SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE IBAGUÉ

COMISIÓN TÉCNICA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LOS PROCESOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

PERIODO VIGENCIA

ACTA DE VISITA NUMERO

Nombre de la Institución visitada: Nit.:

Código del asegurador: Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico: Representante Legal: Gerente Ibagué:

Miembros de la Comisión Técnica

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | **Proceso a Auditar** |
|  |  |

1. **REUNION DE APERTURA DE VISITA**

En la ciudad de Ibagué a los días del mes de del año , siendo las

horas, se presentan en las instalaciones de la institución referenciada, la Comisión Técnica de la Secretaría de Salud Municipal de Ibagué, bajo el ordenamiento del Director de Aseguramiento, responsable del proceso de auditoría al Régimen subsidiado para la

vigencia Y régimen contributivo para Covid-19 según

, el cual podrá apoyarse en profesionales para la recolección y análisis de la información de conformidad a las obligaciones contractuales correspondientes y vigentes, quienes procedieron a presentarse y a comunicar el objeto de la visita, consistente en la Auditoria a los Procesos del Régimen Subsidiado, conforme lo previsto en la normatividad vigente, Ley 715 de 2001, Decreto 1011 de 2006, Ley 1122 de 2007, decreto 971 de 2011, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 del

2016, Artículo 1° de la Resolución No. 536 de 2020, Resolución 521 de 2020, circular 031 de enero de 2021 y demás normas que apliquen y sean competencia del ente territorial del orden Municipal, así como establecer las condiciones para la fluidez y efectividad en dicho proceso. Que acorde a que se realizan dos reuniones, una de apertura y una de cierre para la visita, se hace necesario firmar la asistencia a las mismas para establecer compromisos frente a la auditoría, tal como sigue:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN SUBSIDIADO

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

# Proceso afiliación, novedades, portabilidad y movilidad

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso red contratada y pago a la red prestadora de servicios de salud

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso garantía al acceso de los servicios de salud y oportunidad en la prestación de servicios de salud

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso suministro de medicamentos

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

# Proceso satisfacción a los usuarios

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso prestación de los servicios de promoción y prevención

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso componente jurídico

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN SUBSIDIADO SARS COVID- 19

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 5 de 25 |

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 1. La EPS remitió a la entidad territorial la información de las personas con SARSCoV-2 (COVID-19) de su población afiliada.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 2. La EPS garantizara la conformación de Equipos multidisciplinarios en Salud (EMS) en sus Redes de Prestadores de acuerdo con los lineamientos del MSPS

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 3. La EPS verifica el suministro de EPP al talento humano en su red de prestadores de servicios de salud para la atención de los pacientes con infección SARSCoV-2 (COVID19)

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 6 de 1 |

CRITERIO 4. La EPS garantiza que su red de prestadores realiza la toma de muestras, el procesamiento interno para el manejo de IRA y las correspondientes medidas de aislamiento y tratamiento de acuerdo con los lineamientos del MSPS.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 5. La EPS cumple con las coberturas de vacunación de influenza por encima del 95% de su población afiliada en riesgo de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), \*población de alto riesgo, acorde a los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza emitidos por el MSPS.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN CONTRIBUTIVO SARS COVID-19

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 7 de 25 |

CRITERIO 1. La EPS remitió a la entidad territorial la información de las personas con SARSCoV-2 (COVID-19) de su población afiliada.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 2. La EPS garantizara la conformación de Equipos multidisciplinarios en Salud (EMS) en sus Redes de Prestadores de acuerdo con los lineamientos del MSPS

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 3. La EPS verifica el suministro de EPP al talento humano en su red de prestadores de servicios de salud para la atención de los pacientes con infección SARSCoV-2 (COVID19)

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 4. La EPS garantiza que su red de prestadores realiza la toma de muestras, el procesamiento interno para el manejo de IRA y las correspondientes medidas de aislamiento y tratamiento de acuerdo con los lineamientos del MSPS.

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

CRITERIO 5. La EPS cumple con las coberturas de vacunación de influenza por encima del 95% de su población afiliada en riesgo de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), \*población de alto riesgo, acorde a los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza emitidos por el MSPS.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

POR LA ENTIDAD AUDITADA:

Representante Legal – Gerente Regional-Delegado oficial

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Cargo:

Celular:

Firma:

REFERENTES DE LA ENTIDAD VISITADA:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 9 de 25 |

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 10 de 25 |

Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular: Proceso presentado: Firma:

Que después de la respectiva comunicación del objeto de la visita y la presentación de cada uno de los asistentes al proceso, se procede a establecer las condiciones del mismo y comunicar las posibles circunstancias presentadas por ambas partes tal como sigue:

OBSERVACIONES GENERALES POR PARTE DEL ENTE MUNICIPAL:

OBSERVACIONES GENERALES POR PARTE DE LA ENTIDAD AUDITADA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 12 de 25 |

Que posterior a este proceso y dando fluidez al mismo se procede con la realización del suministro, recolección y verificación de la información que servirá como acervo probatorio de cada proceso auditado.

1. **CIERRE DE LA VISITA:**

En la ciudad de Ibagué se deja constancia de la visita de Auditoria a los Procesos del Régimen Subsidiado, subsidiado y contributivo covid por parte de la Comisión Técnica de Inspección y Vigilancia de la Secretaría de Salud Municipal de Ibagué, y se da por terminada

la presente diligencia a las

horas del día

del mes de

del año , se lee, se aprueba, se firma por los que en ella intervinieron y se extiende copia de esta a quien atiende la visita. Se consigna las principales observaciones evidenciadas en cada uno de los procesos en el momento de la verificación, la información global y total se reportará en cada uno de los respectivos informes.

OBSERVACIONES A LOS PROCESOS AUDITADOS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 1 de 25 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**  **FOR-34-PRO-GS- 01** |  |
| **Versión:** 02 |
| **FORMATO:** ACTA DE AUDITORIA PARA ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) | **Fecha:30/04/2021** |
| **Página:** 14 de 25 |

OBSERVACIONES GENERALES MANIFESTADAS EN EL CIERRE POR PARTE DEL ENTE MUNICIPAL:

OBSERVACIONES GENERALES MANIFESTADAS EN EL CIERRE POR PARTE DE LA ENTIDAD AUDITADA:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN SUBSIDIADO

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso afiliación, novedades, portabilidad y movilidad

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso red contratada y pago a la red prestadora de servicios de salud

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

# Proceso garantía al acceso de los servicios de salud y oportunidad en la prestación de servicios de salud

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso suministro de medicamentos

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso satisfacción a los usuarios

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

# Proceso prestación de los servicios de promoción y prevención

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

# Proceso componente jurídico

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN SUBSIDIADO SARS COVID- 19

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 1. La EPS remitió a la entidad territorial la información de las personas con SARSCoV-2 (COVID-19) de su población afiliada.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 2. La EPS garantizara la conformación de Equipos multidisciplinarios en Salud (EMS) en sus Redes de Prestadores de acuerdo con los lineamientos del MSPS

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 3. La EPS verifica el suministro de EPP al talento humano en su red de prestadores de servicios de salud para la atención de los pacientes con infección SARSCoV-2 (COVID19)

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 4. La EPS garantiza que su red de prestadores realiza la toma de muestras, el procesamiento interno para el manejo de IRA y las correspondientes medidas de aislamiento y tratamiento de acuerdo con los lineamientos del MSPS.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 5. La EPS cumple con las coberturas de vacunación de influenza por encima del 95% de su población afiliada en riesgo de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), \*población de alto riesgo, acorde a los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza emitidos por el MSPS.

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

RESPONSABLE PROCESO DE AUDITORÍA REGIMEN CONTRIBUTIVO SARS COVID-19

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

INTEGRANTES COMISION TECNICA:

Coordinación de la Comisión Técnica o quien ejerce sus funciones

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 1. La EPS remitió a la entidad territorial la información de las personas con SARSCoV-2 (COVID-19) de su población afiliada.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 2. La EPS garantizara la conformación de Equipos multidisciplinarios en Salud (EMS) en sus Redes de Prestadores de acuerdo con los lineamientos del MSPS

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

CRITERIO 3. La EPS verifica el suministro de EPP al talento humano en su red de prestadores de servicios de salud para la atención de los pacientes con infección SARSCoV-2 (COVID19)

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 4. La EPS garantiza que su red de prestadores realiza la toma de muestras, el procesamiento interno para el manejo de IRA y las correspondientes medidas de aislamiento y tratamiento de acuerdo con los lineamientos del MSPS.

Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Profesión:

Firma:

CRITERIO 5. La EPS cumple con las coberturas de vacunación de influenza por encima del 95% de su población afiliada en riesgo de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), \*población de alto riesgo, acorde a los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza emitidos por el MSPS.

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Profesión: Firma:

POR LA ENTIDAD AUDITADA:

Representante Legal – Gerente Regional-Delegado oficial Nombre y Apellidos completos:

Identificación:

Cargo:

Celular:

Firma:

REFERENTES DE LA ENTIDAD VISITADA:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación: Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma:

Nombre y Apellidos completos: Identificación:

Celular:

Proceso

presentado: Firma: