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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA VISITA |  |  |  | HORA INICIO AUDITORIA |  | | MM | AA | HORA FINALIZACIÓN AUDITORIA | | DD | MM | AA |
| **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE IBAGUÉ** | | | | **DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CALIDAD**  **Correo electrónico:** calidad.servicios@ibague.gov.co | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| Miembros de la comisión técnica | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Tipo de Auditoría | | | | Inspección y Vigilancia \_\_\_ | | Asistencia técnica \_\_ | | | | Seguimiento\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prestador de servicios de salud | |  | | | | |
| Código habilitación prestador | |  | | NIT |  | |
| Clase de Prestador | |  | | | | |
| Dirección |  | | | Teléfono | |  |
| Correo electrónico del prestador | |  | | | | |
| Representante Legal | |  | | | | |
| Colaboradores que reciben la Auditoría | | | Cargo | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |

|  |
| --- |
| **Desarrollo de la visita de Asistencia Técnica Inspección y Vigilancia** |
| 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 asistencia técnica\_\_\_, inspección y vigilancia: **\_\_,** seguimiento**\_\_** 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; en caso contrario se considera todos los miembros hábiles. Luego de esto se procedió a la aplicación del instrumento de auditoría.  A continuación, se registran los resultados obtenidos de la verificación de los Atributos/componentes de Calidad (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016) evaluados en la Visita de Auditoria:     |  |  | | --- | --- | | **Descripción de la visita:**  Se realiza aplicación de instrumento de IMPLEMENTACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, se realiza la revisión necesaria para evidenciar el cumplimiento de los ítems para evaluar accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y humanización, se verifica la información brindada por quien atiende la visita mediante observación, entrevista al talento humano, revisión documental de procesos, procedimientos, manuales, listas de chequeo, registros, actas, formatos y demás necesarios.  . | | | **1.Accesibilidad** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | | **2.Oportunidad** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | |  | **Cumplimiento del atributo:** | | **3.Continuidad** | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | | **4.Pertinencia** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | | **5.Seguridad** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | |  | **Cumplimiento del atributo:** | | **6. Atención al usuario** | **Fortalezas:** | |  | **Oportunidad de mejora:** | | **7.Humanización** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | | **OTROS:**  **(covid 19)** | **Cumplimiento del atributo:** | | **Fortalezas:** | | **Oportunidad de mejora:** | |

**TABLA DE ANEXOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterio** | **Descripción** | **Tipo** | | **Observaciones** |
| **Digital** | **Físico** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado de la visita:** | SI | NO |
| Auditoría a conformidad |  |  |
| 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 de Ibagué, el plan de mejoramiento institucional según los hallazgos y recomendaciones de mejora, compromisos emitido en el Informe de Auditoría Programada \_\_\_ Asistencia Técnica\_\_ Seguimiento\_\_\_.

El plazo de cumplimiento para el envío de los planes de mejora es de Cinco (5) días hábiles a partir de la recepción del informe de auditoría programada. La decisión de realizar una nueva auditoría para revisión de evidencias de las acciones de mejora dependerá de la amenaza de los hallazgos en la prestación de los servicios de salud.

Se socializa y se entrega en medio físico la presente Acta de Auditoría Programada\_\_ Asistencia Técnica\_\_ a la IPS y se da por terminada la auditoría.

**FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COLABORADORES PRESTADOR** | | |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FUNCIONARIOS SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL** | | |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |