|  |  |
| --- | --- |
| **No. de Acta** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA VISITA | DD | MM | AA | HORA INICIO VAUDITORIA | DD | | MM | AA | HORA FINALIZACION AUDITORIA | | DD | MM | AA |
| **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE** | | | | **DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CALIDAD**  **Correo electrónico:** [**calidad.servicios**@ibague.gov.co](mailto:calidad.servicios@ibague.gov.co) | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| Integrantes de la comisión técnica | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Tipo de Visita | | | | Auditoría No programada \_\_\_\_ | | Seguimiento\_\_\_\_ | | | | Búsqueda activa \_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos del Prestador Involucrado en la No Conformidad | | | | | | | | | |
| Prestador de servicios de salud | | | |  | | | | | |
| Código habilitación prestador | | | |  | | | NIT |  | |
| Clase de Prestador | | |  | | | | | | |
| Dirección |  | | | | | | Teléfono | |  |
| Correo electrónico del prestador | | | | |  | | | | |
| Representante Legal | |  | | | | | | | |
| Colaboradores que reciben la auditoria no programada | | | | | | Cargo | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |

|  |
| --- |
| **Desarrollo de la visita de Inspección y Vigilancia Reacciones Inmediatas** |
| Siendo las \_\_\_ horas, del día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ se presentan en las instalaciones del prestador en mención, los miembros de la comisión técnica de la Secretaría de Salud Municipal de Ibagué, quienes proceden a presentarse y a comunicar el objeto de la auditoría consistente en realizar el proceso de inspección y vigilancia a Prestadores de Servicios de Salud del municipio. Se solicitaal Representante legal o funcionario asignado, manifieste si conoce de cualquier tipo de inhabilidad o incompatibilidad para intervenir en la auditoría no programada, en caso contrario se considera todos los miembros hábiles.  Se describen datos sobre la situación específica que genera la auditoría:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre del Quejoso/ o Institución que reporta |  | | | | | | | Tipo de Documento |  | Número de ID |  | | Número de contacto |  | | Dirección |  | | | | | | | Nombre de la persona afectada según queja |  | | | | | | | Tipo de Documento |  | Número de ID |  | Número de contacto | |  | | Descripción breve de la queja: | | | | | | |  |  | | --- | | **Característica/Atributo de Calidad Comprometido en la Prestación del Servicio de Salud** | | X  1.Accesibilidad 2. Oportunidad 3. Continuidad 4. Pertinencia  5.Seguridad  Otros:  1. SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO    2. Humanización |  |  | | --- | | **Métodos para recolectar la información y evidencias** | | 1.Entrevista  2. Observación  3. Revisión Documental  4. Recopilación y verificación de información |   Descripción de la visita:  Característica/Atributo (s) de Calidad evaluados en la Auditoría No Programada:   |  |  | | --- | --- | | **(Característica y/o Atributo evaluado)** | Descripción de la Auditoría: | | Oportunidad de mejora  Fortaleza |   **TABLA DE ANEXOS**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Número** | **Descripción** | **Tipo** | | | **Observaciones** | | **Digital** | **físico** |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Conclusiones de la visita:** | SI | NO | | Vulneración de Derechos en la Prestación de Servicios de Salud |  |  | | Fallas en el Proceso de Atención y Prestación de los Servicios de Salud |  |  | | Derivación de Planes de Mejora |  |  | | Traslado por competencia a Secretaría de Salud Departamental del Tolima |  |  | | Traslado por competencia a Superintendencia de salud |  |  |   El Prestador, se compromete a remitir a la Dirección de Prestación de Servicios y Calidad de la Secretaria de Salud Municipal, el plan de mejoramiento institucional según las oportunidades de mejora y recomendaciones emitidos en el Informe de auditoría no programada  El cumplimiento para el envío de los planes de mejora es de un (1) día hábil a partir de la terminación de la presente auditoria. La decisión de realizar una nueva auditoría para revisión de evidencias de las acciones de mejora dependerá de la amenaza de éste en la prestación de los servicios de salud. Teniendo en cuenta la causal de la presente auditoría se informa al Prestador que debe restituirse de manera inmediata el derecho a una prestación de servicios de salud dentro de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016  Se socializa y se entrega en medio físico la presente Acta al Prestador y se da por terminada la Auditoria no programada de Reacción Inmediata.  **FIRMAS**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **FUNCIONARIOS DE SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL** | | | | **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **COLABORADORES PRESTADOR** | | | | **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** | |  |  |  | |  |  |  | |