	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia: 28/05/2024

INSTRUMENTO PARA LA AUDITORÍA INTERNA


FECHA	Día	12	Mes	03	Año	2025
HORA	7:30					
PROCESO EVALUADO	ATENCION AL USUARIO - SIAU				RESULTADO: 46.7%	

EQUIPO EVALUADOR	
NOMBRE	CARGO
GRUPO DE MEJORAMIENTO CONTINUO	GESTION Y DESEMPEÑO

RESPONSABLES DEL PROCESO PRESENTES DURANTE LA VISITA*	
NOMBRE	CARGO
ORLANDO TAVERA	Funcionario SIAU
SANDRA	Funcionario SIAU

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA


ST PAMEC	I. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO (10%)	OBSERVACIONES	
89	1. ¿Se encuentra documentado el proceso? Se encuentra <u>actualizado</u> <u>menos</u> de dos años?(3%)	1.5	se revisan y están documentados los procesos a 2022, se actualiza el componente de manual de usuario general y el proceso PHVA, pendiente actualizar la totalidad de los documentos del componente del SIAU y TENER LAS EVIDENCIAS DE SOCIALIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS TANTO A LA COMUNIDAD COMO EN REUNION DE PERSONAL.
96	2. ¿ <u>Esta</u> disponible en el área y es accesible para todos los responsables? (4%)	4	

	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia:28/05/2024

11	3. ¿Los responsables del proceso saben con precisión en donde se encuentra? ¿Es socializado cada año? (3%)	1	no se tiene evidencia de socialización de los documentos actualizados , y el personal del area no identifica donde ubicarlos
----	--	---	--


OBSERVACIONES
<p>GS-AU-MA-01 MANUAL SIAU de vigencia 2023 con descripción de gestión de PQRS , instructivo encuestas, y procesos de Participación social : se hizo primera entrega en marzo de 2025 y se hicieron las correcciones, deben agregar la actividad de trámite de corrección de órdenes..y demas actividades q se observe sea necesario documentar</p> <p>GS-AU-PR-01 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN SIAU del año 2018 se actualizó</p> <p>GS-AU-PD-02 PROCEDIMIENTO GESTIÓN PQRSF: revisar</p> <p>GS-AU-PD-01 PROCEDIMIENTO APLICACIÓN ENCUESTAS SATISFACCIÓN: Se actualiza con el cambio a CODIGO QR , pero aún falta entregar la producción de los servicios para definir para el total d encuestas a realizar mensualmente .</p> <p>AU- PL- 01 MANUAL DE BIENVENIDA : programar las actividades a desarrollar con el área de comunicación. Actualizar el documento y socializarlo a todo el personal</p> <p>GU- AU-PT-01 POLITICA DE ATENCION PREFERENCIAL: se actualiza el documento , se hacen observaciones y le falta incluirle el cómo se va a evaluar el cumplimiento del proceso.</p> <p>GA- AU- PL- 02 PROT SERVICIO AL CIUDADANO 2021 - . Canales de atención: dice que hay un chat en la pagina web y no existe. Las citas son por watsapp juanita, por correo, y telefónica y presencial.... Y la pagina web tiene un email para comunicación institucional que llega a la secretaria de Gerencia (info). Para poner una queja por la Web: Este documento se debe actualizar y describir exactamente la realidad institucional</p>

II. CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN. (50%)	
CRITERIO	Resultado
1. ¿Los responsables conocen los contenidos del proceso estandarizado? (10%)	5
2. ¿Hay evidencia objetiva de que se aplica en la práctica cotidiana? (40%)	19.2


	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia: 28/05/2024

Sdsad


N°	ST PAMEC	LISTA DE CHEQUEO SIAU	Resultado:	OBSERVACION
1	3	La institución cuenta con oficina de atención al usuario ubicada en un sitio de fácil acceso	1	
2	3	El horario de atención responde a las necesidades de los usuarios	0,5	se abre en el mismo horario de consulta 7-5pm. Sábados y domingos se tiene acceso y <u>el horario publicado se debe actualizar</u>
3	3	Existe línea gratuita nacional 018000 las 24 horas de los siete días de la semana <u>semana litera</u> a del numeral 3.2. Oficina de Atención al Usuario, contenido en el Capítulo I del Título VII de la Circular Externa 000008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.	0	se debe <u>pensar en línea</u> para las 24 horas, - <u>hacer la solicitud en administración y evaluar que posibilidades se tiene de gestión del proceso para tramitar las manifestaciones las 24 horas</u>
4	33-97-79-80	Se da atención preferencial para las personas mayores de 60 años y para las de personas en situación de discapacidad	0,3	- se han definido <u>políticas y procedimientos de como</u> hacer la <u>priorización</u> en las áreas, pero el <u>documento de atención preferencial se debe actualizar</u> , - <u>se propone hacer una lista de chequeo de ronda de cumplimiento de e este proceso, aun no se mide.</u>
5	30-21	Se hace demanda inducida a los programas de <u>PyP</u>	0	No se <u>realiza demanda</u> inducida, el sistema no pasa la alerta.... Al <u>siau</u> no lo han <u>involucrado</u> en ese proceso. - <u>Validar con la coordinadora de PYM cual es el procedimiento que se tiene establecido para el direccionamiento de usuarios a los programas</u>
6	48	La institución tiene los medios de recepción de PQRS: buzón, pagina web, línea de atención al usuario o solicitud personal. El buzón está ditado completo y seguro ? Ley 872 de 2003, artículo 2, en concordancia con la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 numerales 3.26, 4.1 tabla 2, 5.6.2, 7.2.1, 7.2.3, y 8.21.	0,5	Los buzones se abren dos veces a semana martes y viernes y son en total: 11 de sede central y se abre con integrante de la liga, en CAPI ya tienen buzón, en el Llano 2 y Abriaqui reportan las aperturas escaneadas. Pagina web se recibe la notificación por correo se verifican dos manifestaciones y aunque se evidencia que fueron revisadas, el funcionario no encuentra las respuestas, lo anterior por <u>necesidad urgente de organizar el proceso de archivo de las respuestas, tienen mucho atraso en el archivo de las PQR, se debe corregir de inmediato.</u>
7	48	-La apertura del buzón se realiza semanalmente, en presencia de funcionario de atención al usuario, representante de la asociación de usuarios o un usuario espontáneo. (solicitar actas)	0,5	La apertura se realiza con la frecuencia adecuada. Los formatos están incorrectamente diligenciados (faltan fechas, horas o firmas), no están organizados o legajados oportunamente. En el formato no están claras las cantidades de buzones o no coincide el nombre del servicio. <u>Modificar urgente el formato de apertura de buzón y hacer uno por cada sede,</u> <u>Gestionar que las actas de apertura de Abriaqui lleguen para ser archivadas las originales en esta oficina y allá conserven copias.</u> <u>El formato de PQR debe modificarse donde se agregue: autorizo enviar la respuesta a : correo y celular.</u>
8	48	La periodicidad máxima de revisión de las PQRS en la página web es semanal	0,5	Se evidencia apertura pagina web dos veces por semana, no permitir tachones, ni espacios en blanco en las actas de apertura, mejorar identificación de procedencia de las pq para saber cuales son de buzón y cuales de otra procedencia.

	Formato		Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA		Versión: 01
			Vigencia:28/05/2024


				Hacer inventario de todos los buzones de la ESE y garantizar que coincidan con los descritos en el formato de apertura de buzón .
9	48	-El análisis de las PQRS se realiza en coordinación con personal del área de queja o reclamo, <u>revise trazabilidad</u> de quejas ESTE ITEM SOBRA	1	Las PQR mejoran frente a la <u>respuesta</u> , pues llega al jefe de área y se encargan de dar respuesta oportuna, desde la s. científica se viene coordinando este proceso.
10	48	la oportunidad de respuesta a las quejas es menor a 14 días?	1	SE VERIFICA ARCHIVO 2025 DONDE SE ENCUENTRA UN PROMEDIO DE TIEMPO 9 DIAS NINGUNA EXTEMPORANEA
11	48	-Revise para cada queja el plan de mejoramiento y el seguimiento de manera que <u>el análisis</u> permita la toma de decisiones correspondientes. VER INFORMES DE PQRS CONSOLIDADOS	0	no hay planes de mejora formulados y no se hace <u>seguimiento</u> , en el Excel no queda claridad de la acción tomada frente a la manifestación. <u>Se debe garantizar que todas las PQR tengan acciones de mejora propuestas por los jefes de área y llevar control de cumplimiento.</u>
12	48	-Las respuestas a los usuarios contienen fecha con la dirección correcta; ser completa, clara y precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, que las soportan; y advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.(Circular 000008 de 2018 que modifica el capítulo primero del título VII de la Circular Única 047 del 2007.)	0,5	NO se almacenan las respuestas por <u>watssap</u> lo que hace difícil <u>encontrarlas</u> , tienen la frase de la Supersalud, <u>se debe fortalecer el contenido del análisis de respuestas</u> , pues se encuentran varias respuestas muy genéricas que no dan cuenta de que realmente se haya realizado el análisis de lo ocurrido <u>Las respuestas dadas por Watssap se deben imprimir previa aceptación de envío por parte del usuario y legajarlas imditamente con la respuesta original impresa</u>
13	48	Se tiene sistema de archivo o registro para las PQR de tal manera que defina tramite, resolución, seguimiento y análisis conforme a los procedimientos establecidos. (Decreto 1757 de 1994 y la Circular Externa 008 de 2018, Capítulo Primero. Título VII, numeral 3.3.1, trámite de peticiones) EXCEL	0	Hay errores en diligenciamiento de los radicados . Se deben hacer muchísimas mejoras frente al archivo de esas evidencias , hay atraso en legajo, watssap con respuestas sin imprimir. Se ha organizado unas carpetas en medio electrónico con el numero de radicado para tener la información completa, pero no coinciden todas con las físicas actuales , además no se tiene una copia de seguridad de esa información magnetica . - <u>Los archivos o legajos de las manifestaciones deben ir al día , en orden, con facilidad de encontrar la manifestación , la respuesta y deben coincidir EXACTAMENTE con los registros en el excel de forma ordenada</u>
14	48-5-7	PAMEC 5,6 Y 7 : Las quejas que tienen indicios de fallas en la atención son reportadas al comité de seguridad o se relacionan con el área jurídica ó directiva para dar la respuesta	1	SI OCNOCEN EL LINK Y HAH REALIZADO REPORTE
		Se aplica la guía o manual de referencia de pacientes, se diligencia registro d remisiones anexos 3 y tablero de mando de indicadores	na	se hace con líder de citas
15		Está publicado el anexo 11 de referencia y contra referencia	1	

	Formato		Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA		Versión: 01
			Vigencia:28/05/2024


		Se está haciendo el reporte del SIRC semestral. Evidencie	na	
16	3	PAMEC 96: Se brinda información sobre deberes y derechos de los usuarios, funcionamiento del sistema de información y atención al usuario, rutas de acceso a los programas y servicios ofrecidos por la institución en diferentes medios de información y comunicación. Se cumple con distribución sobre derechos y deberes de los usuarios en salud. Se deja evidencia de firmas de socialización y entrega?	0,7	<p>Hay unas fotograias y formatos de entrega.,ademas en liga hay actas de socialziacion y evidencias fotograficas de entrega en sala de espera , hay audios que se ponen para los funcojarios,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la articulación de socialización de dy d con comunicaciones y hacer socialización masiva. ,
17	33-97-79-80	Se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios sobre los servicios ofrecidos en la institución y su atención	0.5	<p>El protocolo dice : que se realizan las encuestas en las áreas, según la meta estipulada y el tamaño de la población está calculado con base en el promedio de los últimos 6 meses de producción; el nivel de confianza está estipulado en un 95% y; el margen de error del 10%. Se <u>tenia definido 778</u> mensuales , y desde la auditoria del año anterior se solicitó actualizar la producción por áreas para exportar la muestra representativa, y nunca se hizo. Ya las <u>encuestas se hacen digitalmente con código QR.</u> Se encuentra que para las atenciones en capi no se llenan encuestas. Las encuestas de <u>abriaqui</u> se hacen físicas <u>todavía</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>promocionar el uso del código qr por todos los medios y espacios de participación</u> - <u>En la Sede Capi se debe hacer encuestas de satisfacción</u> - <u>Se solicita poner al formulario google el item de sede para identificar las encuestas de donde proceden .</u> - <u>Gestionar que en la sede abriaqui q también diligencien la encuesta virtual ,</u>
18	33-97-79-80	Se realiza búsqueda activa de sugerencias mediante rondas por los servicios, llamadas posventa etc.	0.5	<p>SE ha acompañado la jefe de seguridad a rondas para la búsqueda, pero no quedan <u>evidencias</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>El proceso de rondas por los servicios como paquete instruccional de seguridad donde se involucra al paciente y la flla en el autocuidado se debe estandarizar.</u> - <u>Diseñar lista de chequeo que permita dejar evidencia de las Rondas desde el SIAU y aportarlas al cojmte de seguridad.</u>
19	33-97-79-80	-La periodicidad de realización de encuesta de satisfacción es mensual o bimensual	1	mensuales
20	33-97-79-80	-Se socializan los resultados de encuestas de satisfacción de los usuarios en diferentes medios de información y comunicación (carteleras, página web, boletín informativo, etc., otros)	0	<p>no se hace socialización de los resultados de encuestas...solo un informe gral se le entrega a control interno.</p> <p><u>Los resultados de las encuestas se deben socializar en los espacios e participación, en carteleras , en reuniones de personal, en medios de comunicación y en pagina web</u></p>
21	33-97-79-80	Se definen acciones de mejoramiento derivadas de los porcentajes bajos en la satisfacción de los usuarios	0	<p>Frente a los resultados de las encuestas se deben formular acciones de mejoramiento con las directivas y lideres y <u>llevar control de cumplimiento</u></p>

	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia: 28/05/2024

22	94	PAMEC 96. El comité de ética se encuentra conformado y activo según el decreto 1757 de 1994. Solicite las actas.	0	<p>año 2024 solo una reunión, no se cumple con la periodicidad mensual. en asamblea de febrero se hizo nueva elección de rep del comité de ética, .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se deben verificar tiempos de elección de rep de los funcionarios para conocer si se deben hacer nuevas elecciones por votación - Se debe GARANTIZAR la realización del comité de ética MENSUAL
23	94	Las actas son remitidas de forma trimestral a la dirección municipal y departamental de salud, junto con el informe de satisfacción	0	Cada trimestre se debe enviar copia de las actas con el informe trimestral de las encuestas y PQR.
24	94	PAMEC 96 En el comité de ética se revisan los resultados de encuestas, los análisis de quejas de violación a derechos o incumplimiento de deberes? Hacen seguimiento a planes de mejora? VER INFORME DE ENCUESTAS TABULADAS CON GRAFICOS	0	En las actas de comité de ética deben exponerse los resultados de las encuestas y las PQRs para q desde este espacio se haga control de cumplimiento de las acciones de mejoramiento
25	94-33-97-79-80	PAMEC 96 El área del SIAU y comité de ética lideran actividades de humanización? Evidencie actividades realizadas.	0	<p>Se deben articular las actividades y definir cronograma de humanización ..</p> <p>Formular cronograma de actividades de humanización con TH-COMUNICACIONES- SIAU Y CALIDAD y aprobarlo desde las subdirecciones / actividad del plan de desarrollo</p>
26	3	La asociación de usuarios está legalmente formalizada	0.5	Manifiesta el funcionario que si está conformada pero no encuentra la evidencia. Deben enviarla para verificación.
27	3	Cumple con reuniones periódica y Cumple con la función de: ser canal de comunicación entre las instituciones y los usuarios	1	se reúnen cada <u>mes</u> , las actas las maneja SIAU,
28	3	<u>La asociación de usuarios viene realizando la Asamblea ANUAL?</u>	1	
29	3	cronograma de actividades con la alianza de usuarios? Plan de <u>capacitación?</u>	0	pendiente hacer entrega de cronograma de <u>actividades de la liga</u>
30	3	Cumple con elegir democráticamente en asamblea general, por y entre los asociados al representante ante la junta directiva <u>de la ESE hospital</u> a la que corresponde, además de los dos representantes ante el comité de ética hospitalaria y el comités de participación comunitaria para periodos máximos de dos años.	0.5	<p>se hizo asamblea y eligieron nuevos representantes validar acta de posesión y presentación del rep de la junta y <u>notificación</u> al comité de ética de los nuevos representantes. Se informa que todo este proceso se cumple pero no tiene disponibles las evidencias...</p> <p>Garantizar que la documentación legal de estos espacios de participación se encuentre <u>organizada y archivada para la consulta en cualquier momento</u> .</p>
31	48	-Se cumple la institución con informe trimestral para ser enviado a la secretaria de salud municipal con registro de la información sobre las PQR recibidas, seguimiento y resultados obtenidos para la toma de decisiones y resultados de encuestas	0,5	<p>SE ENVIAN A DLS primero y segundo trimestre, cuatro trimestre no ha entregado, debe guardar organizadamente la <u>evidencia del envío</u>.</p> <p>El informe está bien contextualizado, sin embargo se sugiere en el trimestre siguiente evidenciar las mejoras realizadas frente a las acciones planteadas en el anterior <u>informe</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar para 2025 el <u>envío</u> de los 4 trimestres del informe de encuestas y PQ a la DLS - Cada informe debe contener las acciones de mejoramiento realizadas derivadas de las PQ y las encuestas

	Formato		Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA		Versión: 01
			Vigencia:28/05/2024

32	3	S ha entregado el plan de mejoramiento de participación ciudadana a la Seccional de salud? VER PLAN DE ACTIVIDADES Y EJECUCION	1	SE TIENE EL PLAN DEL AÑO ANTERIOR,
33		se ha montado reporte supersalud archivo GT003?	1	
	145-147-148-143-150	La rendición de cuentas fue realizada y se ha hecho el reporte de la Circular 008? Verificar procedimiento y reporte del informe a la entidad de control GT004	NE	NO TIENE ASIGNADO NADA DE RENDICIÓN DE CUENTAS
34	33-97-79-80	demarcado y señalado una "Ventanilla de Atención Preferencial" destinada al grupo de usuarios especiales, como gestantes, mujeres con bebés en brazos, discapacitados y adultos mayores de 60. (literal (j) "atención preferencial" del numeral 3.1. contenido en el Capítulo I del Título VII de la Circular Externa 000008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. Circular 001 de 2014 Ministerio de Salud, artículo 3. Circular 0004 de 2015 Superintendencia Nacional de Salud, instrucción 9. Resolución 1378 de 2015, artículo 5.)	1	ya se tiene señalado la ventana en la oficina y en los diferentes puntos de atención
35	145-147-148-143-150	Publicación de la información relacionada con el formato de negación de servicios y mecanismos de participación ciudadana.(literal (g) "publicaciones" del numeral 3.1. contenido en el Capítulo I del Título VII de la Circular Externa 000008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.)	0	Se debe conocer el derecho del usuario frente a la notificación de la negación de servicios y tener disponibles formatos para entrega en caso de ser requerido por los usuarios.
36		identifica adecuadamente de las sillas de uso preferencial en la sala de espera. (Literal (j) del numeral 3.1. Oficina de Atención al Usuario, contenido en el Capítulo I del Título VII de la Circular Externa 000008 de 2018)	0	.Se debe hacer inventario para señalar las sillas de sala de espera y definir en la ronda el ítem de verificación de la señalética de atención preferencial.
37		sistema de asignación de turnos que permita garantizar una atención con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia, al igual que a los usuarios preferenciales.(Literal (f) del numeral 3.1. Oficina de Atención al Usuario, contenido en el Capítulo I del Título VII de la Circular Externa 000008 de 2018)	0.7	Solo en laboratorio hay digiturno... y citas presenciales se entrega un ficho, los funcionarios sí apoyan en las mañanas el proceso para garantizarlo
38		Verifique la no utilización de medios de distracción durante el proceso de atención (celulares, ipod , radios, tv, audífonos, Black Berry, etc)	1	
		Extintor: marcado, despejado, con fecha vigente y especificidad de uso		
39		Personal correctamente identificado	0,5	Garantizar que todos los funcionarios de la oficina estén correctamente identificados
40		El personal conoce el plan de emergencias y los procedimientos	0,5	NO ES CLARO LAS FUNCIONES EN PLAN DE EMERGENCIA EXTERNO.... Se debe tener claridad de las actividades y funciones que los funcionarios de la oficina tiene frente a emergencias Externas e internas.
41		se tiene documentados los procedimientos de atención CON ENFOQUE DIFERENCIAL y se hacen las actividades de socialización del tema para la implementación en la institución?	0	<ul style="list-style-type: none"> - se debe elaborar la política de atención con enfoque diferencial - Realizar el manual de enfoque diferencial - programar socialización del manual de atención con enfoque diferencial y de ser posible gestionar

	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia: 28/05/2024

OBSERVACIONES


	III. INDICADORES Y SEGUIMIENTO (20%)		OBSERVACIONES
ST PAMEC	CRITERIO		
143	1. ¿Existen y están documentados los indicadores del proceso? (3%)	3	sin diligenciar 2024 y no han iniciado 2025
148	2. ¿Hay evidencia objetiva de su medición? (3%)	0	
144	3. ¿Son evaluados y hay registro de su tendencia? (3%)	0	
153	4. ¿Existen planes de mejora derivados de este monitoreo? (5%)	0	
	5. ¿Se aplican y evalúan estos planes? (3%)	0	
	6. ¿Los indicadores, los planes de mejora y los resultados son comunicados? (3%)	0	

OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Deben definir la totalidad de indicadores del proceso y actualizar las fichas técnicas - Se debe garantizar el diligenciamiento de los indicadores mensualmente con sus respectivos análisis - Adicionar indicador de gestión diaria de inquietudes para conocer a cuantos usuarios se les resuelven solicitudes en el mes

Xxxx

	IV. GESTIÓN DE RIESGOS (10%)		
	CRITERIO		
92	1. ¿Existen y están documentados los riesgos del proceso? (4%)	4	Los mapas de riesgos se encuentran actualizados
92	2. ¿Existen planes de mejora para los riesgos priorizados? (2%)	2	
92	3. ¿Se aplican y evalúan estos planes? (2%)	0	
92	4. ¿Los riesgos, los planes de mejora y los resultados son comunicados? (2%)	1	Se socializa en comité, pero es necesario revisar con control interno posibilidad de aumentar riesgo en algunos de estos porque no aparecen en el mapa los mas importantes.. y hacer socialización

	V. GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (10%)		
ST PAMEC		Resultado	
5-7	1. ¿Existe y está documentado el mecanismo para la gestión de eventos adversos? (3%)	3	SI CONOCE EL SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS POR EL LINK Y YA HIZO UN REPORTE ADMINISTRATIVO ...

	Formato	Código:
	LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNA	Versión: 01
		Vigencia: 28/05/2024

5-7	2. ¿Existe evidencia de su aplicación con evidencias de incremento de reportes? estrategias para el fortalecimiento de la cultura, Evidencia actividades de socialización e implementación de paquetes instruccionales (3%)	3	
5-7	3. Se aplican y evalúan planes de mejora para los eventos adversos? (3%) Los planes de mejora y los resultados son comunicados? (1%)	0	

Ponderado:

OTRAS SITUACIONES OBSERVADAS

FIRMAS


 GIRLESA GIL ARENAS
 Cedula # 43.621.596 Medellín

LÍDER PROCESO AUDITADO – NOMBRE Y CARGO