propósito de esta visita por parte de la dirección local de salud es hacer inspección y vigilancia como también brindar orientación para que en visitas futuras las instituciones de salud cumplan con las recomendaciones brindadas, se da por finalizada la reunión en las instalaciones del centro de salud Guachayes ESE a las 03:00 pm.

7. Compromisos

Coordinador del programa de crónicos y Gerente de la institución, se comprometen a mejorar las debilidades encontradas y acatar las recomendaciones sugeridas por dirección local de salud.

Se da por finalizada la reunión a las 3: 00 pm del día 07 de abril de 2020 en las instalaciones del centro de salud Guachaves.

Nota: se realizara seguimiento y verificación de cumplimiento a plan de mejora el día jueves 28 de mayo de 2020 y también se aclara que en la auditoria solo se contó con la presencia de la auxiliar del programa ya que la médico coordinadora del programa se encontraba en aislamiento preventivo debido a que había llegado del municipio de cumbal.

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
YULIETH CALDERÓN Directora local de salud		07	04	2020
YAQUELINE TORRES Profesional de apoyo DLS		07	04	2020



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
2020-2021
Nit. 800019685-1

OFICIO NO. DLS .20.170.76

Santacruz de Guachavés, 07 de Abril de 2020.

Jefe

Mabel Chazatar

Gerente ESE Guachaves

Doctora

Diana Tarapuez

Coordinador crónico ESE

Referencia: Auditoria programa de crónicos IPS Mingasalud

Cordial saludo

De acuerdo a la visita realizada el día 07 de Abril de 2020 al programa de enfermedades crónicas no transmisibles de la ESE Guachaves, se entrega plan de mejora con los hallazgos encontrados según lista de chequeo aplicada, recordándoles que las actividades consignadas en mejora dependen del compromiso de todas las partes involucradas en este programa para su cumplimiento.

Se da a conocer la fecha en la que se realizara seguimiento a plan de mejora, día jueves 28 de mayo de 2020

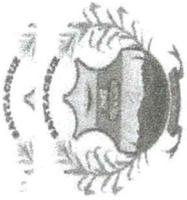
Atentamente

YULIETH CALDERON

Directora Local de Salud

YAQUELINE TORRES

Apoyo Dirección local de salud



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
20
Nit. 8000

PLAN MEJORA
CENTRO DE SALUD GUACHAVES
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

PROGRAMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

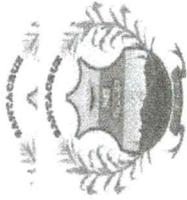
Dirección Local de Salud

Fecha: 07 de Abril del 2020

Quien atiende la visita: auxiliar del programa MARLENY ATILLO

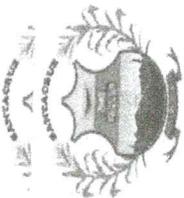
Responsable de la visita: Yulieth Calderón

No	ACTIVIDAD A MEJORAR	HALLAZGO	RESPONSABLE	FECHA A EJECUTAR	SOPORTE
1	Socializar análisis del perfil epidemiológico y planes de mejora en cove institucional con el fin de tomar acciones inmediatas al respecto.	No se evidencia socialización de análisis de perfil epidemiológico, planes de mejora con respecto a E.C.N.T.	Coordinador. crónicos-ESE	Inmediato	Acta de socialización en cove institucional, listado de asistencia, registro fotográfico. Hacer llegar a DLS cronograma de reuniones de cove institucional.
2	Socializar resolución 3280 y anexo técnico 4003 a todo el personal de salud.	No se ha socializado resolución 3280 ni tampoco se evidencia cronograma de capacitaciones	Coordinador. crónicos-ESE	II trimestre	Acta de capacitación a personal de salud, listado de asistencia y registro fotográfico.
3	No se evidencia acta de reunión para tomar medidas al interior de la institución con respecto a plan de mejora dejado por Emssanar.	No presenta acta de reunión con respecto a planes de mejora.	Gerente-Coordinador crónicos ESE	Inmediato	Acta de reunión, listado de asistencia y registro fotográfico.



Santacruz. Territorio que avanza

4	Socializar en cove institucional casos relacionados con enfermedades crónicas y adulto mayor	No se evidencia socialización de casos de enfermedades crónicas y adulto mayor en cove institucional	Coordinador. crónicos-ESE	inmediato	Acta de socialización, listado de asistencia y registro fotográfico.
5	Articulación con otros programas para desarrollar actividades para el fomento de la alimentación saludable.	No se evidencias acciones orientadas al fomento de la alimentación saludable.	Coordinador. crónicos-ESE	II, III Y IV Trimestre	Acta de sesiones educativas dirigidas a usuarios del programa, listado de asistencia, registro fotográfico
7	Realizar análisis y seguimiento a las debilidades encontradas en las visitas hechas por el IDSN y la dirección local de salud.	No se evidencia ejecución a plan de mejora en las visitas realizadas por IDSN Y DLS.	Gerente y coordinador crónicos.	Cuando se realice visitas de auditoria a programa	Actas de reunión de socialización de planes de mejora con listado de asistencia
8	Actualizar ficheros y base de datos de usuarios con obesidad y adulto mayor.	No se encuentran actualizadas la base de datos.	Coordinador programa	inmediato	Base de datos en archivo excel con datos actualizados que permita identificar pacientes inasistentes o renuentes para realizar su respectivo seguimiento.
9	Buscar estrategias para pacientes inasistentes y renuentes y tomar medidas al respecto.	No se evidencia seguimiento a pacientes.	Coordinador. crónicos-ESE	inmediato	Registro de seguimiento a usuario en historia clinica.
10	Registrar en su totalidad los ítems de relación cintura cadera.	No se evidencia registro completo de ítems en historia clinica.	médicos ESE	inmediato	Registro en historia clinica
11	No se registra ítem de clasificación según riesgo bajo, moderado, alto muy alto.	No se evidencia registro en historia clinica.	Médicos ESE	inmediato	Registro en historia clinica.
12	Solicitar a secretario de gobierno coordinador del adulto mayor que se	La entidad no hace parte del comité del adulto mayor.	Gerente -ESE	Inmediato	Copia del acto administrativo del comité.



Santacruz, Territorio que avanza

Alcaldía Municipal de Santacruz
20
Nit. 8000

	incluir a la institución en el comité del adulto mayor.	No se ha vinculado a la familia al tratamiento y seguimiento de usuarios.	Médicos ESE	Inmediato	Registro en historia clínica y formato de visita domiciliaria
13	Tratar en la medida de lo posible de vincular a la familia al tratamiento y seguimiento del usuario concientizando en el acompañamiento al momento de la consulta médica.				
14	Realizar acciones educativas que contribuyan a la prevenir y disminuir las ECNT enfocándose en población; hipertensos diabéticos obesos como la primera opción para crear conciencia en hábitos y estilos de vida saludable.	No se evidencia acciones educativas dirigidas a usuarios del programa.	Coord. Crónicos ESE y auxiliar programa	Inmediato	Acta de actividades realizadas, listado de asistencia y registro fotográfico.
15	Educar al paciente en llevar la contra referencia para que se deje copia en historia clínica y de esa manera llevar un control en la terapia farmacológica y seguimiento del paciente.	No se evidencia en historia clínica contra referencia de usuarios remitidos a especialidad.	Coordinador crónico ESE-auxiliar programa y atención al usuario	inmediato	Copia de contrareferencia en historia clínica.


YULIETH CALDERÓN

Directora local de salud



YAQUELINE TORRES

PA. Coord. Salud Pública