

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA						RESULTADOS				
PROCESO	PARLADO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (Semana/Año)	FECHA DE TERMINACIÓN (Semana/Año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	
BANCO DE SANGRE	1	SERVICIO NO CONFORME	25/07/2016	Problemas con la unidad móvil	Porque 3: mala calidad de los materiales utilizados internamente ya que no resisten trabajo continuo. Porque 2: Los elementos utilizados de la unidad móvil no resisten por constante uso y movimiento. Porque 1: La unidad móvil no cumple con criterios de Calidad vigentes.	COMPETENCIA	Gestión de la Tecnología	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Problemas con la unidad móvil	1. Ejecución de reparación de la unidad móvil 2. Fecha de envío para arreglo de Unidad móvil 3. Unidad móvil reparada	1. Registro de cumplimiento de garantía por parte del proveedor 2. cronograma de fecha de arreglo de unidad móvil 3. Unida móvil en funcionamiento	03/01/2018	30/06/2018	Gestión de la Tecnología Dirección Administrativa Proceso de Jurídica	N/A	50%			
BANCO DE SANGRE	2	REFERENCIACIÓN	01/06/2017	Mejoramiento en el Servicio Transfusional y Banco de Sangre	na	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	2. Mejoras del Área Interna del Banco de Sangre	1. Mejorar del Área Interna del Banco de Sangre.	1. Mejorar del Área Interna del Banco de Sangre.	03/01/2018	30/06/2018	Tatiana Guerrero y Jeffrey Torres	NO APLICA	50%			
BANCO DE SANGRE	3	AUTOCONTROL	15/09/2017	resultado Control de calidad Externo de Immunohematología no concordante (API)	porque 3: resultado en 0%. Informe visual pero sin confirmación por que 2: El instructivo de informe no es claro para el ingreso d esos resultados y confirmación Porque 1: llegan muestras sobre el tiempo de informe en el aplicativo	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	3. Realizar Correcto registro, informe y seguimiento del control de calidad externo API	1. resultados por parte del API del cumplimiento del 100% de las muestras en el tercer envío	1. Solicitud de ingreso al API del control de calidad de Immunohematología. 2. capacitación al personal sobre el proceso de ingreso de las muestras al aplicativo por parte de la casa comercial. 3. verificación de concordancia del tercer envío de las muestras de control de calidad externo	18/09/2017	01/03/2018	Tatiana Guerrero Junca Adriana González Bacteriología de Immunohematología	Cumplimiento de muestras externas de control de calidad	100%	SI	CERRADA	
BANCO DE SANGRE	5	AUDITORIA INTERNA HSEO	21/03/2018	No se cumple con el requisito 7.4 de la NTC ISO 9001:2015 en cuanto determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la Calidad. Evidencia No se cuenta con la matriz de comunicación del Hospital en la cual se espale que se va a comunicar, cuándo se va a comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar y a quién comunicar, la información pertinente al sistema de gestión de la calidad.	Porque 3: Porque hace parte de los nuevos requisitos de la normatividad ISO 9001:2015. Porque 2: porque a nivel institucional no se tiene contemplado una matriz de comunicación institucional porque 1: Porque a nivel banco de sangre no se cuenta con matriz de comunicación	CONTINUIDAD	Gestión de la Tecnología	Centrado en el usuario	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	4. Implementar Matriz de comunicación propia del proceso	1. Planear el desarrollo de la matriz comunicación determinando el contenido 2. Elaboración la matriz de Comunicación del banco de sangre que contenga: Que comunicar, cuando comunicar, a quien comunicar, como comunicar y quien comunica. 3. aprobación de la matriz de comunicación del Banco de sangre 4. Socialización de la matriz de comunicación del Banco de Sangre	1. Como de asesoría de elaboración d este matriz con contenido de planeación y comunicaciones. 2. matriz de comunicación banco de sangre que contengan todos los items de comunicaciones. 3. Como de aprobación de la matriz de comunicación 4. registro de socialización a colaboradores del proceso.	1. 15-05-2018 2. 15-05-2018 3. 15-05-2018 4. 15-05-2018	1. 18-05-2018 2. 18-05-2018 3. 18-05-2018 4. 30-06-2018	1,2 y 4 Líder banco de Sangre y 3. Asesoría de planeación	No aplica	100%	SI	CERRADA	
																	Avance	75%		
																	Cumplimiento	50%		
																	Cierre de ciclos	50%		

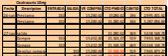
IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA														DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS		
PROCESO	N° MEDICIÓN	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, ANALISIS Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRO DE LA CAUSA RAIZ DEL Hallazgo	EFECTO DE CALIDAD AL MEDIRLO	EJE DE LA ACCION/INDICACION	MODALIDAD DE ATENCION	OBJETIVO ESTADISTICO DEL MEDIRLO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PROGRESION DE ACCIONES DE MEJORA			REVISACION DE LA ACCION DE MEJORA	MODALIDAD DE ATENCION	RECURSOS ASIGNADOS	ACTIVIDADES PLANIFICADAS DE DESARROLLO	INDICADORES CLAVE PARA EL MONITOREO DE LA ACCION DE MEJORA	FECHA DE INICIO DEL PLAN DE ACCION DE MEJORA	FECHA DE CIERRE DEL PLAN DE ACCION DE MEJORA	DESEMPEÑO DE LA ACCION DE MEJORA	INDICADOR CLAVE DE CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA ACCION DE MEJORA	EFECTIVIDAD DE LA ACCION DE MEJORA	COSTO ESTIMADO	ESTADO DE LA ACCION DE MEJORA	
											ANALIZADO	PLANIFICADO	COMPLETADO													
GESTION DE LA CALIDAD	1	OTRAS	2003/2016	No se demuestran registros, inventos y actualización de la información de los registros pertenecientes de los países intervenidos sobre las revisiones y reportados.	1. No se tiene control planificado en el Manual de calidad con la planeación estratégica e institucional. 2. No se tiene control de seguimiento de medidas correctivas e "Manual". 3. No se tienen documentos establecidos en partes intervenciones.	COORDINACION	Control de calidad y registro (Seguridad del paciente)	Seguimiento	1. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita controlar Centros de Exámenes.	1. Revisar y actualizar el Manual de Calidad, enfocándose en relación con el sistema de gestión de calidad como riesgo, oportunidad y planeación estratégica. 2. Crear un documento institucional que contenga los procedimientos de identificación y gestión de oportunidades y riesgos asociados.	4	4	4	44	NO SE HIZO	AC	APRENDIZAJE DE LOS LAUDACIONES	1. Revisar y actualizar el Manual de calidad institucional. 2. Definir el compromiso de desarrollo y actualización del "Manual". 3. Presentar los resultados de implementación del Manual a la Alta Dirección.	1. Manual de calidad 2. Compromiso de desarrollo 3. Resultados de implementación	06/02/2016	10/07/2016	Objeto de Planeación y Calidad	Porcentaje de cumplimiento de compromisos de implementación del Manual de calidad. Meta - Superar el 90%	100%		
GESTION DE LA CALIDAD	2	OTRAS	2003/2016	En las actividades de planificación para abordar las oportunidades y riesgos asociados a los procesos, solo se tienen como valores, el cumplimiento de la efectividad de los mismos.	1. Porque no se tiene documento institucional que contenga la planeación de identificación de oportunidades y riesgos. 2. Porque no se tiene evidencia de efectividad de los mismos durante el desarrollo de los procesos. 3. Porque no se tiene evidencia de seguimiento de oportunidades y riesgos en la efectividad de los controles.	OPORTUNIDAD	Control del riesgo	Seguir	1. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita controlar Centros de Exámenes.	1. Crear un documento institucional que contenga los procedimientos de identificación y gestión de oportunidades y riesgos asociados. 2. Crear un documento institucional que contenga los procedimientos de identificación y gestión de oportunidades y riesgos asociados.	5	5	5	50	NO SE HIZO	AC	PLANEACION ESTRATEGICA	1. Documentar y actualizar el manual de identificación y gestión de oportunidades y riesgos. 2. Actualizar el manual de identificación y gestión de oportunidades y riesgos. 3. Definir el compromiso de desarrollo y actualización del "Manual". 4. Presentar los resultados de implementación del Manual a la Alta Dirección.	1. Documento con base de datos 2. Manual de identificación y gestión de oportunidades y riesgos. 3. Meta de riesgo	11/09/2016 21/01/2016 21/01/2016	11/05/2016 21/01/2016 21/01/2016	Objeto de Planeación y Calidad Objeto de Planeación y Calidad Control de riesgo	Porcentaje de cumplimiento de compromisos de implementación del Manual de calidad. Meta - Superar el 90%	100%		
GESTION DE LA CALIDAD	3	INDICADORES DE GESTION	04/02/2016	No existe evidencia de seguimiento y actualización de los datos de la formulación y seguimiento a los indicadores institucionales.	1. No se tiene control planificado de medidas y seguimiento. 2. No se tienen evidencias de los indicadores establecidos en el TUC.	EJECUCION	Control del riesgo	Seguir	1. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita controlar Centros de Exámenes.	1. Definir el manual de identificación y seguimiento de los indicadores institucionales, en relación con los objetivos del programa. 2. Definir el manual de identificación y seguimiento de los indicadores institucionales, en relación con los objetivos del programa.	5	5	5	50	NO SE HIZO	AC	ARTICULACION	1. Definir un manual para el seguimiento de los indicadores institucionales. 2. Realizar el análisis de identificación y actualización de los datos de los indicadores y su actualización con los objetivos del programa. 3. Presentar el análisis de los indicadores y su actualización con los objetivos del programa.	1. Manual de identificación y seguimiento de los indicadores institucionales. 2. Meta de actualización de los indicadores institucionales. 3. Meta de seguimiento de los indicadores institucionales.	11/01/2016 20/01/2016 21/01/2016	11/05/2016 20/01/2016 20/01/2016	Objeto de Planeación y Calidad Objeto de Planeación y Calidad Objeto de Planeación y Calidad	Meta - Contar con los datos de los indicadores institucionales y su actualización y seguimiento. Meta - Superar el 90%	100%		
GESTION DE LA CALIDAD	4	OTRAS	No se	No se cuenta con toda la evidencia documental actualizada.	1. Porque no se cuenta con la evidencia documental existente a los controles establecidos.	OPORTUNIDAD	Control del riesgo	Mejoramiento	1. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita controlar Centros de Exámenes.	1. Definir y actualizar la evidencia documental de los procedimientos establecidos con los controles establecidos. 2. Definir y actualizar la evidencia documental de los procedimientos establecidos con los controles establecidos.	5	4	4	40		OP	1. Definir un compromiso de actualización de la evidencia documental de los procedimientos de los controles. 2. Definir la evidencia documental y actualización de la evidencia documental de los procedimientos de los controles.	1. Compromiso de actualización de la evidencia documental. 2. Documento actualizado.	08/01/2016 21/05/2016	11/05/2016 21/05/2016	Objeto de Planeación y Calidad Objeto de Planeación y Calidad	Porcentaje de documentos institucionales y actualizados. Meta - Superar el 90%	50%			

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS				
PROCESO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, Hallazgo NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL Hallazgo	ATRIBUTO DE CALIDAD VALORADO	EFIC DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	SOLUTO ESTRATÉGICO VALORADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA			RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (Mes/año)	FECHA DE TERMINACIÓN (Mes/año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR DE LA CUAL SE EVALUÓ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PONDÉRATOR DE AVANCE	EFECTIVIDAD	COSTE DE CÉDULO
										Alto	Medio	Bajo												
SUBIDILICCIÓN	1	AUDITORIA INTERNA HCEO	23032018	No se demuestra la identificación de los puntos mencionados que son prioritarios, seguimiento, revisión y contextualización de la información de los registros sobre las necesidades y expectativas. Evidencias: 1. No se demuestra la identificación de los puntos mencionados que son prioritarios, seguimiento, revisión y contextualización de la información de los registros sobre las necesidades y expectativas. 2. En la caracterización de proceso define varios usuarios o clientes, pero no es claro que son partes interesadas y el esquema de seguimiento, revisión y contextualización de las necesidades y expectativas.	1. ¿Por qué? Falta revisar y actualizar el nuevo estado y manual de compras. 2. ¿Por qué? No se ejecuta el nuevo proceso de contratación. 3. ¿Por qué? No concuerdan con los cambios.	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuna	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental. 2. Reingeniería del proceso de contextualización del proceso al nuevo Modelo y manual de Compras. 3. Socialización de la caracterización.	3	5	5	Alto	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMÚN	1. Actualización de la caracterización del proceso. 2. Socialización de la caracterización al personal de compras y superiores.	1. Caracterización probada y validada en la instancia. 2. Registro de socialización.	18/05/2018	30/07/2018	Subdirector de Compras y Subdirectora Asesora	Porcentaje de la caracterización actualizada y socializada del proceso. Meta: 100%	50%		
	2	AUDITORIA INTERNA HCEO	23032018	No se demuestra que la política de la calidad está comunicada, entendida y se aplica en el proceso. Evidencias: 1. Se realiza actividad al día proceso y a nivel colaborativo del proceso se conoce la política de calidad y su alcance lo que les da contexto al realizar la socialización lo se aplica en el desarrollo de sus actividades.	1. ¿Por qué? Falta de conocimiento de la Política de Calidad. 2. ¿Por qué? Falta Socialización en la Política de Calidad. 3. ¿Por qué? Falta de desarrollo de la cultura de calidad.	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuna	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz. 3. Socialización y adherencia de la política de calidad	3	3	5	Medio	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMÚN	Socialización de la política de calidad con el personal del proceso.	1. Registro de socialización de la política de calidad. (Acta de socialización, ppt y post-its)	18/05/2018	30/07/2018	Líder de proceso gestión de bienes y servicios	Socializar la política al 100% del personal del proceso.	100%	0	2303018
	3	ACREDITACIÓN	ACREDITACIÓN	Realizar el diagnóstico con el fin de poder identificar cuáles son los tiempos reales de los procesos de contratación.	POQUE: En la presentación de los estudios previos no proyectan bien las condiciones establecidas en los formatos de entrega. POQUE: Los representantes no presentan los documentos (licitación) de manera integral, según lo establecido en el Riego condiciones o en sus Compromisos, en el momento de presentar la oferta. POQUE: Se presenta demora al momento de entregar la orden ya controlada por parte del representante. Representante legal	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Gestión de la Tecnología	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental. 13. Socializar y revisar el estudio previo a los líderes y Superintendentes (colaboradores) para la nueva presentación del mismo. 14. Realizar los Acuerdos de gestión con los representantes (Superintendente de contrato). Subdirector de compras y Representante legal de las diferentes empresas para que el momento de presentar sus ofertas integren todos los documentos según en cada proceso. 15. Monitorear el tiempo de respuesta al proceso de compra por medio de la matriz de gestión de compras (cobertura de todo el proceso de compra).	5	3	5	Alto	AC	ARTICULACIÓN	1. Actos de socialización de gestión con los superiores. 2. Actos de acuerdos de gestión (Superintendente de contrato). Subdirector de compras y Representante legal, en donde el representante se compromete a entregar toda la documentación solicitada en cada proceso de compra. 3. Informe de gestión trimestral de análisis de la matriz de gestión de compras.	1. Actos de socialización de gestión con los superiores. 2. Actos de acuerdos de gestión (Superintendente de contrato). Subdirector de compras y Representante legal, en donde el representante se compromete a entregar toda la documentación solicitada en cada proceso de compra.	01/04/2018	03/12/2018	Líder de proceso gestión de bienes y servicios	Meta 15 días hábiles. Indicadores TICS 1. Oportunidad de respuesta en la evaluación técnica de la orden de compra (prioridad). 2. Oportunidad de respuesta en la evaluación técnica de la orden de compra (prioridad). 3. Oportunidad de entrega de solicitudes de compra (prioridad). 4. Oportunidad de la elaboración del estado previo a la orden de compra (prioridad). 5. Oportunidad de la liquidación de la orden de compra (prioridad).	70%	

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTION DE LA CALIDAD
PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP

VIGENCIA :

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS						
PROCESO	FUNDAMENTO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZON DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALIA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO
											Requiere	Costo	Requiere	Tarea												
DESCRIBIENDO LOS SERVICIOS	1	AUTOCONTROL	01/03/2018	NA	1. por que se debe cumplir con las condiciones de habilitacion 2 por que es una meta del plan de accion en salud. 3. por que es de obligatorio cumplimiento Normatividad vigente.	EFFECTIVIDAD	Atencion Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestacion de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Autoevaluar las de condiciones de habilitacion de los servicios habilitados.	5	5	5	5	no cumplimiento de las condiciones de habilitacion	OP	GESTION POR PROCESOS- CADENA DE VALOR	1. cronograma de habilitacion habilitacion. 2. Realizar Plan de auditorias 3. Aplicacion del Instrumento de Autoevaluacion segun normatividad vigente. 4. Informes de auditoria	1. Cronograma. 2. Plan de auditoria. 3. Instrumento aplicados (físico o magnetico). 4. Informes de resultado de autoevaluacion.	01/06/2018	29/12/2018	Lorena Orozco - Especialista Planeacion y calidad	Numero de servicios habilitados/hospital de servicios habilitados "100"	50%		
	2	ACREDITACION	02/02/2018	No obstante los avances anteriores como oportunidad de mejora se recomienda fortalecer la planeacion de referenciaci3nones alineadas con los objetivos estrat3gicos, el modelo de gesti3n humanizado y sustentable, el modelo de educaci3n e investigaci3n, el desarrollo de Centros de Excelencia definidos en su Visi3n y los ejes de la acreditaci3n.	1. por que no se tiene claridad en el objetivo de la referenciaci3n 2 por que no se planea la referenciaci3n 3. por que no se tiene en cuenta las debilidades del proceso	COORDINACION	Gesti3n cl3nica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gesti3n de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	2. Contar con la implementaci3n de las Referenciaci3nones comparativas realizadas internas y externas.	4	4	5	5	No contar con apoyo, con los recursos necesarios para llevar a cabo la actividad.	OP	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACION	1. Elaborar un cronograma de referenciaci3nones comparativas anuales que incluyan referenciaci3nones dirigidas a servicios de alta complejidad y centros de excelencia, articular la tematica de la referenciaci3n con los objetivos estrat3gicos 2. Gestionar y realizar las referenciaci3nones generando los informes correspondientes. 3. Socializar los resultados para su an3lisis y evaluaci3n para la implementaci3n de las practicas exitosas	1. cronograma de referenciaci3nones anual. 2. Informes de Referenciaci3nones comparativas. 3. Actas de socializaci3n y presentaci3n de practicas exitosas, seguimiento a la implementaci3n de las practicas exitosas.	enero de 2018	Diciembre de 2018	especialista planeaci3n y calidad	Indicador= Porcentaje de cumplimiento al cronograma de referenciaci3n. Meta= Superior o igual al 90%	17%		
																						Avance	34%			
																						Cumplimiento	0%			
																						Cierre de Ciclos	0%			

9	OTRAS	06/03/2017	<p>El registro se en preparación de medicación en los procesos de registro al costo promedio del momento en que se recibe, pero al legalizarse, la revisión del préstamo se realiza al costo promedio vigente y no con el que fue ingresado, como lo vemos en el siguiente ejemplo, tomado de Estado de inventarios por producto: M03AV015722 Clotacuracil 10mg amp 5ml</p>  <p>Como podemos ver en la devolución del préstamo, se registra el valor con el que se prestó pero al calculo de la devolución control de las evidencias se realiza con el último costo promedio, (ver valores en rojo)</p> <p>Además, este ejemplo observamos que primero se registra el préstamo en el momento de la devolución del préstamo, pero al legalizarse, la revisión del préstamo se realiza al costo promedio vigente y no con el que fue ingresado, como lo vemos en el siguiente ejemplo, tomado de Estado de inventarios por producto: M03AV015722 Clotacuracil 10mg amp 5ml</p> <p>¿Por qué? El costo promedio está siendo afectado por diferentes causas como: compra de caja menor, ingresos/devoluciones de préstamos, donaciones y medicamentos de unidades</p> <p>¿Por qué? Los procedimientos actuales, de como se realizan en Sistema de Información Dinámica (SID) los compras de caja menor, ingresos/devoluciones de préstamos, donaciones y medicamentos de unidades están afectando el Costo Promedio</p> <p>¿Por qué? Por diferentes razones que deben ser analizadas en conjunto con el Proceso de Gestión Financiera, Gestión de la Información (Sistema) y Atención Farmacológica, a fin de determinar procedimientos en cada uno de estos aspectos para no afectar imprógamente el costo promedio</p> <p>Val Hepatina de 5ml \$5.400,45 para 5 jeringas profenas. Costo Jeringa profena \$.600,45 / 5 = 1.201,29 c/u Costo de la maquila \$1.000,00 c/u Costo Unitario de Jeringa Profena \$2.121,29</p> <p>Las 5 jeringas costarían \$10.606,45</p> <p>Es decir que las 5 jeringas estarían ingresando con un sobre costo de \$14.112,95.</p> <p>Este procedimiento de valoración de costos de las unidades está sobrecostando el valor de los inventarios.</p> <p>No obtenemos una evidencia o información detallada para determinar el costo unitario de los medicamentos reempacados o unidades o una explicación del origen del costo promedio actual con el que se están valuando las unidades.</p> <p>4. Registro de las donaciones. Cuando se reciben donaciones, el procedimiento seguido por el hospital es desintegrar el costo promedio y no al valor facturado por el proveedor y sobre el cual va a pedir la certificación de donación, esto genera incongruencias con el proveedor debido a que la certificación debe salir al valor del ingreso al hospital, que normalmente es menor que el facturado, generando inconvenientes con el proveedor.</p>	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz.	8. Realizar revisión y análisis de los problemas presentados con el Costo Promedio en conjunto con los procesos de Gestión Financiera, Gestión de la Información (Sistema) y Atención Farmacológica, a fin de determinar nuevos procedimientos en compras de caja menor.	3	5	31	No hay	AC	OTRA	<p>2.1. Revisión entre los procesos de Gestión Financiera, Gestión de la Información (Sistema) y Atención Farmacológica para determinar las necesidades a requerir a SYAC.</p> <p>2.2. Realizar la Consulta de las necesidades a SYAC.</p> <p>2.3. De acuerdo a la respuesta de SYAC se tomarán las acciones pertinentes.</p> <p>2.4. Documentar la forma en que se deben realizar los ingresos, devolución de préstamos y los controles para efectuados desde el módulo de inventarios para mitigar la afectación imprópia del costo promedio</p> <p>3.1. Revisión entre los procesos de Gestión Financiera, Gestión de la Información (Sistema) y Atención Farmacológica para determinar las necesidades a requerir a SYAC.</p> <p>3.2. Realizar la Consulta de las necesidades a SYAC.</p> <p>3.3. De acuerdo a la respuesta de SYAC se tomarán las acciones pertinentes.</p> <p>3.4. Documentar la forma en que se debe establecer el valor de los productos que son enviados para ser adecuados en unidades (empaque, volumen, adecuación) y la manera apropiada de llevarlo a cabo en el módulo de inventarios de Sistema de Información Dinámica</p> <p>4.1. Revisión entre los procesos de Gestión Financiera, Gestión de la Información (Sistema) y Atención Farmacológica para determinar las necesidades a requerir a SYAC.</p> <p>4.2. Realizar la Consulta de las necesidades a SYAC.</p> <p>4.3. De acuerdo a la respuesta de SYAC se tomarán las acciones pertinentes.</p> <p>4.4. Documentar la manera adecuada para el ingreso de donaciones en el Sistema de Información Dinámica General</p>	1. Acta de reunión con documentación del procedimiento.	06/03/2017	30/11/2018	30%	LIDER PROYECTO FARMACIA	DIRECTOR DE GESTION FINANCIERA	SUBDIRECCION DE LA INFORMACION			
10	AUTOCONTROL	26/01/2018	<p>1.1. Socializar el Manual de Calidad de la Institución al personal que pertenece al proceso de producción.</p> <p>1.2. Garantizar la medición de la eficacia del Sistema de Garantía de Calidad del proceso de Producción de Aire Medicinal.</p> <p>1.3. Incluir dentro del Sistema de Gestión documental el Manual de Calidad del proceso de Producción de Aire Medicinal.</p> <p>1.4. Realizar el alcance del proceso de producción de Aire Medicinal.</p> <p>1.5. Revisión dentro del Plan de Emergencia del hospital el plan de contingencia frente a Casos Medicinales que se encuentran documentado en el proceso de Aire Medicinal.</p>	PERTINENCIA	Gestión de la Tecnología	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudos de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	9. Dar cumplimiento efectivo a las Buenas Prácticas de Manufactura de aire medicinal	3	3	45	No tiene	OP	OTRA	<p>1.1. Socializar el Manual de Calidad de la Institución a todo el personal que pertenece al proceso de producción de aire medicinal</p> <p>1.2. Construir indicadores que permitan medir la eficacia del Sistema de Garantía de Calidad del SAM</p> <p>1.3. Dar alcance al proceso de producción de Aire Medicinal en el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Cooperativa Cospoeh</p> <p>1.4. Documentar dentro del Plan de Emergencia del hospital el plan de contingencia frente a Casos Medicinales que se encuentran documentado en el proceso de Aire Medicinal.</p>	1.1. Documento que evidencie la socialización <p>1.2. Indicadores en el TUCI de Garantía de Calidad del SAM</p> <p>1.3. Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Cooperativa Cospoeh Actualizado</p> <p>1.4. Plan de Emergencia del hospital actualizado en la Internet</p>	26/01/2018	09/03/2018	Cumplimiento de BPA al 100%	100%	SI	CERRADA			
11	AUDITORIA EXTERNA EPS	29/01/2018	<p>1. No se evidencia la gestión frecuente de control de temperatura y humedad, no se registra para los días 27 y 28 de enero de 2018.</p>	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	10. Fortalecer las capacitaciones continuadas en áreas que conegri mayor adherencia a los documentos	3	3	27	No tiene	AC	OTRA	<p>Capacitar al personal en el protocolo OAF33 - VI CONTROL Y MANEJO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD</p>	Documento soporte de la socialización	29/01/2018	29/03/2018	100%	SI	CERRADA				
12	AUDITORIA EXTERNA EPS	29/01/2018	<p>Se evidencia en áreas de farmacia cajas con medicamento y dispositivos sin la protección de las estibas cuenta con las estibas suficientes en el servicio.</p>	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	11. Gestionar estibas para el cumplimiento de BPA	3	3	27	No tiene	AC	OTRA	<p>Gestionar la consecución de estibas</p>	Documento soporte de la solicitud para la consecución de estibas	29/01/2018	29/09/2018	50%	Lider del proceso de Atención Farmacológica					
13	AUDITORIA EXTERNA EPS	29/01/2018	<p>Se evidencia análisis de los eventos presentados con la metodología de manejo y la metodología NCCMEROP, sin embargo de los eventos presentados no se puede evidenciar la formulación y ejecución de los planes de acción de los eventos presentados, la PSI tiene que fortalecer las acciones de mejora con el fin de disminuir las acciones inseguras que se presentan.</p>	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	12. Llevar al PUMP del proceso las acciones de mejora grandes de farmacia y atención	3	3	27	No tiene	AC	OTRA	<p>Llevar al PUMP del proceso las acciones de mejora grandes de farmacia y atención</p>	PUMP de atención farmacológica con acciones de mejora grandes de farmacia y atención	29/01/2018	29/03/2018	100%	SI	CERRADA				

ATENCIÓN FARMACEUTICA

14	AUDITORIA EXTERNA EPS	2901/2018	Se evidencian registros de historia clínica como recortable hoja de vida del Doctor Pedro Franco. In cuanto garantiza la confidencialidad de la misma.	¿Por que? Se está usando papel con registros de historia clínica como papel recortable para imprimir las prescripciones para el abastecimiento de los casos de medicamentos. ¿Por que? El personal técnico auxiliar de servicios farmacéuticos no tiene conocimiento sobre el uso de estos documentos como papel recortable. ¿Por que? No se ha capacitado al personal del servicio farmacéutico en el uso de documentos de Historia clínica como papel recortable.	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	13. Fortalecer las capacitaciones continuadas	3	3	3	27	No tiene	AC	OTRA	Socialización al personal del proceso sobre el uso de documentos de Historia clínica como papel recortable.	Soporte de socialización al personal del proceso sobre el uso de documentos de Historia clínica como papel recortable.	2901/2018	28/02/2018	Líder del proceso de Atención Farmacéutica	100%	SI	CERRADA	
15	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP1. Dar cumplimiento a los numerales 11.2.3 y 11.4.1 de la Resolución 2011012580 del 2011 en cuanto a generalizar el tamaño de las áreas de almacenamiento permitiendo una ubicación ordenada de equipos y materiales, con suficiente espacio y debidamente identificada que permita la separación entre los diferentes gases.	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	14. Realizar las adecuaciones pertinentes para que el tamaño de las áreas de almacenamiento permitan una ubicación ordenada de equipos y materiales, con suficiente espacio y debidamente identificada que permita la separación entre los diferentes gases	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Realizar las adecuaciones pertinentes para que el tamaño de las áreas de almacenamiento permitan una ubicación ordenada de equipos y materiales, con suficiente espacio y debidamente identificada que permita la separación entre los diferentes gases	Solicitud de mantenimiento Evidencia Fotográfica	13/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Gestión de la Infraestructura	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
16	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP2. Dar cumplimiento al numeral 11.4.3 de la Resolución 2011012580 del 2011 en cuanto a asegurar el control y registro de condiciones ambientales de los cilindros.	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	15. Asegurar el control y registro de condiciones ambientales de los cilindros	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	1. Colocar el termómetro en el área de almacenamiento de cilindros de área medicinal 2. Actualizar el documento OSAF 32 de Registro, almacenamiento y manejo de gases medicinales medicinal. Donde se especifique la identificación de peligros y el almacenamiento de los gases y quien realiza y verifica las condiciones ambientales	1. Termómetro en el área de almacenamiento de cilindros de área medicinal 2. Documento en la Intranet 3. Socialización del documento al personal principal de gases medicinales	13/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Gestión de la Infraestructura y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
17	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP3. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto: 1. durante el recorrido se evidencia que las áreas de almacenamiento no se encuentran en buen estado conservación y limpieza. 2. y no mantenimiento para el área donde se ubica el banco de reserva el cual se establece en el numeral 11.2.1 de la Resolución 2011012580 del 2011.	¿Por que? 1. Si bien se realiza limpieza al área de almacenamiento de cilindros, la frecuencia y el método no es óptimo. 2. La pintura del piso del área del sistema de reserva de área medicinal está deteriorada en una sección. ¿Por que? 1. Se realiza una limpieza que no es efectiva en la remoción de polvo y suciedad. 2. Si bien se realizó la verificación en el momento que realizaron el mantenimiento, el mismo presentó deterioro al poco tiempo. ¿Por que? 1. El procedimiento de limpieza de hospital no da lineamientos claros en el cómo realizar la limpieza de este y además se debe ajustar una mayor frecuencia para garantizar que se encuentre siempre en óptimas condiciones. 2. La pintura estaba fresca cuando se empezó a utilizar el área	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	16. Realizar la limpieza adecuada de las áreas de almacenamiento de cilindros y el mantenimiento para el área donde se ubica el banco de reserva	5	5	5	15	No tiene	AC	OTRA	1. Actualizar el procedimiento OSAF 07 Limpieza y Desinfección de áreas Hospitalarias 2. Mantenimiento del área	1. Documento de Limpieza de Hospital en la Intranet 2. Socialización del documento al personal que realiza la limpieza de las áreas correspondientes 3. Evidencia fotográfica de la limpieza 2.1 Evidencia Fotográfica 2.2 Evidencia de la realización de mantenimiento correctivo	13/02/2018	16/02/2018	1. Subdirectora de Heliófila Hospitalaria 2. Líder de la Infraestructura	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
18	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP4. Reflejar en el organigrama general del hospital el nivel jerárquico del personal que participa en el proceso de obtención de área medicinal.	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	17. Actualizar el organigrama general del hospital en cuanto al nivel jerárquico del personal para que refleje la realidad del personal que participa en el proceso de producción de área medicinal.	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Actualizar el organigrama general del hospital en cuanto al nivel jerárquico del personal para que refleje la realidad del personal que participa en el proceso de producción de área medicinal.	Organigrama actualizado en la Intranet	13/02/2018	16/02/2018	1. Subdirector de Personal	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
19	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP5. Garantizar que durante el proceso de recepción de cilindro se incluya entre los parámetros a evaluar el estado de pintura de acuerdo a estándares establecidos, presencia de termomóvil; nivel de cilindro y volumen del mismo.	No Aplica	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	18. Garantizar que durante el proceso de recepción de cilindro se incluya entre los parámetros a evaluar el estado de pintura de acuerdo a estándares establecidos, presencia de termomóvil; nivel de cilindro y volumen del mismo.	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Actualizar el formato OSAF 33 V2 RECEPCION TECNICA DE FORMAS FARMACEUTICAS GASES MEDICINALES en donde se incluya entre los parámetros a evaluar el estado de pintura de acuerdo a estándares establecidos, presencia de termomóvil; nivel de cilindro y volumen del mismo.	1. Formato Actualizado en la Intranet	13/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
20	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP6. Garantizar el control de las fecha de vencimiento de cilindros.	No Aplica	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	19. Garantizar el control de las fecha de vencimiento de cilindros.	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Actualizar documento de OSAF 49 CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS donde alcance a los gases medicinales	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	13/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
21	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP7. Definir el procedimiento, responsables y parámetros a evaluar durante las verificaciones anuales de los validadores.	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	20. Definir el procedimiento, responsables y parámetros a evaluar durante las verificaciones anuales de los validadores.	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Actualizar el documento OSAF 11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA DE AREA MEDICINAL BOGOTA en donde defina el procedimiento, responsables y parámetros a evaluar durante las verificaciones anuales de las validaciones	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	13/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
22	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	13/02/2018	OP8. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto se evidencia que no se está realizando la verificación de los límites de control de temperatura y humedad	¿Por que? La auditoría evidenció el no registro de la firma de verificación diaria. ¿Por que? La verificación se realiza cada 7 días. ¿Por que? No hay un documento que estipule la frecuencia de verificación	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	21. Establecer la frecuencia de verificación de variables ambientales	5	5	5	15	No tiene	AC	OTRA	1. Documentar en el protocolo de recepción, almacenamiento y manejo de gases medicinales la frecuencia de verificación de condiciones ambientales y modificar el formato OSAF 33 V2 RECEPCION TECNICA DE FORMAS FARMACEUTICAS GASES MEDICINALES 2. Socialización del documento al personal principal de gases medicinales	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	13/02/2018	16/02/2018	Líder de Farmacia D.T.	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
23	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	14/02/2018	OP9. Ampliar en el procedimiento respectivo la metodología para realizar una modificación a la documentación	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	22. Actualizar el procedimiento respectivo a la metodología para realizar una modificación a la documentación	5	5	5	15	No tiene	C	GESTION DE RECURSOS ALIANZAS	Actualizar el documento OSAF 01 V3 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS al personal principal de gases medicinales	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	14/02/2018	16/02/2018	Líder de Planeación	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
24	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	14/02/2018	OP9. Documentar el procedimiento respecto al manejo del desecho de Tubos Colométricos, incluyendo la identificación respectiva	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	23. Actualizar el procedimiento respecto al manejo del desecho de Tubos Colométricos, incluyendo la identificación respectiva	5	5	5	15	No tiene	C	OTRA	Actualizar el documento OSAF 14 V2 RECEPCION DE TUBOS COLORIMETRICOS dando alcance al manejo del desecho de Tubos Colométricos, incluyendo la identificación respectiva del galton conlineador	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales Evidencia Fotográfica de la socialización del galton conlineador	14/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA
25	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	14/02/2018	OP10. Ajustar el cronograma de autoinspecciones año 2018	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	24. Ajustar el cronograma de autoinspecciones año 2018	5	5	5	15	No tiene	C	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	Ajustar el OSAF 34 V2 CRONOGRAMA AUTOINSPECCIONES para la vigencia 2018	Formato ajustado y suscrito por los responsables	14/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM a 100%	100%	SI	CERRADA

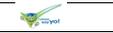
26	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP11. Incluir en el protocolo de Manejos de quejas y reclamos aspectos relacionados como análisis, respuesta	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	25. Incluir en el protocolo de Manejos de quejas y reclamos aspectos relacionados como análisis, respuesta	5	5	5	100	No tiene	C	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Dar de baja el documento 03AF34 V2 MANUAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 2. Actualizar el documento 03AF34 V2 MANUAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 3. Revisión de Posición de Usuario y Revisión de Posición de Usuario	1. Solicitar de dar baja el documento 03AF34 V2 MANUAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 2. Documento 03AF31 V5 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL actualizado en la intranet	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
27	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP12. Documentar los aspectos a tener en cuenta en el rollo de producto suministrada por el proveedor de gases	No Aplica	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	26. Documentar los aspectos a tener en cuenta en el rollo de producto suministrada por el proveedor de gases	5	5	5	100	No tiene	C	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Actualizar el documento 03AF32 V3 REQUISITOS ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE GASES MEDICINALES	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
28	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP13. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto 1. en el informe de calificación de diseño no se evidencia la corrección de altura y presión para la determinación de la capacidad nominal de los puntos uso del hospital, así mismo, 2. aclarar en el cálculo de porcentaje de simultaneidad porque no se balancea en cuanto 12 puntos de uso y en la calificación de desempeño del manifold por que se realizaron las pruebas con 130 puntos de uso.	¿Por que? 1. No es claro en el informe de calificación de diseño la corrección de altura y presión. 2. En el hospital en 12 puntos de uso se cuenta con dos temas para el mismo rubrico a sala (doble y pared) puntos dobles. ¿Por que? 1. La información de corrección de altura y presión de encuesta incompleta 2. Para probar el servicio adecuadamente en un requerimiento de diseño de instalación, sin embargo si no se realiza de forma simultánea	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	27. Aclarar en el informe que en el en el hospital existen 12 puntos de uso con dos temas que el mismo cubriculo a sala (doble y de pared) puntos dobles y que su uso no se realiza de forma simultánea	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Actualizar el documento 03AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA DE AIRE MEDICINAL BOGOTA donde alcance a los parámetros de ajuste de altura y presión en el Plan maestro de validación 2. Solicitar al proveedor de validaciones Adenda al documento de calificación de diseño y calificación de desempeño del manifold, respecto a los 12 puntos de uso dobles	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
29	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP14. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto no se presentaron protocolos de calificaciones (Diseño, Instalación, Operación y Desempeño) y validaciones de metodologías analíticas software, así mismo, no se presentaron datos primarios para las calificaciones y validaciones anteriormente mencionadas	¿Por que? Porque no se tenían documentado los protocolos de las calificaciones del proceso de Validación para la Producción de Aire Medicinal ¿Por que? Porque no se tenía contemplado documentado en el Plan Maestro de Validación ¿Por que? Porque se creyó suficiente con documentar las generalidades establecidas en el Plan Maestro de Validación	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	29. Documentar como requisito exigible y habilitante al proveedor la presentación de los protocolos de calificaciones y validaciones a desarrollar en el HUIS.	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Actualizar el documento 03AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA DE AIRE MEDICINAL BOGOTA donde alcance a los requisitos para el cumplimiento de los protocolos exigibles y habilitantes al proveedor	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
30	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP15. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto durante la revisión de validación de metodología analítica de monometano de carbono se evidencia que para determinar la exactitud, en la medición 4.65ppm supera el criterio de aceptación y el mismo no fue analizado, así mismo, no se evalúa especificidad del método.	¿Por que? La especificación tiene para la producción de aire medicinal en sitio por compresor es de 10ppm en este punto si se requiere exactitud con una confianza del 95%, más no en el de 5ppm. No se consideró si el dato crítico en la determinación de exactitud dado que se considero para la determinación de linealidad. ¿Por que? Sin embargo en el informe de calificación no se realizó análisis de dato 4.65ppm que supera el criterio de aceptación para la determinación de exactitud	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	30. Aclarar en el informe de calificación análisis del dato 4.65ppm que supera el criterio de aceptación para la determinación de exactitud	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Solicitar al proveedor de validaciones Adenda al documento de calificación en cuanto a análisis del dato 4.65ppm que supera el criterio de aceptación para la determinación de exactitud	Adenda al documento	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
31	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	1402/2018	OP16. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto no se evidencian los sensores utilizados para la prueba y no se encuentran datos primarios.	¿Por que? Porque no se tenía documentado los protocolos de las calificaciones del proceso de Validación para la Producción de Aire Medicinal ¿Por que? Porque no se tenía contemplado documentado ya que este proceso lo realiza un tercero ¿Por que? Porque no se creyó suficiente con documentar las generalidades establecidas en el Plan Maestro de Validación	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	31. Aclarar en el informe de calificación incluyendo la determinación de la capacidad del proceso para los parámetros de monometano de carbono y punto de rocío	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Solicitar al proveedor de validaciones Adenda al documento de calificación que incluya la determinación de la capacidad del proceso para los parámetros de monometano de carbono y punto de rocío	Adenda al documento	1402/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
32	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	15/02/2018	OP17. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto se evidencian que la prueba donde se encuentran almacenados los tubos colorimétricos presenta resultados por fuera de especificación para distribución de temperatura, así como no se evidencian los sensores utilizados para la prueba y no se encuentran datos primarios.	¿Por que? La metodología empleada para la certificación de la prueba no es óptima ¿Por que? No se ve exige una metodología específica al proveedor por parte del hospital ¿Por que? No se tiene documentado requisitos exigibles y verificación respecto a la prueba	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	32. Documentar requisitos para la calificación de pruebas en el Plan Maestro de Validación	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Actualizar el documento 03AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA DE AIRE MEDICINAL BOGOTA donde alcance a los requisitos para la calificación de pruebas y verificación de los sensores	1. Documento en la Intranet 2. Registro de socialización al personal principal de gases medicinales	15/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA
33	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	15/02/2018	OP18. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto durante la simulación de alarmas por caída de presión y punto de rocío no se evidencian la activación de estas variables en la alarma manual ubicada en el servicio de urgencias.	¿Por que? 1. la alarma de otro punto para activarse tiene que ir desde -40°C hasta 4°C 2. No se identifico que la alarma de presión habia salido de especificaciones ¿Por que? 1. a pesar de estar apagado el vocador el prefloro de vocado retiene humedad la cual demora la salida de especificación 2. El sumeitor por manifold habia mantenido el sistema sin caídas de presión	ACEPTABILIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	33. Buscar una alternativa mas rápida para realizar la prueba GP 34. Aumentar la frecuencia de revisión de las alarmas manuales	5	5	5	100	No tiene	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Realizar la prueba de alarma de DP empujando la extensión del analizador a una gata de agua 2. Realizar mantenimiento correctivo de alarma de baja presión 3. Aumentar la frecuencia de revisión de alarmas	Vídeo de activación de alarma	15/02/2018	16/02/2018	1. Líder de Farmacia y Químico Farmacéuticos	Cumplimiento de BPM al 100%	100%	SI	CERRADA

7	AUDITORIA CONTROL INTERNO	28/02/2018 06/03/2018	20. Adicionalmente. Cuando se realice el registro contable, registrados en el plan de cuentas y de debe haberse actualizado, indicando el registro de origen y detallando todos los documentos soporte pertinentes. (Informe Control Interno Contable)	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Migración	5. Caracterizar un Sistema de información integral, eficiente y eficaz.	7. Elaborar un protocolo para evitar la absoluta identificación de los registros de los registros contables que se va a utilizar. (Implementar)	5	5	3	5	Indicador o múltiples soporte en registros contables	CP	GESTION POR PROCESOS - CREENCE VALOR	1. Elaborar y publicar protocolo para la identificación adecuada de registros por registros contables. Meta: 100% No. de actividades realizadas/ No. total de actividades a realizar/100	09/07/2018	31/12/2018	Subdirector de Contabilidad	Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera actualizando los anexos y actualizando los que se requieren para tener un mayor nivel de detalle de los actividades que se detallan en el proceso.	0%
8	AUDITORIA CONTROL INTERNO	06/03/2018	21. El proceso de gestión financiera como proceso integrador de la información financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Saramba, en el desarrollo de los hechos económicos, sociales, ambientales, deberá garantizar la integridad de la información para que cumple con todos los requerimientos de reconocimiento, medición y reconocimiento; medición y presentación. (Informe Control Interno Contable)	CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Migración	4. Lograr la auto-sostenibilidad financiera por iniciativa de la unidad de servicios en el modelo plane y en el cargo para la sostenibilidad financiera que le permita sobrevivir.	4. Elegir a los servidores públicos que generen los hechos económicos en los procesos de la E.S.E. No necesidad de transformación de información y los servidores con los cuales debe generarse la información, para garantizar el soporte oportuno y preciso de la información a través del sistema institucional (Sistema de Control Interno Contable).	3	5	5	5	Negativo o no registrar requerimientos de soporte de información	OP	ARTICULACION	1. Solicitar a los servidores públicos generadores de los hechos económicos el plan de sostenibilidad contable. 2. Una (1) Comunicación con solicitud remitida a la información para ser elaborada en los Estados Financieros de la entidad. 3. Solicitar inclusión de informaciones del informe de control interno contable en los planes de mejora a cada proceso. 4. Solicitar monitoreo de la inclusión de los documentos en los planes de mejora. Meta: 100% No. de actividades realizadas/ No. total de actividades a realizar/100	09/07/2018	31/12/2018	Director Financiero Subdirector de Contabilidad	Monitoreo un flujo de información actualizado de los anexos hacia el proceso de gestión financiera de la E.S.E. para un registro más completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.	80%
9	AUDITORIA CONTROL INTERNO	26/03/2018 06/03/2018	24. La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. 25. Establecimiento de un sistema de costos directos y subdirectos con la producción de los servicios en la E.S.E. y categorizado y nivelado para que permita asignar a la gestión y tener decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución de trabajo, es decir, cumplir el costo real de los servicios de los costos controlados que hay en los costos por algunos servicios en la E.S.E. Registrar información de la Saramba. Establecer los costos controlados de un sistema de costos según acuerdo a las necesidades. Solución y fortalecimiento del proceso de gestión documental. (Informe Control Interno Contable)	EFICIENCIA	Gestión del riesgo	Migración	4. Lograr la auto-sostenibilidad financiera por iniciativa de la unidad de servicios en el modelo plane y en el cargo para la sostenibilidad financiera que le permita sobrevivir.	6. Continuar con el mejoramiento en la inclusión de costos por producto (MPD)	5	5	5	5	Exposición de servicios por declaraciones financieras obligatorias que genera el ingreso que genera el servicio	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS - BEN COMON	1. Solicitar a la oficina Asesora de Planeación y generar un estado de avance para la producción en el sistema de costos con el fin de generar información. 2. Documento con la información de 10 unidades de negocio. 3. Documento de sostenibilidad. 4. Documento de sostenibilidad. Meta: 100% No. de actividades realizadas/ No. total de actividades a realizar/100	09/07/2018	31/12/2018	Subdirector de Contabilidad Profesional encargado sostenibilidad costos	Del control del mejoramiento en la inclusión de costos por producto institucional	10%
10	AUDITORIA CONTROL INTERNO	06/03/2018	Verificado el TUC, como herramienta de análisis de la E.S.E. en el momento del proceso contable, los indicadores (previstos) en los Estados Financieros, no se encuentran publicados. Se recomendó que el TUC, como herramienta de gestión, medición y análisis de los hechos de la E.S.E., contenga los índices e indicadores de la caracterización del proceso de gestión financiera para los Estados Financieros de manera general, en el desarrollo específico y control social. Indicadores mínimos de carácter contable y financiero que permitan representar la gestión de la E.S.E. Se recomendó que en cada proceso se deben tener publicados los indicadores de sostenibilidad publicados en el TUC. (Informe Control Interno Contable)	CONTINUIDAD	Gestión de la Tecnología	Migración	4. Lograr la auto-sostenibilidad financiera por iniciativa de la unidad de servicios en el modelo plane y en el cargo para la sostenibilidad financiera que le permita sobrevivir.	10. Resolver los problemas que se resquebrajan para la publicación de los indicadores financieros en la herramienta TUC. (Anexo 2)	3	5	5	5	Incompleta en el cargo de indicadores	OP	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACION	1. Solicitar capacitación con el fin de especificar acciones por implementar en los Estados Financieros. 2. Programar reuniones con los responsables del cargo de la información para diligenciar fichas de sustentación. 3. Realizar fichas de sustentación en el sistema de costos. 4. Indicadores Financieros publicados en el TUC. Meta: 100% No. de indicadores financieros publicados/ No. total de indicadores financieros a publicar	09/07/2018	31/12/2018	Director Financiero Subdirector de Contabilidad Ejército de trabajo proceso de gestión financiera	Información diligenciada en el TUC de los indicadores financieros.	50%
11	OTRAS	26/06/2018	a. Contabilidad. Contabilidad vs Modelo de Activos Fijos. En revisión efectuada al proceso contable manual que debe realizarse el área contable del Hospital entre el modelo de activos fijos y los registros contables, evidenciamos que durante el año no se ha elaborado dicho controlador, adicionalmente, la sustentación en diciembre de 2017 no muestra una respuesta en la forma de un modelo contable, y no muestra las diferencias, debido a que el modelo de activos fijos viene presentando diferencias, y los registros no están controlados. Al realizar el comparativo entre el modelo de activos fijos y contabilidad al 31 de marzo de 2018 evidenciamos diferencias por \$14.215.075.555. Sobre estas diferencias se hacen recibidos explicaciones por parte de la administración. Confirmamos que el sistema contable presentaría diferencias en los inventarios de administración. Con esto 31 de marzo y por validación de los inventarios físicos, contabilizados diferentes al comparativo de valores entre el modelo de activos fijos y contabilidad, presentando diferencias por \$5.757.350.654. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. - Verificar y depurar los registros del sistema, tanto del modelo contable como el de activos fijos. - Corregir las inconsistencias en la validación de los activos (valor razonable). - Es fundamental asegurar mediante revisión de control, que la información que llega al modelo de activos fijos sea consistente con el inventario físico y con el modelo de los registros contables bajo el nuevo marco normativo. (Informe No. ADM - JUNIO 2018 Revisión FISCAL)	SEGURIDAD	Gestión del riesgo	Seguro	5. Caracterizar el Sistema de información integral, eficiente y eficaz.	11. Adicionar conclusión de la información relevante en los modelos de activos fijos y el modelo de información financiera NIF con apoyo técnico del área de sistemas e fin de establecer la sustentación de sustentación para identificar y implementar ajustes. (Implementar)	5	5	5	5	Indicador económica en ajustes identificados	AC	GESTION POR PROCESOS - CREENCE VALOR	1. Realizar conciliación entre Estado de Activos Fijos NIF, en el modelo de información financiera NIF, con el modelo de información financiera NIF, con el modelo de información financiera NIF. 2. Saber hora de haber conciliado una empresa de prueba en OCA NIF por necesidades NIF para revisión y posterior incluir en empresa de prueba. 3. Realizar el proceso de conciliación entre el modelo de activos fijos y el modelo de información financiera NIF. Meta: 100% Total de activos corregidos por necesidades NIF/ Total de activos reportados en necesidades NIF	28/06/2018	31/12/2018	Subdirector de Contabilidad Fisico de Activos Fijos de inventario Subdirector de Sistemas	Realizar un flujo de información actualizado de los anexos hacia el proceso de gestión financiera de la E.S.E. para un registro más completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.	50%
12	OTRAS	26/06/2018	- Si revisamos el valor registrado de la depreciación acumulada observamos que al multiplicar el número de meses depreciados por el valor de la depreciación mensual hay diferencias como se muestra en los dos últimos columnas del cuadro anterior. - En varios casos se muestran activos totalmente depreciados, sin embargo al hacer el cálculo el valor de la depreciación es mayor al valor histórico o valor razonable del activo. c. Cálculo de la Depreciación. En revisión efectuada al cálculo mensual de la depreciación, observamos que los valores determinados como depreciación mensual no son el resultado de la aplicación adecuada de la ley física y procedencia adecuada para el cálculo como se observa en el Anexo 1. Como se indican antes, el reporte no muestra el valor base utilizado para calcular la depreciación, entonces las necesidades de ajustes pueden ser diferentes por el valor base. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. - Corregir las inconsistencias que existen en sus diferentes variables, para asegurar o garantizar el correcto cálculo de la depreciación mensual y la depreciación acumulada. Debido a que el sistema está generando valores incorrectos, el valor base reportado para el cálculo de la depreciación, el registro contable y el procedimiento de cálculo no es el adecuado para el cálculo del valor base utilizado para calcular la depreciación, entonces las necesidades de ajustes pueden ser diferentes por el valor base. (Informe No. ADM - JUNIO 2018 Revisión FISCAL)	PERSISTENCIA	Gestión del riesgo	Seguro	5. Caracterizar el Sistema de información integral, eficiente y eficaz.	12. Hacer una validación de los cálculos de depreciación que se han efectuado en el modelo de información financiera NIF, al fin de establecer la sustentación de sustentación para identificar e implementar ajustes. (Implementar)	5	5	5	5	Indicador económica en ajustes identificados	AC	GESTION POR PROCESOS - CREENCE VALOR	1. Realizar una conciliación de todos los activos fijos reportados en el modelo de activos fijos entre el valor depreciado mensual y el valor depreciado acumulado en el modelo de información financiera NIF, con el modelo de información financiera NIF, con el modelo de información financiera NIF. 2. Identificar el impacto de los ajustes que se requieren a reportar de acuerdo con el proceso de conciliación. 3. Elaborar y presentar un informe con el resultado de los análisis efectuados para decisiones de gestión e respuesta. Meta: 100% Total de depreciación acumulada de activos fijos/ Total de depreciación acumulada de activos fijos en el proceso de conciliación	13/07/2018	31/12/2018	Subdirector de Contabilidad	Realizar un flujo de información actualizado de los anexos hacia el proceso de gestión financiera de la E.S.E. para un registro más completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.	20%

13	AUTOCONTROL	2009/2018	En el proceso de autoevaluación institucional en las condiciones para establecer la relación docencia - servicio de modo de realización de las prácticas. Temas: - Escenarios de práctica, se verificó en el grupo focalizado que existe desconocimiento frente a la aplicabilidad de los contenidos elaborados con fines propedéuticos en la institución, además de identificar hoy una deficiencia en el documentación que de apoyo a otros. Condición 3. Existe un control de costos y rubros propedéuticos en los escenarios de práctica diseñados en forma exclusiva al adecuado funcionamiento de la relación docencia servicio. Condición 25. Existe evidencia de la ejecución programada de los rubros programados para el funcionamiento de la relación docencia servicio. (Proceso autoevaluación Hospital (Inventariado))	¿Porqué? No existe un control de costos y rubros propedéuticos en los escenarios de práctica diseñados para el adecuado funcionamiento de la relación docencia - servicio. ¿Porqué? Los fundamentos para la elaboración de presupuesto en los Escenarios Sociales del Estado abarcan rubros específicos en los que cada uno se identifica. ¿Porqué? Al identificarse se diseñaron en los rubros escenarios servicios personales, materiales y materiales, respectivamente, así y se controla por control de costos controlado pero no se ha hecho evidente en el formato participativo en los rubros generados.	PERTINENCIA	Gestión clínica docente y segura (Organizado del presupuesto)	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia Investigativa que impacte en la formación de los estudiantes de los cursos de grado que se cursan en los procesos de enseñanza aprendizaje en el proceso de gestión financiera para aplicación de pago y distribución de costos por contabilidad en la relación docencia - servicio e investigación. (Documentar)	2. Documentar y socializar el protocolo de aplicación de comprobaciones de autorización con los que se deben cubrir los documentos de respaldo de los recursos que se solicitan en el proceso de gestión financiera para aplicación de pago y distribución de costos por contabilidad en la relación docencia - servicio e investigación. (Documentar)	5	5	3	6	OP	ARTICULACION	1. Elaborar el protocolo para la aplicación de comprobaciones con autorización. 2. Realizar la socialización del procedimiento con su respectiva medición de adherencia.	1. Un (1) Protocolo elaborado y publicado. 2. Una (1) Socialización con encuesta de medición de adherencia. Más: 70% del total de encuestas de medición de adherencia enviadas respondidas con análisis de resultados.	2009/2018	31/12/2018	Subdirector Educación Médica Subdirector de Contabilidad	¿Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la institución.	0%
14	AUDITORIA CONTROL INTERNO	2012/2011	Revisar los procedimientos cobrados y cambiar procedimientos del actual por cada una de los servidores públicos que reciben manejo y custodia de bienes públicos. (Auditoria Agosto 2017)	¿Porqué? No se dispone en los procedimientos existentes del actual de cada una de los servidores públicos que reciben, manejan y custodian bienes públicos. ¿Por qué los procedimientos actuales no encuentran diseñados para el hacer no para el hacer? ¿Porqué? los acciones del actual no definen mediana prácticas y se usó uno específico para cada caso?	CONTINUIDAD	Gestión del riesgo	Megaproyecto	4. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios, en el rubro de planes y en el rubro de planes que se permite renovar.	14. Identificar las acciones que deben cumplir el protocolo de recepción, manejo y custodia de bienes públicos en caja, elaborando y socializar con los responsables de caja. (Documentar)	3	5	3	4	OP	PLANEACION - ESTRATEGICA	1. Elaborar y publicar protocolo para la recepción, manejo y custodia de bienes públicos en caja. 2. Socializar protocolo a los responsables del manejo de bienes públicos en caja.	1. Un (1) Protocolo elaborado y publicado. 1. Una (1) Socialización del protocolo. Más: 100% Total de arcos de caja de subarbitros en formato en caja Total arcos de caja documentados.	01/01/2018	31/12/2018	Líder de Innovación	¿Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la institución.	0%
15	AUDITORIA CONTROL INTERNO	2012/2011	Controlar herramientas para el manejo, custodia y seguridad de los bienes públicos recibidos de los visitantes en consulta externa de la S.S. Hospital Universitario de la Samaritana. (Auditoria Agosto 2017)	¿Porqué? No existen herramientas para el manejo, custodia y seguridad de los bienes públicos en caja de consulta externa. ¿Porqué? No se existe un sistema de inventario diseñado específicamente para uso de los visitantes. ¿Porqué? No se ha implementado la necesidad de tener estos registros, con mejores condiciones de seguridad.	SEGURIDAD	Gestión del riesgo	Seguro	4. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios, en el rubro de planes y en el rubro de planes que se permite renovar.	15. Usar con cajas fuertes los áreas de caja de consulta externa para registrar la seguridad en el manejo y custodia de los bienes recibidos. (Implementar)	5	3	3	6	OP	GESTION POR PROCESOS - CREACION DE VALOR	1. Solicitar en la Dirección Administrativa recursos para la adquisición de cajas fuertes para estar en las áreas. 2. Adquirir y entregar las cajas fuertes a los responsables de caja en consulta externa. 3. Verificar el uso de las cajas fuertes cuando se realicen visitas.	1. Una (1) Seguridad de recursos. 2. Un (1) Documento de entrega. 1. Una (1) Nota en formato de anexos con verificación. Más: 100% No de actividades realizadas/ No. total de actividades a realizar "100"	01/01/2018	31/12/2018	Líder de Innovación	¿Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la institución.	20%
16	AUDITORIA CONTROL INTERNO	2012/2011	Optimizar el uso de una de las cajas fuertes que se encuentran en la caja de seguridad. (Auditoria Agosto 2017)	¿Porqué? No se encuentra optimizado el uso de las cajas fuertes en general? ¿Porqué? No se ha verificado la funcionalidad de las cajas en esa área. ¿Porqué? Brava mucho tiempo allí y no se ha implementado su uso.	SEGURIDAD	Gestión del riesgo	Seguro	4. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios, en el rubro de planes y en el rubro de planes que se permite renovar.	16. Verificar cuál es la funcionalidad de las cajas fuertes en el área de caja de seguridad e identificar los roles que se le puede dar a roles para garantizar un adecuado manejo y custodia de los bienes públicos. (Implementar)	5	3	3	6	OP	GESTION POR PROCESOS - CREACION DE VALOR	1. Realizar verificación del uso actual que se le da a las cajas fuertes. 2. Realizar el protocolo de recepción, manejo y custodia de bienes públicos en caja, en caso que debe darse a las cajas fuertes en general.	1. Un (1) Documento de verificación. 2. Un (1) Protocolo elaborado y publicado. Más: 100% No de actividades realizadas/ No. total de actividades a realizar "100"	01/01/2018	31/12/2018	Líder de Innovación	¿Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la institución.	0%



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA
GESTION DE CALIDAD
PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP



IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESPONSION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS				
PROCESO	FASILLADO	NOMBRE	FECHA	DESCRIPCION DE LA SITUACION, INDICADOR Y/O BARRERA	REGISTRO DE LA CAUSA RAIZ DEL INDICADOR	NIVEL DE CALIDAD (NORMAS)	EJE DE LA ACCION/ACCIONES	MODALIDAD ACCIONES	OBJETIVO ESTRATEGICO (INDICADOR)	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	INDICACIONES ACCIONES DE MEJORA				TIPO DE ACCION	ANEXO RESPONSABLE	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE DESARROLLO	INDICADORES COMPLETOS DE LA ACCION	FECHAS PROGRAMADAS	FECHAS TERMINADAS (MENSUAL)	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR DE CALIDAD, O INDICADOR DE RESULTADO	INDICADOR DE EFICACIA	INDICADOR DE COSTE
											INDICADOR	FECHA	FECHA	FECHA										
HOSPITALIZACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	MEJORA DE GESTION	30/10/2015	El indicador de Glos Lumen, presenta dos valores y generamos seguimiento por alertas.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Oportunidad	Control de Calidad del paciente	Oportunidad	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	Debe asegurarse que se preparen por el responsable del indicador de glos Lumen.	1	1	1	OP	PLANIFICACION - ESTADISTICA	1. Controlar el estado de cumplimiento de EPCs y alertas de los indicadores de Glos Lumen. 2. Realizar seguimiento de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Asegurar la adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad.	1. Subindicador: adherencia y seguimiento de EPCs. 2. Subindicador: adherencia y seguimiento de alertas de Glos Lumen.	01/06/2016 01/06/2016	03/12/2016 03/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	Glos Lumen UCIC/2015: 1,6	80%		
HOSPITALIZACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2	MEJORA DE GESTION	06/06/2015	Existencia del Porcentaje de Mortalidad Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) superior al 10%. Se requiere un seguimiento de la evolución de este indicador.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Control de Riesgo	Controlado en el suceso	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	Debe asegurarse que se preparen y controlen los sueltos indicadores que afectan al indicador de Mortalidad Hospitalaria en la UCI.	3	3	3	OP	ARTICULACION	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 4. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos del comité de mortalidad. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 4. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016 4. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016 4. 06/12/2016	1. Subdirector UCI	Indicador de Porcentaje de Mortalidad Hospitalaria en la UCI (Módulo de Atención de Pacientes)	60%		
HOSPITALIZACION	3	PDPS	01/02/2015	El 10% de los CR recibidos durante el 2015, se realizaron a través de un proceso de atención de enfermería en hospitalización (dependencia de la atención).	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Oportunidad	Atención Centrada en el paciente	Oportunidad	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Realizar el seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización. 2) Realizar el seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización.	3	3	3	AC	ESTADÍSTICA POR PROCESOS / COORDINACIÓN UNIDAD	1. Actualizar, revisar y implementar el "Procedimiento de Atención de Enfermería en Hospitalización". 2. Realizar el seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización. 3. Realizar el seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización.	1. Procedimiento actualizado y publicado en el Sistema de Gestión Documental. 2. Seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización. 3. Seguimiento de la evolución de la atención de enfermería en hospitalización.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Subdirectora de Enfermería	1. Número de seguimientos realizados a la causa de fallecimiento de enfermería en hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	30%		
HOSPITALIZACION	4	PDPS	01/02/2015	El 10% de los CR recibidos durante el 2015, con un indicador de calidad y bajo en el área.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Atención Centrada en el paciente	Controlado en el suceso	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	AC	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Subdirectora de Enfermería	1. Número de seguimientos realizados a la causa de fallecimiento de enfermería en hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	30%		
HOSPITALIZACION	5	PDPS	04/02/2015	El 10% de los CR recibidos durante el 2015, con un indicador de calidad y bajo en el área.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Oportunidad	Atención Centrada en el paciente	Oportunidad	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	AC	ESTADÍSTICA POR PROCESOS / COORDINACIÓN UNIDAD	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Subdirectora de Enfermería	1. Número de seguimientos realizados a la causa de fallecimiento de enfermería en hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	30%		
HOSPITALIZACION	6	PDPS	04/02/2015	El 10% de los CR recibidos durante el 2015, con un indicador de calidad y bajo en el área.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Control de Riesgo	Seguro	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	AC	UNIDAD DE CALIDAD / AL BARRIO CALIDAD	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Subdirectora de Enfermería	1. Número de seguimientos realizados a la causa de fallecimiento de enfermería en hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	30%		
HOSPITALIZACION	7	OTRAS	27/04/2015	Existencia de fallos en la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Control de Calidad del paciente	Seguro	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	OP	LEGISLACIÓN Y TENDENCIAS LEGISLATIVAS	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	1. Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	40%		
HOSPITALIZACION	8	MEJORA DE GESTION / COORDINACIÓN UNIDAD	06/06/2015	Se encuentra disfuncionada una de las unidades de enfermería y se requiere un seguimiento de la evolución de este indicador.	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Oportunidad	Atención Centrada en el paciente	Oportunidad	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	OP	PLANIFICACION - ESTADISTICA	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	1. Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	40%		
HOSPITALIZACION	9	AUTOCONTROL	01/04/2015	No se han documentado los programas de promoción y prevención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Atención Centrada en el paciente	Controlado en el suceso	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	OP	PLANIFICACION - ESTADISTICA	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	1. Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	80%		
HOSPITALIZACION	10	OTRAS	01/04/2015	No se ha cumplido con los objetivos de calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Atención Centrada en el paciente	Controlado en el suceso	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	OP	PLANIFICACION - ESTADISTICA	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	1. Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	80%		
HOSPITALIZACION	11	OTRAS	26/03/2015	No se han documentado los programas de promoción y prevención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	1. Falta de adherencia de los colaboradores durante el ingreso y egreso de pacientes a la unidad. 2. Falta de control de la limpieza y mantenimiento de la unidad. 3. Falta de EPCs revisados y comunicados oportunos de los colaboradores.	Seguridad	Control de Riesgo	Seguro	1. Fomentar la Prevención de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas al Módulo de Atención de Pacientes.	1) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria. 2) Definir e implementar estrategias de intervención en atención hospitalaria.	3	3	3	OP	PLANIFICACION - ESTADISTICA	1. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 2. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos). 3. Realizar el análisis de los casos en el comité de Mortalidad (Módulo de Cuidados Intensivos).	1. Actos de intervención y seguimiento. 2. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos. 3. Realización de reuniones para el seguimiento de los casos.	1. 01/04/2016 2. 01/04/2016 3. 01/04/2016	1. 06/12/2016 2. 06/12/2016 3. 06/12/2016	Lider de Primer Asesor de Paciente Hospitalizado	1. Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización (Módulo de Atención de Pacientes)	70%		

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA														DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS		
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION HALLAZGO YO NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DE HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO
											Riesgo	Costo	Volumen	Total												
	1	AUTOCONTROL	05/02/2015	ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS EXISTENTES A LOS NUEVOS FORMATOS	1. PORQUE EL FORMATO DE PROCEDIMIENTO TECNICO SE ACTUALIZO 2. PORQUE SOLO SEAN DOCUMENTADOS LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS EN ESTE FORMATO. 3. PORQUE ES NECESARIO QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS SE ACTUALICEN AL FORMATO INSTITUCIONAL ACTUAL.	CONTINUIDAD	Atención Contrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	ACTUALIZAR, DESPLEGAR Y MEDIR ADHERENCIA A TRAVES DE INDICADORES, EL TOTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS EN LA NUEVA METODOLOGIA DEFINIDA POR EL HUS	5	3	5	75	INADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	OP	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. ACTUALIZAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS AL NUEVO FORMATO 2. SOCIALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS AL PERSONAL DEL PROCESO 3. MEDIR LA ADHERENCIA POR MEDIO DE LOS INDICADORES DE % DE ESTUDIOS REPETIDOS Y % COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS.	1. (23) PROCEDIMIENTOS TECNICOS APROBADOS Y PUBLICADOS EN LA INTRANET 2. ACTAS Y REGISTRO DE SOCIALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS 3. MEDICION DE LA ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS	1. 10/05/2018 2. 05/09/2018 3. 09/10/2018	1. 31/08/2018 2. 20/09/2018 3. 15/11/2018	YAMILÉ ANDREA UBAQUE	% DE ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS	17%		
	2	AUTOCONTROL	12/04/2016	NO SE CUENTA CON LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE RESONANCIA MAGNETICA	1. PORQUE LA MODALIDAD ES NUEVA 2. PORQUE SE DEBEN PARAMETRIZAR LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION DE LA IMAGEN EN EL SISTEMA DEL EQUIPO 3. PORQUE SE DEBEN PALSMAR EN UN DOCUMENTO	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	DOCUMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE RESONANCIA MAGNETICA	3	3	3	27	NO CONTAR CON LINEAMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNETICA	OP	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. CONFIGURACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION Y PROCESAMIENTO DE IMAGEN EN LA MEMORIA DEL EQUIPO. 2. CONTAR CON EL VISTO BUENO DE LOS PROTOCOLOS CONFIGURADOS EN EL EQUIPO POR LOS ESPECIALISTAS. 3. DOCUMENTAR LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS EN LA PLATAFORMA INSTITUCIONAL.	1. PROTOCOLOS CON SECUENCIAS POR CADA TIPO DE ESTUDIO PARAMETRIZADOS EN LA MEMORIA DEL EQUIPO 2. ACTA DE TERMINACION DE LA CONFIGURACION DE LOS PROTOCOLOS DE RESONANCIA MAGNETICA CON VISTO BUENO DE LOS ESPECIALISTAS. 3. DOCUMENTACION DE LOS PROTOCOLOS EN LA INTRANET. 4. SOCIALIZACION DE LOS DOCUMENTOS EN EL SERVICIO	1. 22/02/2018 2. 23/03/2018 3. 09/05/2018 4. 03/10/2018	1. 23/03/2018 2. 12/04/2018 3. 24/08/2018 4. 30/10/2018	YAMILÉ ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	N/A	50%		
	3	AUTOCONTROL	09/03/2016	MEDIR LA ADHERENCIA AL MANUAL DE CALIDAD DE IMAGEN	PORQUE YA SE REALIZO LA IMPLEMENTACION. PORQUE YA SE INCLUYERON LAS VARIABLES EN EL SISTEMA PORQUE ES NECESARIO IDENTIFICAR EN NIVEL DE ADHERENCIA.	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	MEDIR LA ADHERENCIA AL MANUAL DE CALIDAD DE IMAGEN EN IMAGENES DIAGNOSTICAS	5	5	3	75	NO IDENTIFICAR LA CAUSA DE RETOMA DE LOS ESTUDIOS	AP	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. APLICAR EVALUACION DE ADHERENCIA AL MANUAL ALIMENTACION EN LOS PUNTOS CLAVE 2. SEGUN RESULTADOS DEFINIR ESTRATEGIAS DE RETRO ALIMENTACION.	1. RESULTADOS DE LA EVALUACION A LA ADHERENCIA. 2. SOPORTES DE RETROLALIMENTACION.	1. 10/05/2018 2. 23/08/2018	1. 30/07/2018 2. 28/09/2018	YAMILÉ ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	RESULTADO DEL INDICADOR DE % DE ESTUDIOS REPETIDOS EN TUCl	0%		
	4	PQRS	30/03/2017	demora en la respuesta telefonica para la solicitud de procedimientos ambulatorios.	1. Las indicaciones de preparacion del procedimiento a realizar a los pacientes ambulatorios que se comunican telefonicamente y presencialmente se realiza en un tiempo aproximado de 15 minutos. 2. Se cuenta con un colaborador para realizar esta actividad 3. Solo se llene una linea telefonica para atender la demanda de pacientes ambulatorios para la asignacion de citas.	OPORTUNIDAD	Conciliar con el líder del call center la posibilidad de apoyar a radiología para la asignación de citas ambulatorias	Contrato en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Conciliar con el líder del call center la posibilidad de apoyar a radiología para la asignación de citas ambulatorias	3	5	5	75	REPUETA INOPORTUNA A LOS USUARIOS QUE SE COMUNICAN TELEFONICAMENTE	OP	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Implementación de las actividades planteadas Producto de la reunion con el líder de Call Center. 2. Fortalecer con un recurso humano adicional la respuesta telefonica ambulatoria.	1. Implementación de actividades planteadas 2. recurso Humano Disponible	1. 08/02/2018 2. 08/02/2018	1. 13/06/2018 2. 13/06/2018	YAMILÉ ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	No. De quejas y reclamos asociados a la causa de demora respuesta telefonica. Total quejas y reclamos presentadas en el trimestre y se compara con el dato del trimestre anterior.	50%		
	5	SEGURIDAD DEL PACIENTE		INYECCION DE MEDIO DE CONTRASTE A PACIENTE CON ANTECEDENTE DE REACCION ALERGICA	PORQUE NO HUBO UNA COMUNICACION EFECTIVA ENTRE EL EQUIPO DE TRABAJO PORQUE HUBO UN EXCESO DE CONFIANZA PORQUE NO SE RESPATARON LAS BARRERA DE SEGURIDAD NI EL PROTOCOLO.	SEGURIDAD	Atención Contrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	FORTALECER LA IDENTIFICACION DEL RIESGO DE ALERGIAS AL INTERIR DEL SERVICIO.	5	5	5	125	POCA ADHERENCIA DEL PERSONAL	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. SOCIALIZACION DE PAQUETE INSTRUCCONAL DE IDENTIFICACION CORRECTA. 2. ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE 3. SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE. 4. FORTALACER LA IDENTIFICACION DEL RIESGO DE ALERGIAS POR MEDIO DE ALERTA VISUAL EN EL SISTEMA DE INFORMACION RIS.	1. SOPORTE DE SOCIALIZACION PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION CORRECTA. 2. DOCUMENTO ACTUALIZADO Y PUBLICADO EN INTRANET. 3. SOPORTE DE SOCIALIZACION PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE. 4. ALARMA DISPONIBLE EN EL SISTEMA RIS.	1. 27/04/2018 2. 3/05/2018 3. 12/08/2018 4. 13/09/2018	1. 10/05/2018 2. 9/08/2018 3. 23/10/2018 4. 7/12/2018	YAMILÉ ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	NUMERO DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE A PACIENTES CON ANTECEDENTES	75%		
	6	SEGURIDAD DEL PACIENTE		SE REPORTA REPETITIVAMENTE POR NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PAEINTE FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE RX PORTATIL EN NEONATOS	NO SE PRESTA LA ASISTENCIA A LA TOMA DE LOS ESTUDIOS PORTATILES OPORTUNAMENTE, LOS CANALES DE COMUNICACION NO SON EFECTIVOS LOS ESTUDIOS DE LOS NEONATOS CUANDO PASAN A SU NOMBRE NO MIGRAN AL RIS	OPORTUNIDAD	Atención Contrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	DESARROLLAR L AINTERFAZ QUE PERMITA LA MIGRACION DE LOS ESTUDIOS DE DINAMICA GERENCIAL A RIS CUANDO ESTOS CAMBIAN A SU PROPIA IDENTIFICACION	5	5	5	125	NO CONTAR CON LA APROBACION PARA EL DESARROLLO DE L AINTERFAZ	C	ARTICULACION	1. ELEVAR LA PETICION AL COMITE DE HISTORIAS CLINICAS. 2. REALIZAR EL REQUERIMIENTO DE LA MIGRACION DE LAS ORDENES DE LOS NEONATOS QUE CAMBIAN A SU IDENTIFICACION AL SISTEMA RIS. 3. IMPLEMENTACION DE LA MIGRACION DE LAS ORDENES DE LOS NEONATOS CON SU PROPIA IDENTIFICACION.	1. REPORTE DE LA NOVEDAD DE MIGRACION PARA SER LLEVADA A COMITE DE HISTORIAS CLINICAS 2. SOPORTE DEL REQUERIMIENTO A SISTEMAS DE INFORMACION HUS 3. MIGRACION DE LAS ORDENES DE NEONATOS CUANDO CAMBIAN A SU IDENTIFICACION AL SISTEMA RIS	1. 02/05/2018 2. 04/07/2018 3. 08/08/2018	1. 14/06/2018 2. 30/07/2018 3. 12/09/2018	SUBDIRECCION DE SISTEMAS COORDINACION IMAGENES DIAGNOSTICAS	TIEMPO DE OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE RX PORTATIL PARA LA UNIDAD DE NEONATOS	67%		

7	SEGURIDAD DEL PACIENTE	15/04/2017	REPORTE DE EXTRAVASACION DE MEDIO DE CONTRASTE EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1. FALLAS EN LOS EQUIPOS PARA LA INYECCION 2. EQUIPO DE UN SOLO CABEZAL 3. NO SE CUENTA CON LISTA DE VERIFICACION DE LOS PASOS PARA LA INYECCION DE MEDIOS DE CONTRASTE .	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	IMPLEMENTAR LISTAS DE CHEQUEO EN LA ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE	5	4	4	80	NO IDENTIFICACION DE FALLAS EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	AC	PLANEACION – ESTRATEGIA	1. DOCUMENTAR LISTAS DE CHEQUEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE 2. REALIZAR LA SOCIALIZACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO AL INTERIOR DEL SERVICIO. 3. IMPLEMENTAR LA LISTA DE CHEQUEO EN LA MODALIDAD DE TOMOGRAFIA 4. MEDICION DEL IMPACTO POR MEDIO DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADAS.	1. LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTADA. 2. LISTA DE CHEQUEO SOCIALIZADA 3. LISTA DE CHEQUEO IMPLEMENTADA. 4. NUMERO DE NOVEDADES DE SEGURIDAD POR EXTRAVASACION DE MEDIOS DE CONTRASTE REPORTADAS .	1.05/06/2018 2.11/09/2018 3.28/09/2018	1.30/08/2017 2.28/09/2018 3.15/09/2018	YAMILE ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	NUMERO DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DE PACIENTE RELACIONADAS CON EXTRAVASACION DE MEDIOS DE CONTRASTES IV			
8	AUDITORIA INTERNA HSEQ	21/03/2018	No cumple con el requisito 4.1 Comprensión de la organización y su contexto NO CUENTA CON UNA METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DEL CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO QUE PERMITA AL SERVICIO ANALIZAR LAS VARIABLES QUE AFECTEN LA CAPACIDAD DE LACANZAR LOS RESULTADOS	NO SE CUENTA CON EL FORMATO INSTITUCIONAL DE MATRIZ DOFA PORQUE NO SE PRIORIZO LA CONTRUCCION DE LA MATRIZ DOFA PORQUE NO SE CUENTA CON UNA PLANEACION ESTRATEGICA A PARTIR DE UN ANALIS DOFA .	COMPETENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	DISENAR UNA PLANEACION ESTRATEGICA DE ACUERDO AL ANALISIS DOFA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS .	5	3	5	75	QUE NO SE LOGRE UN ARTICULACION ACERTIVA CON LA PLANEACION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	OP	PLANEACION – ESTRATEGIA	1. REALIZAR MATRIZ DOFA Y SU ANALISIS. 2. DISENAR UNA PLANEACION ESTRATEGICA DE ACUERDO AL ANALISIS REALIZADO . 3. INCLUIR LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA PACTADAS EN EL PUM .	1. MATRIZ DOFA REALIZADA Y ANALIZADA . 2. PLANEACION ESTRATEGICA DOCUMENTADA . 3. INCLUSION DE ACTIVIDADES ACORDADAS EN PLAN DE MEJORA	1.09/4/2018 2.08/09/2018 3.10/12/2018	1.23/08/2018 2.4/12/2018 3.18/02/2019	YAMILE ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	PLANEACION ESTRATEGICA PUBLICADA EN INTRANET	10%		
9	AUDITORIA INTERNA HSEQ	21/03/2018	No cumple con el requisito 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas NO TIENE DEFINIDA LA METODOLOGIA D IDENTIFICACION DE NECESIDADES EN CADA UNA DE LAS PARTES INTERESADAS DEFINIDAS EN LA CARACTERIZACION DEL PROCESO	PORQUE NO SE TIENE UNA METODOLOGIA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES DEFINIDA INSTITUCIONAMENTE . PORQUE LA CARACTERIZACION SE ENCUENTRA DESACTUALIZADA PORQUE NO SE HA DEFINIDO UNA METODOLOGIA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES PARA LOS	COORDINACION	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	INCLUIR DENTRO DE LA PLANEACION ESTRATEGICA LA METODOLOGIA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE LOS USUARIOS .	5	3	3	45	QUE SE NO SE REALICE UNA PRIORIZACION DE LAS NECESIDADES .	OP	PLANEACION – ESTRATEGIA	1. ACTUALIZAR LA CARACTERIZACION DEL SERVICIO 2. DEFINIR LA METODOLOGIA PARA LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE LOS USUARIOS 3. DOCUMENTAR LA METODOLOGIA DENTRO DE LA PLANEACION ESTRATEGICA DEL SERVICIO .	1. CARACTERIZACION ACTUALIZADA 2. DOCUMENTACION DE LA METODOLOGIA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES DENTRO DE LA PLANEACION ESTRATEGICA . 3. APLICAR PRUEBA PILOTO DE LA METODOLOGIA DEFINIDA Y ANALIZAR LOS RESULTADOS .	1.05/06/2018 2.05/06/2018 3.2/11/2018	1.26/10/2018 2.26/10/2018 3.29/11/2018	YAMILE ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ	RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DE LA METODOLOGIA PARA IDENTIFICACION DE NECESIDADES EN IMAGENES DIAGNOSTICAS .	10%		

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	5	AUDITORIA INTERNA	20/03/2018	FORTALECER LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y CONTROL DE CAMBIOS	1 PORQUE Cambio de la normatividad vigente de la versión 2008 a 2018 de ISO 9001 2. PORQUE consolidar una matriz de conocimiento de Urgencias 3 PORQUE requerimiento de la Auditoría Interna	competencia	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	MEJORA CONTINUA	Fortalecer la prestación de servicios de salud	9. Actualización la matriz de conocimiento de la norma ISO 9001 2015 como parte de la Auditoría a realizar por el Icofec en relación a la Caracterización del Servicio de Urgencias en lo concerniente a las partes interesadas del proceso 10. Actualizar matriz de comunicaciones para la actualización de la norma ISO 9001 2015 como parte de la Auditoría a realizar por el Icofec	5	4	4	8	NINGUNA	OP	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMÚN	1.-Realizar matriz de conocimiento del servicio, 2.-Matriz de comunicaciones de acuerdo a las partes interesadas en la Caracterización	1. Matriz de conocimiento del servicio 2. Matriz de Comunicación a las partes interesadas	01/05/2018	31/05/2018	Subdirección Urgencias	Meta: contar en la agenda con las matrices elaboradas	100%			
ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	6	OTROS	15/05/2018	Se presentan glosas en la Facturación durante la Atención de Urgencias	1. Falta suministro de información a Urgencias por parte del área de Facturación y Auditoría concuernte sobre las causas de preguisa y glosa	Eficiencia	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	MANEJO INTEGRADO	Lograr autosostenibilidad financiera	11. Definir estrategias de monitoreo y seguimiento a la facturación, causas de preguisa y glosa	5	4	4	8	NINGUNA	OP	ARTICULACIÓN	1. Crear de un ítem para obligatorio dispensamiento de los laboratorio. 2. Socializar al equipo primario Md. Urgencias respecto a las causas asistenciales de preguisa y de glosa. 3. Realizar seguimiento diario del listado de pacientes pendientes por remitir (causas de glosas) 4) Realizar seguimiento de la solicitud de autorizaciones de procedimientos por parte del técnico de autorizaciones de Urgencias. 5. Realizar auditoría concurrente de la utilización del ítem creado por los Md. De Urgencias 6. Analizar los resultados y definir los correctivos a lugar	1. ítem en el sistema 2. Acta de socialización 3. Listado de pacientes pendientes de remitir 4. Acta o Matriz de seguimiento 5. Informe de Auditoría concurrente 6. Acta o informe de análisis de información con la definición de las acciones de mejoramiento	01/06/2018	30/12/2018	Subdirección de urgencias, Dirección de atención al Usuario y Auditoría concurrente	NA	70%			

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS								
				DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERABLE	EJE DE LA ACCION DE MEJORA	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERANDO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (MES/ AÑO)	FECHA DE TERMINACION (MES/ AÑO)	RESPONSABLE DE LA ELECCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO
											Requiere	Costo	Volumen	Total												
ATENCIÓN USUARIO Y SU FAMILIA	1	ACREDITACION	15/01/2015	Fortalecer la prestación del servicio de salud humanizado	1. ¿Por qué? Insatisfacción del usuario a través del SRAI. 2. ¿Por qué? En algunos momentos se evidencia falta de calidad y amabilidad en la atención por el cliente interno y externo. 3. ¿Por qué? Falta de sensibilización y concientización de atención humanizada en el proceso de atención por parte de los actores involucrados	EFFECTIVIDAD	Humanización de la atención en salud	Calidez	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Disminuir progresivamente los PQRS por falta en calidez y trato digno	5	5	5	10	Alto	OP	LIBERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Definir estrategias que promuevan la interacción efectiva de los PQRS por falta en calidez y trato digno. 2. Conocer los estragos y Formación de Planes de Acción dentro de evidencia de la implementación de los Estrategias. 3. Realizar seguimiento a la implementación de las estrategias concordadas. 4. Garantizar que cada uno de los líderes de procesos afectados elaboren los planes de mejora. 5. Realizar su respectivo seguimiento a su cumplimiento	Informe que indique cada una de las Estrategias definidas para promover la interacción efectiva de los PQRS por falta en calidez y trato digno. 2. Actas de reunión con cada uno de los Subdirectores y/o Líderes de Procesos dentro de evidencia de la implementación de los Estrategias. 3. Informe de seguimiento al cumplimiento de la implementación de las estrategias definidas. 4. Planes de Mejora Formados e incluidos en el PUMP. 5. Informe de seguimiento al cumplimiento de los Símbolos de Datos que discrimine las CR	Junio de 2017	Diciembre de 2017	Subdirectora Defensora del Usuario	% de peticiones en cuanto por falta de trato digno	100%	SI	CERRADA
	2	AUDITORIA INTERNA HSD	11/05/2017	Fortalecer la información que se brinda al paciente y su familia	1. ¿Por qué? Se ha evidenciado la dificultad en cuanto a la orientación e información a nuestros usuarios. 2. ¿Por qué? Es alguna areas del proceso de atención el usuario no cuenta con la información técnica necesaria en su atención. 3. ¿Por qué? El usuario en algunos momentos del ciclo de atención en el HSD, no puede usar correctamente los servicios de salud.	COORDINACION	Atención centrada en el Usuario	Centrada en el Usuario	Fortalecer la prestación de servicios de salud	2. Fortalecer la prestación del servicio de salud	5	5	5	10	Alto	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS	1) Continuar con la socialización y entrega del Manual de Información y Orientación al Usuario y su familia. 2) Seguir implementando el procedimiento de Manejo de la Privacidad, Intimidad, Confidencialidad al usuario. 3) Participar en la formación de acciones correctivas, de Daños y reclamos por falta de información e orientación al Usuario según proceso involucrado. 4) Seguir con el cumplimiento de las acciones correctivas.	1) Planillo de Socialización y registro de entrega del manual. 2) Planillo de Socialización. 3) Acciones correctivas registradas en el PUMP. 4. Informe de seguimiento con evidencia de la implementación de las acciones correctivas.	Junio de 2017	Diciembre de 2017	1) Directora de Atención al Usuario, Comité de Humanización 2) Comité de Humanización 3) Subdirectora de la Defensora del Usuario y Líder de Procesos 4) Subdirectora de la Defensora del Usuario	% de quejas y reclamos por falta de información e información al usuario durante el proceso de atención en el HSD. Mesa: Distribución del 5% de casos de CR por falta de información al usuario hasta base 9% en la agenda 2018.	80%	NO	ABIERTA
	3	AUTOCONTROL	11/04/2016	No se cumple con la planificación definida en la caracterización del proceso para la realización del proceso incumpliendo el requisito 7.1 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: Se evidencia que algunos de los procedimientos planificados y definidos en la caracterización del proceso (DAUF01-VI) no están documentados de acuerdo a la nomenclatura del proceso	1. ¿Por qué? Se cambió el Mapa para la realización del proceso. 2. ¿Por qué? Se hizo un actualización de los procesos, procedimientos y formatos según la nueva caracterización. 3. ¿Por qué? Se registró el avance del proceso	CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	Fortalecer la prestación del servicio de salud	3. Actualización de procedimientos y formatos de acuerdo a la nueva caracterización	5	5	5	10	Alto	OP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Documentar los procedimientos y formatos al equipo prioritario. 2. Organizar el procedimiento de formatos al equipo. 3. Implementación de los procedimientos y formatos.	1) Procedimientos publicados en internet. 2) Formatos modificados. 3) Registro de socialización a grupo prioritario.	Febrero de 2017	Diciembre de 2017	Directora de Atención al Usuario, Subdirectora de la Defensora del Usuario, Líder de Procesos y Trabajo Social	Contar con los documentos disponibles en la intranet del hospital acorde a la caracterización	100%	SI	CERRADA
	4	AUTOCONTROL	Año 01 de 2017	NA	NA	NA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	NA	4. Apoyar de los formatos de Encuestas de Satisfacción según necesidad	3	3	5	45	NA	OP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1) Identificar los ítems a medir y aplicar los diferentes formatos de las Encuestas de Satisfacción. 2) Implementar los nuevos formatos.	1) Formatos modificados y publicados en la intranet. 2) Implementación de Formatos.	Octubre de 2017	Enero de 2018	Directora de Atención al Usuario	Contar con los formatos disponibles en la intranet del hospital acorde a la caracterización	100%	SI	CERRADA
	5	AUTOCONTROL	21/07/2017	NA	NA	NA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	NA	5. Evaluar la gestión de Trabajadores Social	1	3	3	9	NA	AP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Identificar y definir los indicadores pertinentes. 2. Realizar la inclusión de los ítems en la caracterización del proceso.	1. Caracterización del proceso de Atención al Usuario modificada con la inclusión de los indicadores de Trabajo Social. 2. Inclusión de los indicadores de gestión de Trabajo Social en el TUC.	Agosto de 2017	Diciembre de 2017	LIDER TRABAJO SOCIAL	1. Caracterización modificada y publicada en internet. 2. Incluir los indicadores en el TUC (Trabajo Social y Control por Procesos)	100%	SI	CERRADA
	6	AUTOCONTROL	13/05/2017	NA	NA	NA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	6. Monitorear los PQRS que reportan Reclamos de seguridad y fueron confirmados, por Referente de Seguridad	5	5	5	10	Alto	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	En conjunto con el Líder del Proceso Realizar seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejora Formados, derivados de los Reclamos de seguridad confirmados, y reportados a través de los PQRS.	Informe de Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejora Formados.	Julio de 2017	Dic de 2017 y en adelante	Subdirección Defensora del Usuario	PQRS con Planes de Mejora ejecutados	0%	NO	ABIERTA

