Plan de mejoramiento Activos fijos

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO								SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
25	1	2017		En el manual de activos fijos se encuentra estipulada que el área de suministros es a quien se le debe informar en caso de traslado de un activo, el deber ser es informar al área de gestión de activos fijos.	Auditoría Interna	Eficacia								En Proceso	se informa a calidad para actualizar manual de activos fijos, en el proceso de los traslados.	21/04/2017	De las areas se informan a las areas de suministros y activos fijos sobre el traslado de equipos, sin embargo se debe actualizar el procedimiento.	11/07/2017	No se evidencia gestión en la actualización.	18/10/2017	No se evidencia avance	16/01/2018	En la actualidad se encuentra estipulado la información y traslado de un equipo al área de activos fijos	Cerrada

Plan de mejoramiento Auditoria de contratos

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO								SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
16	7	2013		Se evidencia un volumen significativo de recobros pendientes por conciliar del año 2012 y 2013.	Auditoría Interna	Oportunidad										21/04/2017	Se requiere reunion con el subgerente administrativo para replantear el proceso.	11/07/2017	No se evidencia avance para replantear el proceso. El area se encuentra a la espera de reuniòn con el subgerente general.	18/10/2017	Se tuvo reunión con el gerente para redirigir el proceso de recobros. Se encuentra a la espera del cambio	16/01/2018	El recobro de los años 2012 y 2013 ya no es competencia del área de auditoria de contratos	En Proceso
19	10	2016		Realizar la gestión de los recobros pendientes por recaudar a junio de 2016, que ascienden a $97 millones aproximadamente	Auditoría Interna	Oportunidad										21/04/2017	Se viene realizando la gestión adecuada y replantear este proceso con el subgerente administrativo.	11/07/2017	No se evidencia avance para replantear el proceso. El area se encuentra a la espera de reuniòn con el subgerente general.	18/10/2017	No se evidencia avance.	16/01/2018	La gestión de recobros del año 2016, ya no es competencia del área de auditoria de contratos.	En Proceso

Plan de mejoramiento Alimentación

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO								SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
31	8	2017		Se evidenció que, desde el 4 de mayo de 2017 a la fecha, no se da cumplimiento a la minuta nutricional establecida por el contratista, incumpliendo una de las obligaciones del contrato, que establece lo siguiente: "El ciclo de menú será de 14 días, tanto para dietas normales como para terapéuticas. Las porciones de los alimentos deben servirse como están indicados en la minuta patrón y lista de intercambio...". Además, se evidenció minuta repetitiva y omisión de alimentos entre las comidas por parte del contratista.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Realizar seguimiento al ciclo de minutas de dos semanas contratada con el nuevo Contratista Alimso, verificando diariamente las minutas despachadas por el contratista y entregadas al paciente según las dietas solicitadas,	Confrontando el ciclo de minutas propuestas por el contratista con la minuta despachada diariamente por el mismo y verificando contenido de las dietas y gramajes de las preparaciones de alimentos.		Cumplir con el ciclo de minutas propuesto por el contratista.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	16/09/2017	Permanente	Cerrada	Verificando el cumplimiento de las diferentes dietas derivadas de la minuta patrón o sea que contenga todas las preparaciones, alimentos y gramaje según cada patrón de dietas.	19/01/2018	Con la nueva empresa (ALIMSO), se está realizando la minuta de alimentos con un ciclo cada 14 dias. El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el hospital san rafael dio por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.							Cerrada
31	8	2017		No se evidencia implementación del plan de mantenimiento preventivo de los equipos del servicio, desde el 15 de marzo, incumpliendo la cláusula 30 de las obligaciones del contratista que establece: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos propios y los dados en comodato por la ESE.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos del contratista.	Solicitar al contratista Alimso el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos y registros de los matenimiento correctivos.		Mantener los equipos en buen estado que permitan desempeñar adecuadamente el uso previsto.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	16/09/2017	Permanente	En proceso	Se solicito al contratista Alimso el cronograma de las Acciones preventivas a realizarle a los equipos propios y dados es comodatos (carro Termos, licuadora casera, microondas, nevera y cavas) y se solicitud registro de las acciones correctivas realizadas a los equipos. Ya que la modalidad de contratación en transportada.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C. En el contrato actual con la empresa ALIMSO, no se tiene equipos propios en funcionamiento con ellos.	19/04/2018	A la fecha se continúa con alimentación transportada por la empresa ALIMSO, no se tiene cronograma de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos (3 carrotermos , Cava de refrigeracion, nevera en sede 1, cava de congelacion, licuadora, microondas, estufa.	23/07/2018	Con el nuevo contratista, no tiene un plan de mantenimiento preventivo establecido; solo realiza mantenimiento correctivo.	02/10/2018	Según el contrato CSU - 008 DE 2018 con la empresa ALIMSO, en la clausula # 17 de Obligación especifica, aduce que el hospital entregará los equipós en optimas condiciones de funcionamiento y presentación; por esta razón se cierra el hallazgo debido a que los pocos equipos que entregó la ESE los recibió el contratista en mal estado.	Cerrada
31	8	2017		El programa de calibración de los equipos de medición no se encuentra en funcionamiento, incumpliendo la cláusula 32 del contrato: "Contar con termómetros, grameras y demás aparatos necesarios para la operación del servicio de alimentación, garantizando la calibración de éstos, presentando sus hojas de vida al contratante con sus respectivos soportes."	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento al contratista Alimso, el programa y cronograma de calibración de los equipos de medición (termómetros, grameras y demas aparatos para la operación del servicio de alimentación)	Solicitar al contratista Alimso el programa y cronograma de calibración de los equipos de medición que se encuentran en funcionamiento.		Mantener los equipos de medición en buen estado para que la información generada sea confiable.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018	Permanente	En proceso	Se solicita al contratista Alimso el programa de calibración de los equipos de medición (termómetros, grameras y demás aparatos necesarios para la operación del servicio de alimentación). Ya que la modalidad de contratación es transportada.	19/01/2018	Con el nuevo contratista, no se tiene calibradores debido a que la empresa ALIMSO tiene su servicio de alimentación por fuera de la ESE. Se sugiere al interventor del servicio de alimentación, realizar visita a la empresa	19/04/2018	Se pedirá a la empresa contratista ALIMSO, el programa de calibración de equipos de medición (cavas y nevera).	23/07/2018	Debido a la contratacion de alimentación transportada, no se tiene equipos de medición dentro de la E.S.E; se tiene equipos de medición en su centro de produccion el cual es por fuera de la institución			Cerrada
31	8	2017		El Administrador del servicio de alimentación no cuenta con la formación solicitada en el contrato, es técnica en auxiliar oral, cuando en el contrato se estipula que sea una profesional en nutrición, incumpliendo la cláusula QUINTA, numeral 22	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	verificar que el contrato de alimentación siempre este supervisada por una persona idónea por parte del contratista.	Verificando permanentemente su permanenecia y supervción de las actividades desarrolladas en el servicio de alimentación del hospital.		Cumplimiento al objeto del contrato suministro de alimentación diaria normal y terapéutica, diariamente, a los pacientes de las dos sedes de la E.S.E	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		Cerrada	Se cuenta con una supervisora que esta pendiente del contrato de alimentación.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.							Cerrada
31	8	2017		En los meses de julio y agosto se evidenció alta rotación de personal, el cual, no fue reemplazado en un máximo de (4) horas como se estipula en el contrato, igualmente, al 30 de agosto el servicio de alimentación disminuyo su planta de personal para cumplir con los horarios de producción y distribución, al pasar de 18 a 13 personas.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	realizar seguimiento que el personal que labora si cumpla con el número y el perfil exigido.	revisando cuadro de turnos y por consiguiente la planta del personal que labora diamente.		Contar con el personal necesario contratado para la prestación del sencio de alimentación.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		Cerrada	Se cuenta con 11 auxiliares de distribución y una supervisora exigido en la contratación.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C. Se tiene plan de contingencia de personal con el actual contratista del servicio de alimentación	02/10/2018	a la fecha se continua con un equipo completo de personas contratadas por ALIMSO, son 11 personas contratadas					Cerrada
31	8	2017		El personal actual no tiene los exámenes de laboratorio actualizados, que certifican la calidad de apto para manipular alimentos (Koh de uñas, frotis de garganta, coprológico, y vacunas). Sinembargo, se evidencio la programación para realizar estos exámenes.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento al contratista que el personal que ingrese a laborar a la E.S.E si cumpla los exámenes de laboratorio actualizados, que certifican la calidad de apto para manipular alimentos	Revisando a los auxiliares de distribución la documentación antes de iniciar la ejecución del contrato.		Contar con el personal con buenas condiciones de salud por lo que se manipula alimentación a pacientes hospitalizados	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		Cerrada	Se cuenta con 11 auxiliares de distribución y una supervisora con la documentación completa que cumple con la exigencia del contrato.	19/01/2018	Se evidencia exámenes médicos al personal contratista ALIMSO	19/04/2018	A la fecha se encuentra la totalidad del personal con los requisitos de los examenes de laboratorio. Se debe tener pendiente para el mes de octubre, el vencimiento de estos examenes	02/10/2018	El certificado medico de apto para manipular alimentos se vence cada año, a la fecha hay una empleada de la empresa ALIMSO con este certificado vencido.	14/01/2019	A la fecha todo el personal de ALIMSO que presta servicios dentro de la institución tiene certificado medico de apto para manipulación de alimentos	Cerrada
31	8	2017		El sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo del contratista esta implementado parcialmente.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	Revisando que cumpla con el cronograma y que cuente con los elementos de protección personal, solicitar reporte de incidente y accidente de trabajo y verificar el cumplimiento de las normas del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.		que se ejecute lo programado en el plan de seguridad y salud en el trabajo del contcratista.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		En Proceso	Se solicito el cronograma de actividades del Plan del Sistema de Gestión de seguridad y Salud en el Trabajo, se va a verificar las actividades que incluyan al personal del servicio de alimentación.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.	19/04/2018	Se tiene evidencia del plan de seguridad y salud en el trabajo de la empresa contratista ALIMSO.	02/10/2018	Se tiene evidencia del plan de seguridad y salud en el trabajo de la empresa contratista ALIMSO. Ademas el contratista realizó dos capacitaciones en el mes de septiembre , indicador de accidentes 2018 y la segunda capacitación fue del autocuidado. cuentan con perfil sociodemografico de las personas que laboran en área de alimentación.			Cerrada
31	8	2017		No se cuenta con una persona dedicada a la preparación de las dietas especiales, durante todo el día, como lo establece el numeral 24 de la cláusula QUINTA de las obligaciones del contratista.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia								Cerrada	Dada las condiciones de la contratación ya no se aplica este perfil ya que la alimentación no es preperada en el servicio de alimentación sino transportada por la empresa contratada.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.							Cerrada
31	8	2017		No se evidencio soportes de la evaluación del clima laboral, estipulado en el contrato, además, no se han implementado las evaluaciones de desempeño al personal del servicio.	Auditoría Interna-CI	Satisfacción del Cliente Interno	Realizar seguimiento a las evaluaciones del clima laboral y las evaluaciones de desempeño al personal que labora en el servicio de alimentación.	Solicitar al Contratista Alimso la evidencia y el cronograma de evaluación de clima laboral y evaluación de desempeño del personal, estipulado en el contrato.		Verificar el bienestar, el grado de satisfacción y procurar el cuidado integral de su salud para que presten un bueno servicio a los pacientes de la E.S.E	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		En Proceso	Se solicita al contratista los soportes para realizar seguimiento a la evaluación del clima laboral y evaluaciones de desempeño del personal que labora en el servicio de alimentación.	19/01/2018	El incumplimiento persistió hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.	19/04/2018	Se solicitó a la empresa contatista ALIMSO, la evaluación de clima laboral.	23/07/2018	No se tiene avance. La empresa contratada tiene un cronograma anual por lo que no han comenzado en la E.S.E.	02/10/2018	se tiene registro de las evaluaciones de desempeño por parte del contratista realizadas el 26 de Septiembre del presente año. Cabe resaltar que esta evaluacion se realiza anualmente	Cerrada
31	8	2017		Se determinó que los análisis microbiológicos bimensuales realizados por el contratista, arrojaron presencia de microorganismos como mesófilos, mohos, y levaduras en la muestra del ambiente (ensamble).	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento al servicio de alimentación, con el fin de que las muestras microbiológicas den resultados positivos.	Haciendo controles aleatorios en la alimentación, interventorias a los contratistas y el respectivo seguimiento al proceso de producción y ensable.		Mostrar resultados positivos en las muestras microbiológicas en el servicio de alimentación.	Servicios operativos / Nutrición	22/09/2017	Permanente	Cerrada	Se han realizado muestras microbiológicas por parte de la secretaria seccional de salud las cuales han arrojado resultados positivos, los resultados se encuentran en la oficina de la interventora del contrato del servicio de alimentación.	19/01/2018	Se cuenta con evidencia en el cual se realizaron muestras microbiológicas por parte de la secretaria seccional de salud con resultados a favor.	19/04/2018	Se realizó el 19 de Octubre del 2017 en sede 1, muestreo para analisis microbiologicos por parte de la secretaria local de salud las cuales arrojaron resultados positivos, los resultados se encuentran en la oficina de la supervisora del contrato del servicio de alimentación.	02/10/2018	El contratista ALIMSO en su planta de produccion cuenta con sus análisis de muestreo para los análisis microbiologicos que se realizan mensualmente. En la actualidad no se produce alimentos dentro de la institución ya que no se cumple con la infraestructura adecuada			Cerrada
31	8	2017		Se evidenció que el programa de control de plagas funcionó entre los meses de enero - marzo; sinembargo, en el mes de agosto se realizó fumigación al servicio de alimentación por parte del Hospital.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Realizar seguimiento al control de plagas en el servicio de alimentación.				Sebastian Herrera / Servicios operativos	08/09/2017	Permanente	Cerrada	Debido al cambio de la empresa prestadora del servicio de alimentación, en el nuevo contrato no quedó incluido que el control de plagas lo deba realizar la empresa contratista, la E.S.E inició a realizar el control de plagas en el área de ensamble de alimentos.	19/01/2018	La E.S.E realiza mensualmente fumigacion en todas las áreas incluyendo el área donde funcionaba el servicio de alimentación.	19/04/2018	Se tiene evidencia del cronograma de control de plagas por parte de la empresa contratista ALIMSO.	23/07/2018	El Hospital realiza fumigación mensual al area de preparacion de alimentos; con el nuevo contratista no se tiene estipulado el control de plagas por parte de ellos.			Cerrada
31	8	2017		Se han presentado quejas de los usuarios por comida en mal estado (sopa vinagre).	Auditoría Interna-CI	Satisfacción del Cliente Externo	Realizar seguimiento a la calidad de los alimentos ofrecidos a los pacientes sea de óptima calidad.	Verificando que los alimentos cumplan con caracteristicas organolepticas, color, color, sabor, textura, consistencia, presentación y apariencia) y se le solicita al contratista la respuesta de la queja.		Brindar una alimentación sana, inocua, suficiente y oportuna.	Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018	Permanente	Cerrada	Se socializa la queja con el contratista, se exige repuesta y para ser enviada al encargado de servicios operativos y tambien se les solicita el plan de mejoramiento de la queja.	19/01/2018	No se tiene evidencia	19/04/2018	No se tiene quejas en la actualidad por parte de los usuarios sobre el mal estado de la comida.	02/10/2018	Se tiene evidencia por parte del hospital mensualmente sobre el control de plagas y analisis microbiologico del agua.			Cerrada
31	8	2017		Los residuos generados en el servicio de alimentación no cuentan con su respectivo pesaje, igualmente, el servicio no cuenta con pesa dedicada exclusivamente al pesaje de los residuos sólidos	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Pesar los residuos generados en el servicio de alimentación para el control de los mismos.	Registrando el peso de residuos generados a diario por el personal encargado de la recolección y transporte de estos.		Mantener el formato actualizado y diligenciado de los residuos sólidos generados a diario por el servicio de alimentación.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	08/09/2017	Permanente	Cerrada	El pesaje de los residuos generados los realizará el área de servicios generales con el personal encargado de la recolección, transporte y clasificación de los residuos hospitalarios y similares, en el ambiente destinado para el almacenamiento final, se cuenta con una báscula en la cual se pesan a diario los residuos sólidos generados .	19/01/2018	Se realiza recoleccion y pesaje de residuos sólidos diariamente. Se verifica el soporte	02/10/2018	Se continua con la recoleccion y pesaje de residuos sólidos diariamente. Se verifica el soporte					Cerrada
31	8	2017		Se evidenció incumplimiento en la cláusula 36 de las obligaciones del contratista: "Realizar la evaluación del servicio de alimentación, mediante el diligenciamiento de encuestas de satisfacción por los usuarios cada dos (2) meses, las cuales serán elaboradas con la interventoría y deben ser enviadas tabuladas a la interventoría"	Auditoría Interna-CI	Satisfacción del Cliente Externo	Evaluar el servicio de alimentación bimestralmente.	Mendiante encuestas de satisfacción por parte de los usuarios.		Generar un dato veridico del porcentaje de satisfacción del servicio prestado en todas las áreas asistenciales.	Servicios operativos / Nutrición	08/09/2017	Permanente	Cerrada	En el periodo de Septiembre- Diciembre de 2017 la empresa Alimso prestadora del servicio de alimentación realizó encuesta de satisfacción a los usuarios del servicio de alimentación.	19/01/2018	No se tiene avance.	19/04/2018	La encuesta de satisfaccion por los usuarios, se realiza cada 2 meses por parte de la empresa ALIMSO con una muestra aleatoria de 7 pacientes en sede 1 y siete de sede 2. Se sugiere tener copia de dichas encuestas en la oficina de supervision del contrato de alimentación	23/07/2018	Se realizó 14 encuestas en el mes de Junio, con satisfaccion adecuada y con tabulación por parte de la nutricionista de la E.S.E	02/10/2018	Se tiene pendiente encuestas para este mes de octubre; se tiene comprobantes de esta tabulacion por parte de la nutricionista	Cerrada
31	8	2017		Se evidenció un evento de seguridad reportado con consecutivo 067 donde explica que el 9 de agosto de 2017 no se distribuyó la cena en la sede 1 sala 2; por lo que, los siguientes pacientes diabéticos presentaron hiperglicemia: PACIENTES: Marleny Agudelo 12C1, María Suaza 12D1, Iván Darío Montoya 12I2, María Noelia Mejía 2A1 y María Oliva Orozco 12C2.	Auditoría Interna-CI	Seguridad								Cerrada	Dada las condiciones de la contratación ya no se aplica este perfil ya que la alimentación no es preperada en el servicio de alimentación sino transportada por la empresa contratada.	19/01/2018	No se tiene avance.	19/04/2018	A la fecha ningún paciente se queda sin la alimentación diaria.	02/10/2018	No se ha vuelto a presentar este incidente			Cerrada
31	8	2017		Se evidenció un aumento del costo de las dietas entre las vigencias 2016 y 2017. El cuadro siguiente muestra lo comentado: Dieta Incremento Promedio Desayuno 24 %, Almuerzo 18 %,Comida 18 % Media am 52 %, Algo 49 %, Merienda 42 %.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Comparar el precio de las diferentes dietas de la empresa anterior con la empresa actual teniento encuenta que la actual nos presta el servicio con la alimentación transportada.	Solicitando propuestas económicas a diferentes empresas prestadora de servicio de alimentación solo se recibe la propuesta de la empresa actual Alimson de alimentación transportada.			Miriam Lopez/Coordinadora de Nutrición	10/04/2018		Cerrada	se evidenció disminución de costos de alimentación en los diferentes servicios: Desayuno = 6,3%, media mañana = 35%, Almuerzo 20,8%, Algo 36%, Comida = 27%, Merienda 33,7%	19/01/2018	Se evidenció hasta el 15 de septiembre de 2017 fecha en la cual el Hospital San Rafael dió por terminado el contrato con el contratista Grupo S y C.	19/04/2018	Se tiene una nueva contratacion con alimentación transportada el cual se evidencia disminución en los costos comparado con la empresa anterior.					Cerrada

Plan de mejoramiento Archivo Administrativo

REPORTE						PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO														SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?			1		2		3		4		5		6				ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (hombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado		
6	9	2013	Sistemas de Información	Las tablas de retencion no se encuentran implementadas. Adicionalmente se encuentran desactualizadas.	Auditoría Interna	Seguridad	Actualizar, socializar e implementar las tablas de retención documental. Se hace contratacion con un tercero para la elaboracion de las TRD	Se generara un oficio con su respectivo cronograma de reuniones para cada dependencia con el fin de actualizar la informacion y los años en los que se deben de custodiar los documentos que cada una de estas generan. Se está a la espera de las TRD aprobadas por el Comite evaluador de documentos del Archivo Departamental y tener el acto administrativo de aprobacion de as mismas.			Lider de gestión documental			En Proceso	La ESE Hospital san Rafael realizó contrato para la elaboracion de las Tablas de Retencion Documental de la Entidad, el cual da inicio la contratista con la recopilacion de la informacion y encuestas documentales. El 21 de marzo de 2018 se verifica el seguimiento de las TRD con la Contratista la cual informa que aun se encuentran en proceso de revicion de las mismas en el Archivo Departamental, las cuales se tiene un tiempo prudencial para hacer la devolucion a la ESE debidamente aprobadas, se espera tenerlas en el mes de junio para iniciar con el proceso de aplicacion. Se recibe notificacion de devolucion de las TRD por parte del comite evaluador de documentos del Archivo departamental para realizacion de algunos ajustes, se le notifica a la contratista la cual se encarga de la realizacion de los mismos, se da respuesta y se envian nuevamente para su aprobacion queda constancia en el acta 03 de comite interno de archivo del 6 de junio de 2018.	21/04/2017	Se cuenta con la propuesta para la actualización de las TRD, se evidencia acta del dia 20/04/2017 del comité de archivo administrativo, con el avance respectivo sobre el tema.	11/07/2017	Se tiene avance del proceso de TRD, evidenciando capacitación de apertura y encuestas a los servicios.	18/10/2017	Las TRD se ecnuentran aprobadas por el comité interno de archivo y se llevaron al Consejo Departamental para aprobación final.	16/01/2018	Las TRD se encuentran todavia en el consejo departamental.	09/04/2018	No se tiene avance. Las TRD se encuentran todavia en el consejo departamental.	16/07/2018	Se realizó ajustes solicitados por el comité evaluador del consejo departamental de archivo. Se tiene pendiente la aprobación de esta entidad por medio de un acuerdo administrativo	02/10/2018	Se realizó ajustes solicitados por el comité evaluador del consejo departamental de archivo. Se tiene pendiente la aprobación de esta entidad por medio de un acuerdo administrativo, no se tiene avance	En Proceso
6	9	2013	Sistemas de Información	Las transferencias documentales del archivo de gestion al archivo central se realizan por solicitud de las dependencias y no con base a una programacion previamente establecida.	Auditoría Interna	Eficiencia	Implementacion de las TRD	En Comité de archivo se ha manifestado la nesecidad de tener TRD para iniciar o continuar con el proceso de las transferencias documentales, siendo esta la herramienta que nos da la informacion si los documentos cumplen con los tiempos de retencion en los archivos de gestion y su posterior trasladado al archivo central. Es necesario realizar capacitacion sobre el tema de transferencias documentales con el fin de que los Funcionarios tengan conocimiento sobre este proceso y poder realizarlo an el momento que se indique.			Maria Consuelo Morales Muñoz. Coordinadora gestion Documental y Archivo Clinico	18/04/2005	Este proceso se r	Cerrada	Se ha recibido documentacion del area de atencion al Usuario, se espera tener las tablas de retencion documental actualizadas para iniciar con el proceso en todas las areas y a la vez brindar capacitacion sobre el proceso de transferencias documentales. Se está a la espera de ampliacion del la oficina de Gestion Documental. El dia 5 de abril de 2018 se realiza capacitacion sobre el tema de transferencias documentales y proceso de foliacion. la evidencia es la lista de asistencia. Con esta capacitacion se espera que una vez tengamos las TRD ,estanterias aprobadas y la adecuacion del espacio,se inicie con el proceso de transferencias documentales para el archivo central.	21/04/2017	No se evidencia cronograma de las transferencias documentales, dado a la limitación de espacio, aplicación y actualización de las TRD que se tienen.	11/07/2017	A la fecha no se tiene avance de las transferencias documentales, ya que es necesaria la informacion de las TRD y la ampliación del area.	18/10/2017	Se realiza ampliación en archivo central. Se socializa con talento humano la necesidad de realizar capacitacion al peronal sobre el proceso de transferencias y foliacion. Pendiente de fecha de programación tentativamente primera semana de noviembre	16/01/2018	No se realizó capacitación, se tiene fecha de enero para realizar las capctaciones faltantes.	09/04/2018	Se realizó capacitación sobre transferencias documentales y proceso de foliacion el dia 5 de abril de 2018.					Cerrada
30	11	2016	Sistemas de Información	No se observó un sistema eficiente ni eficaz en los tres computadores para la recepción, conservación y despacho de documentos oficiales. Se observa falta de espacio para el almacenamiento y conservación de documentos.	Auditoría Interna	Eficacia	Se da inicio en un archivo de excel el registro y radicacion de los documentos oficiales con previa autorizacion del Comité de archivo. Se instala nuevo computador para este proceso el cual tiene con el fin de garantizar el almacenmiento de los mismos. Se hace solicitud por escrito a la Gerencia y Subgerencia sobre la necesidad de tener un espacio amplio y acondicionado para el almacenamiento de la documentracion y la organizacion del archivo central e historico.	Se instala nuevo equipo de computo con el fin de brindar mayor seguridad y capacidad en el almacenamiento, al igual que el archivo que se diseñó en excel es mas dinamico, seguro y agil.. Se ha escrito al Gerente y se ha dejado constancia en las actas del comite de archivo la nesecidad de espacio fisico para realizar las laborers archivisticas y la movilizacion de los funcionarios que laboramos en esta area. Se hace enfasis en la necesidad de espacio fisico para la adecuacion del archivo central y archivo historico.			maria Consuelo Morales Muñoz-Lider de gestion documental	10/01/2017		En Proceso	Se solicitaron cajas de archivo pasivo, carpetas y estanterias para almacenar y conservar la documentacion que se ha venido trabajando. Se solicita nuevamente ampliacion del espacio fisico o la asignacion de otro espacio para las labores archivisticas. Se ha solicitado al area de sistemas de informacion por medio de correo interno el cambio de equipo donde está almacenada la informacion scaneada y que realicen copia de seguridad a esta informacion. Se cuenta con otro espacio adicional para la realizacion de actividades archivisticas, se espera la adecuacion del espacio donde quedará finalmente el archivo central. Se realizo proyecto donde se justifica la nesecidad para la adecuacion del espacio fisico para gestion documentalnal y archivo clinico el cual se le pasó al gerente.	21/04/2017	Existe avance para el mejoramiento del envio de documentación o recepción por medio de un archivo de excel, que permite mayor agilidad y rastreo en los documentos. El espacio del area es limitado, se evidencia en el acta del comité de archivo el compromiso del Gerente para reubicación del area. Se evidencia equipo de computo nuevo, sin embargo un computador del area continua en riesgo de perdida de información por falta de backup desde el area de sistemas, además se encuentra en estado obsoleto.	11/07/2017	No se evidencia backup de equipo donde reposa la información escaneada. El area se encuentra a la espera de la ampliación y nuevos equipos de computo.	18/10/2017	Se instala aplicativo Cloud Station para backup para copias de seguridad en el equipo que almacena la informacion scaneada y el del coordinador del area.	16/01/2018	Se evidencia ampliación de zona para almacenamiento.							Cerrada
20	1	2017	Sistemas de Información	No se tiene un sello adecuado para el recibo de la documentacion a los mensajeros externos, ni para la radicacion de la documentacion	Auditoría Interna	Eficiencia	Impementar sellos que cumpla con requisitos minimos en Gestion Documental	Se hace diseño de los sellos para los recibidos externos y para sello radicador y se hace solicitud escrita ante el Subgerente General evidenciando la nesecidad de la compra de los mismos.			Lider de Gestion Documental			En Proceso	Se adquiere el sello de recibido de mensajeria externa y se inicia con el uso del mismo. Al sello radicador se le debe cambiar el logo s Se recibe sello para la realizacion del radicado. Se evidencio un invonveniente para iniciar el cual se está corrigiendo.	21/04/2017	Se evidencia sello en el area que permite trazabilidad de la inofmación ingresada al área. Falta cambiar logos en los sellos tanto de recibo como de radicado, y el sello de radicado se le hará unas modificaciones.	11/07/2017	Se evidencia cambio en el sello institucional para radicado.	18/10/2017	Se solicita sellos en suministros , informan que la litografia los tiene para realizar la respectiva corrección.	16/01/2018	Se evidencian los sellos solicitados en el area de gestión documental.							Cerrada
24	2	2017	Sistemas de Información	No se cuenta con el Instructivo de correspondencia.	Otros	Suficiencia o Disponibilidad	Implementar y/o actualizar el manual de correspondencia como herramienta necesaria para unificacion de criterios en el manejo de la correspondencia institucional.	se ha venido diseñando el manual de correspondencia con el fin de ajustar algunos formatos Institucionales. Se diseña el manual de comunicaciones oficiales el cual deberá ser socializado a los lideres de procesos.		En proceso	Lider de Gestion Documental, Calidad	01/03/2017	201/04/20	En Proceso	Se realizó del instructivo de las comunicaciones oficiales el cual esta en calidad para ser versionado. Planeacionaun no ha realizado la version de este manual, se solicita cita para reunion con esa area con el fin de revisar este proceso. El 5 de marzo de 2018 se habla personalmente con Planeacion con el fin de que revisen los manuales para la socializacion de los mismos al personal. El 8 de mayo de 2018 se solicita cita con Planeacion para la revision del manual y los proceso y procedimientos, queda de informar el dia y hora.	21/04/2017	El Instructivo de correspondencia se tiene diseñado y socializado ante el comité de archivo administrativo, falta ser llevado a calidad para que sea un documento oficializado por la institución.	11/07/2017	El instructivo se encuentra en modificaciones por parte de la coordinadora del area.	18/10/2017	Se envia manual modelo documental a Calidad con el fin de ser revisado y versionado	16/01/2018	Se envia manual modelo documental a Calidad con el fin de ser revisado y versionado	09/04/2018	Se encuentra en proceso con el área de calidad el cual sigue para la versión y revisión	16/07/2018	Aunque se observa en la auditoria instructivo de correspondencia actualizado por la lider de gestión documental, no se evidencia dicho documento en la Intranet.	02/10/2018	Ya se tiene en la intranet el instructivo con el codigo MN-02-Si-1 y se socializo con el grupo gestor de Agosto.	Cerrada
10	4	2017	Sistemas de Información	No se cuenta con el Programa de Gestión Documental adoptado por el área	Otros	Eficiencia					maria Consuelo Morales Muñoz-Lider de gestion documental			En Proceso	Se da inicio a la elaboracion del PGD, una vez terminado se socaliza con el fin de elaborar el acto administrativo de aprobacion y enviar a los entes de control. El PGD se encuentra termminado y en la espera que Planeacionlo versiones. El PGD queda versionado y en la intranet MN–01-Si-1	11/07/2017	El PGD se encuentra en construcción por el lider del proceso, falta la socialización del mismo.	18/10/2017	Se realiza PGD y politicas de Gestion documental y se envia a calidad para su revision y ser versionado. Se socializó ocn el comité interno de archivo y con el gerente.	16/01/2018	El programa de Gestión documental se encuetnran oficializado, con su respectiva resolución. Falta socializarlo con el personal.									Cerrada
10	4	2017	Sistemas de Información	No se ha socializado con el cliente interno del procedimiento de gestión documental	Otros	Pertinencia								Cerrada	Los procesos y procedimientos de gestion documental seran sujetos a cambios ya que estan desactualziados, se informará en el comité de archivo y con calidad. Se inició con la actualizacion de procesos y procedimientos y se entregarán a calidad para su respectiva revision y ser versionado. El 5 de marzo de 2018 se solicita cita en planeacion con el fin de actualizar los procesos y procedimientos respectivos. Quedo a la espera de la fecha. El 16 de mayo se solicita nuevamente el espacio con calidad para la actualizacion de los procesos y procedimientos. Quedo a la espera de la fecha y hora .	11/07/2017	Los procesos y procedimientos del area deben ser actualizados de acuerdo al PGD, para dar paso a su socialización.	18/10/2017	Se socializó con el comité interno de archivo, falta la aprobación de calidad para ser versionado y ser enviado a las areas para estandarizar el proceso.	16/01/2018	Falta socialización.	09/04/2018	No se tiene avance	16/07/2018	Se ha socializado con el cliente interno proceso de transferencias documentales y foliacio; ademas en la induccion Institucional se socializa mensualmente el procedimiento de Gestion documental.					Cerrada

Plan de mejoramiento Archivo Clínico

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO																SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6					
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
			Sistemas de Información	No se evidencio caracterización, mapa de riesgos y puntos de control actualizados. Ademas no se tienen indicadores del proceso y plan de contigencias.	Auditoría Interna	Pertinencia								En Proceso	se tiene reunion con Calidad para la realizacion del mapa de riesgo, quedo a la espera que se me asigne la fecha y hora 9-8-18 se evidencia el mapa de riegos en la intranet y se hará el seguimiento como se requiere.	11/07/2017	Existe documentación en la intranet	18/10/2017	Se evidencia mapa de riesgos con la nueva metodologia, sin embargo falta agregar los controles del mismo. Por cambio de lider no se conocen aun los indicadores del proceso y el plan de contingencias del area.	16/01/2018	Se conoce y se ha dado inicio a la socialización del plan de contingencias, falta agregar riesgos y controles al mapa de riesgos. Se evidencia en la intranet: tableros de indicadores y planes de mejoramiento-mapas de riewgos- mapa de riesgos 2018-administrativos.	09/04/2018	Falta, actualizar con planeacion riesgos y controles al mapa de riesgos.	16/07/2018	Con el área de planeación se hizo la actualizacion de los mapas de riesgos, Se dio la capacitacion del Plan de Emergencias el 20 de Abril y capacitación de extintores el 6 de Julio de 2018. Falta incluirlo en el tablero de indicadores el mapa de riesgos de Archivo Clinico	02/10/2018	Aunque el mapa ya se encuentra diligenciado aun no se evidencia en la intranet			En Proceso
18	7	2014	Sistemas de Información	Las historias clinicas no se encuentran foliadas y debido al volumen de las mismas, se están comenzando a foliar los ingresos nuevos de primera vez.	Auditoría Interna	Eficacia								En Proceso	4-5-18 Se da inicio alproceso de foliacion de las historias clinicas que llegan nuevas o de primera vez al area de archivo clinico. Las historias clinicas antiguas se inicia con el proceso de unificar los registros clinicos que esten sueltos o en legajos con el finde tener una historia clinica y unificada por paciente, una vez se tenga completa se hace el proceso de foliacion.	11/07/2017	Se folió hasta el año 2015, se decidió suspender este proceso, solo se realiza foliación cuando hay solicitud de una historia clinica.	18/10/2017	La foliación se encuentra suspendida, dado a que la foliación se estaba realizando de manera errónea, debe hacerse por tipo de registro de la HC, y a la fecha no se evidencia una directriz para la foliación de las HC del area.	16/01/2018	El proceso de foliación se encuentra suspendido. A la fecha no se tiene estimada la fecha de inicio, dado a la complejidad de las HC, y los consentimientos informados se encuentran aparte de las Hc, además debe unificarse para dar paso a la foliación.	09/04/2018	No se tiene avance	16/07/2018	No se tiene avance	02/10/2018	No se tiene avance			En Proceso
4	5	2017	Sistemas de Información	El proceso de gestión de archivo de historias clínicas que se realiza, está ajustado parcialmente a los procesos documentados en el hospital.	Auditoría Interna (CI)	Eficacia								Cerrada	4-5-18: Se actualizaron el proceso de gestion de la historia clinica con calidad y se socializó con los funcionarios del archivo clinico . Se realizo actualizacion de proceso y procedimiento de historias clinicas,, queda en la intranet documentos vigencia 2013 - 2017 - macroproceso de apoyo- proceso de sistemas de informacion.- gestion de guistoria clinica	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	Se estaba adelantando la actualización del proceso para incluir lo sistematizado con la Hc manual. A la fecha no se tiene definido el lider del proceso.	16/01/2018	Ya se cuenta con lider del proceso, se ha dado inicio a la revisión del proceso para incluir los aspectos faltantes.	09/04/2018	Se debe actualizar los procesos de gestión de archivo de historias clínicas con Planeacion y calidad	16/07/2018	Se tiene actualizado el proceso de Gestion de archivo de historias con la oficina de Planeación y calidad. Queda pendiente firma del Gerente.	02/10/2018	Se evidencia en la intranet manual con codigo MN_01_Si-5			Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	No se tiene actualizado ni socializado el plan de contingencia del área de archivo clínico; dicho plan lo conoce 5 de los 9 auxiliares del archivo clínico.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad								Cerrada	el 20 de abril se capacita y se socializa el plan de emergencia de la ESE por parte del lideer de seguridad y salud en el trabajo de la ESE, queda como evidencia la lista de asistencia y se les envia a los correos de cada uno el pan de emergencia.	11/07/2017	En el acta de reunión del 11 de Julio se socializa el plan de contingencia con el personal del archivo clínico con base en el manual MN_01_Si-5. Sin embargo, se debe terminar de actualizar dicho manual.	18/10/2017	Por la alta rotación de personal, se programa capacitación para finales del mes de Octubre de 2017, sobre normas del archivo clínico y plan de contingencias.	16/01/2018	El plan de contingencia a la fecha no se ha socializado con el personal del area.	09/04/2018	No se tiene socialización ni capacitación del Plan de contingencia al personal auxiliar de archivo clínico.	16/07/2018	Se tiene evidencia de la capacitación y socialización del plan de emergencias que se realizó el 20 de abril de 2018					Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	No se tiene actualizado los procesos y procedimientos del archivo clínico.	Auditoría Interna (CI)	Eficiencia								Cerrada	4-5-18: Se actualizaron los procesos y procedimientos de las historias clinicas y se socializó con los funcionarios del archivo clinico con el fin de indicar y socializar a los auxiliares de facturacion los nuevos formatos que se deben diligenciar. Queda lista de asistencia como evidencia.	11/07/2017	Se tiene avance con la actualización del procedimiento "Administración y control de los ingresos de Historias clinicas"	18/10/2017	Se encuentra en actualización los procesos y procedimientos del area.	16/01/2018	Los procesos y procedimientos del area se encuentran en fase de revisión. Se ha actualizado la autorización para reclamar la HC y la autorización de conocimiento de HC.	09/04/2018	Los procesos y procedimientos del area se encuentran en fase de revisión.	16/07/2018	Se tienen actualizados los procesos y procedimientos en la Intranet a fecha del 10 de mayo de 2018					Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	No se cuenta con un documento de manejo de las condiciones físicas de conservación de la historia clínica.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad									Se viene realizando el documento sobre la conservacion de la historia clinica, una vez terminado se hará la socializacion del mismo. 6-6-18 Se hizo actualizacion de la conservacion de la historia clinica, se tiene en calidad para revision y verificacion	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	No se tiene avance de esta actividad	16/01/2018	No se tiene avance de esta actividad	09/04/2018	Se está terminando el proceso de documentación de conservacion de historia clinica por parte de la lider de archivo clinico, se requiere llevar a planeacion y calidad para ser codificado y socializado.	16/07/2018	Se cuenta con el buen manejo y conservación de las historias clínicas dentro del programa de gestión documental y en el PINAR.					Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	Según la encuesta realizada al personal del archivo clínico, el 33 % no conoce el protocolo de lavado de manos.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad								Cerrada	El dia 18 de enero de 2018 se socializo el proceso de lavado de manos y se colocaron afiches y dispensadores faltantes en los baños	11/07/2017	Se tiene programado para el 28 de Julio una charla acerca del lavado de manos por el personal de seguridad y salud en el trabajo de la Institución.	18/10/2017	Se tiene programada la capacitación de lavado de manos para la ultima semana de octubre con todo el personal y con apoyo de seguridad y salud en el trabajo.	16/01/2018	Ya se socializó el protocolo de lavado de manos, con sus respectivos implementos de aseo. Se cuenta con imágenes del lavado de manos en puntos visibles.										Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	En ALARCHIVO se encuentran aproximadamente 450 cajas con Historias Clínicas que pertenecían al Seguro Social, esta documentación no se encuentra inventariada.	Auditoría Interna (CI)	Eficiencia								En Proceso	18-4-18: se ha estado solicitando historias clinicas al alppopular y cajas completas de aquellas que pertenencen al seguro social y se viene realizando un inventario del archivo clinico de las historias clinicas a nivel global, evidenciando las que pertenencen al seguro social.	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	Se pone en conocimiento a los directivos del hospital para solicitar el traslado de las HC para el hospital y que sean custodiadas por el mismo. Se encuentra a la espera de una respuesta y oportuna gestión.	16/01/2018	Se envia comunicado al gerente y subgerente avisando que las HC no deben estar por fuera de la institución por posibles demandas. A la fecha no se tiene respuesta del destino de las cajas.	09/04/2018	Se realizó visita al ALARCHIVO finalizando Marzo con el fin de verificar las cajas que se tienen en esa bodega, se tiene base de datos parcial del contenido de algunas cajas del seguro social. Se tiene posible fecha de mes y medio para el retorno de las cajas a la Institucion para ser depurado intrahospitalariamente.	16/07/2018	Se está haciendo inventario de las cajas que se han traido al archivo clínico de la E.S.E, a la fecha se tienen 535 historias clinicas inventariadas pertenecientes a pacientes del seguro social. Se tiene adicionalmente 24.628 historias clinicas inventariadas pertenecientes a la actual ESE San Rafael de Itagui.	02/10/2018	Se esta gestionando el alquiler de una bodega externab temporal para almacenar las historias clinicas que reposran an ALARCHVO y gestionar la misma ESE estos documentos. Se tiene proyectado ampliacion y adecuacion de un espacio dentro de las instalaciones de la ESE para el almacenamiento y custoria de estos documentos.			En Proceso
4	5	2017	Sistemas de Información	En el área de archivo se evidenció tres cajas (referencia tipo x300) de CD de imágenes diagnósticas, que hacen parte de la documentación de la HC, sin que se tenga una directriz para ser entregados a los pacientes.	Auditoría Interna (CI)	Suficiencia o Disponibilidad								En Proceso	La directriz desde el servicio de imágenes diagnosticas es entregar a los pacientes los CD desde el servicio que se encuentre (urgencias, hx, imagenes diagnosticas) ya que es el unico soporte de sus imágenes diagnosticas; no se los entregan es por olvido u omision de la actividad por parte del personal asistencial.	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	Los CDs aun se encuentran en custodia del archivo clínico y se va a realizar una contingencia para determinar la devolución de los mismos. A la fecha los CDs que	16/01/2018	Se llevó la solicitud al comité de archivo para analizar la posibilidad de llamar a cada paciente para que sea reclamado. Pero a la fecha no se ha tomado una desición para no almacenar los CDs.	09/04/2018	Todas las cajas de CD, se le realizo la organización con rotulacion; en el comité se decidió	16/07/2018	Se tienen almacenados los CD's por años para ser entregados a los pacientes.					Cerrada
13	6	2017	Sistemas de Información	El procedimiento "Préstamo de Historias Clínicas "(PR_02_Si-5)" no coincide con la realidad institucional. Dicho documento establece que: *"Préstamo de historias clínicas entre servicios se deberá realizar en el formato Custodia de historias clínicas entre servicios (F_08_Si-5) siempre que se realice el traslado de un usuario de un servicio a otro o cuando el usuario pasa de una sala de internación a otra".* Al momento de verificar este criterio en el servicio de Consulta Externa, se encontró que son pocas las historias clínicas físicas requeridas, dada la migración que se está haciendo a la historia clínica electrónica; no obstante, en caso de requerirla para la atención del usuario, ésta es solicitada al área de Archivo Clínico y devuelta una vez termina la atención, así dicho usuario sea trasladado a otro servicio.	Auditoría Interna (PAMEC)	Pertinencia								Cerrada	Se hace carta a las areas correspondientes donde se socializa los formatos de solicitud de historias clinica, con el fin de fin de llevar un adecuado prestamo de las mismas por parte del archivo clinico.	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	No se evidencia adherencia al formato de prestamos entre servicios de la HC. Con la entrega de HC a los pacientes se maneja un formato en blanco que puede ser objeto de fraude con la firma de otra persona, además no se garantiza la custodia de la HC.	16/01/2018	A la fecha se cuenta con la implementación del formato para prestamo de HC, además se registra en un archivo digital.	09/04/2018	Se tiene a la fecha constancia física con radicado del 7 de marzo de 2018 # 134, coordinación de prestamo de Historias clinicas entre la lider de archivo clinico, la coordinadora de los jefes de enfermeria, lider de facturacion y subgerentes. Se viene utilizando dicho formato F_08_Si-5.							Cerrada
4	5	2017	Sistemas de Información	No se evidencia avance en la implementación de las Tablas de Retención Documental en el área de archivo clínico, lo que no ha permitido la eliminación de HC que se encuentran almacenadas en ALARCHIVO, que ascienden a 4.700 cajas aproximadamente	Auditoría Interna	Pertinencia	Elaboración de las TRD incluyendo las encuestas	Por medio de la depuracion en las TRD , se pretende depurar tambien las cajas almacenadas en ALARCHVO una vez se encuentren éstas dentro de la Institución		100%	Consuelo Morales	Una vez aprobadas por el comité evaluador del archivo departamental	permanente	En Proceso	5 de marzo de 2018: La TRD se encuentra en proceso de aprobacion en el Archivo Departamenta, el tiempo para la revision es de 3 meses, por lo cual se tiene estipulado que en el mes de junio se tienagn las TRD con su aprobacion respectiva.	11/07/2017	No se tiene avance	18/10/2017	No se puede avanzar en la implementación de las TRD, si las cajas almacenadasen ALARCHVO no se encuetnran en la institución para inventariar las HC.	16/01/2018	No se puede avanzar en la implementación de las TRD, si las cajas almacenadasen ALARCHVO no se encuetnran en la institución para inventariar las HC. Sin embargo se ha mandado comunicado al gerente y subgerente infromando la norma y necesidad de contar con las HC en la	09/04/2018	Se realizó visita al ALARCHVO finalizando Marzo con el fin de verificar las cajas que se tienen en esa bodega, se tiene base de	16/07/2018	Se tiene avance en la implementacion de las TRD con la recuperacion de 200 cajas traidas del ALARCHVO hacia la ESE.	02/10/2018	No se tiene avance. Se sigue pendiente de la aprobación de las TRD desde el archivo departamental			En Proceso

Plan de mejoramiento cartera empresas

REPORTE						PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO														SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?			1		2		3		4		5		6				
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
6	9	2015	Gestion Financiera	Verificado el informe de cartera de Hospital a marzo de 2015 presentado por las oficinas de cartera empresas y particulares, se encontró que esta asciende a $23,598 millones, clasificada en cartera empresas $20,782 millones	Auditoria Interna	Oportunidad					Cartera Empresas			En Proceso		26/04/2017	Se encuentra integrado información del sistema anterior al nuevo Software, por lo tanto no se puede dar un valor del informe de Gestión de	11/07/2017	Se evidencia descargo de los pagos al sistema Dinamica. Por lo tanto no se tiene dato exacto de la	18/01/2018	Se encuentra en proceso el dato exacto del recaudo de la cartera	10/04/2018	No se tiene avanc	25/07/2018	A la fecha de junio, se tiene una cartera de 36 mil millones debido a que se ha aumentado la facturacion y venta de servicios en 4 mil millones mensuales	02/10/2018	Se continua con una cartera entre los 36 mil - 40 mil millones de pesos. Debido a que se ha aumentado la facturacion y venta de servicios en 4			En Proceso
20	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció falta de adherencia a los procedimientos del área, ya que éstos están desactualizados; el área implementó un " Manual de procedimiento cruce de cartera", el cual no se ha oficializado.	Auditoria Interna-CI	Eficacia	Actulizar y socializar	Actualizar con el apoyo de la oficina de calidad los manuales de procedimiento existentes para el area de cartera	Actualizar y socializar los manuales	aprobación, socialización e implentación de los manuales	Cartera Empresas	31/12/2017	En proceso	En Proceso	Se hizo avance en la realizacion de las manuales de procesos los cuales se encuentran aprobados, pero falta la realizacion de los procedimientos para asi definir el actuar de los procesos.	23/10/2017	Se evidencia gestión para la actualización de los procedimientos del area,éstos han sido actualizados con todo el personal del area. falta aprobación desde el area de calidad.	18/01/2018	Se encuentra en proceso de aprobación	10/04/2018	El Manual de procedimiento cruce de cartera se encuentra aprobada por planeacion y calidad, se viene ejecutando desde Octubre de 2017. Falta actualizar los procedimientos que se encuentran en al Intranet.	25/07/2018	No se tiene avance , el procedimiento no se ha actualizado	02/10/2018	No se tiene avance , el procedimiento no se ha actualizado, se sugiere al lider de cartera Carlos Ricaurte trabajar en conjunto en la actualización con el área de Calidad					En Proceso
20	6	2017	Gestion Financiera	La información del estado real de la cartera no es oportuna y las cifras no son confiables.	Auditoria Interna-CI	Oportunidad	Migrar la información de cartera a Dinamica	Migración de la informacion en el sistema Dinamica de las cuentas por cobrar del sistema anterior.	Migrar información a Dinamica y realizar pruebas y trazabilidad a dicho sistema de la información migrada	Generar informes del area consolidados de manera confiable y real	Cartera Empresas	21/06/2017	31/08/2017	Cerrada		23/10/2017	Se verifica la confiabilidad de la información generada desde el sistema, dado a que en Dinamica se migró la información completamente.	18/01/2018	Se continúa con dificultades en la migración con el nuevo software	10/04/2018	Se tiene avance para el cruce de cartera y depuración con el Banco Agrario por concepto pagos a embargo con radicado # 1008719. Se tiene respuesta por parte de este Banco para el 18 de Abril de 2018.	25/07/2018	Se cuenta con el estado real de la cartera a junio de 2018 el cual asciende a 36 mil millones de pesos							Cerrada
20	6	2017	Gestion Financiera	La información generada de las conciliaciones de glosas y devoluciones no es oportuna, ya que esta debe ser cruzada permanentemente con el área de cartera.	Auditoria Interna-CI	Oportunidad	Generar información	La información que se genera en el proceso de conciliación de glosas, solo es oportuna realizarla en las fecha definidas para las conciliaciones, por lo que la información cambia todos los días y no se justifican informes adicionales	conciliac ión	conciliar la cartera glosada	Cartera Empresas	21/06/2017	infinito			23/10/2017	La persona dedicada a realizar las conciliaciones del area de cartera, se encuentra a la fecha en dicha area, lo que permite la validación oportuna de las conciliaciones.														Cerrada
20	6	2017	Gestion Financiera	No se evidencian parámetros establecidos por la ESE para realizar las conciliaciones con las diferentes ERP.	Auditoria Interna-CI	Pertinencia	implementar la paramaetrización desde contratación	Desde el proceso de Contratación se deben definir las condiciones y el alcance de las conciliaciones con las diferentes entidades responsables de pago	Contrato inicial	Plasmar en el contrato los mecanismos de conciliación	Cartera Empresas (contratación)	21/06/2017	infinito			23/10/2017	Se analiza transferencia de este hallazgo para el area encargada de la contratación, para que desde esa area se gestione en la contratación clausulas eficaces para efectuar conciliaciones efectivas.	18/01/2018	Se solicitará a la subgerencia general la autorización para acceder a la base contractual para las cuentas que requieran conciliación	10/04/2018	Se está circularizando cartera para posteriormente entrar en conciliacion. Se tiene actualmente conciliacion con algunas entidades y se tiene programada con la NUEVA EPS para la última semana de mayo en Bogotá.	25/07/2018	No se encuentra establecido ni un proceso ni procedimiento para realizar las conciliaciones	02/10/2018	No se tiene avance					En Proceso
20	6	2017	Gestion Financiera	Se verifican las instalaciones del archivo de cartera, encontrando condiciones inseguras para el resguardo de los titulos valores alli depositados (facturas).	Auditoria Interna-CI	Seguridad	Solicitar el apoyo de la subgerencia general para que se habilite un espacio adecuado dentro de la institución para la custodia y resguardo de los titulos valores (facturas)	Con el apoyo de una practicante se va a realizar un proceso de selección y control de los titulos valores, a fin de garantizar su adecuada custodia.	Protección de los titulos valores	Clasificar cada uno de los titulos valores por Entidad y de manera cronologica	Cartera Empresas	24/10/2017	16/12/2017	En Proceso	Se inicio trabajos de categorizacion de los titulos valorles por ERP y por año	23/10/2017	Se esta gestionando con el apoyo de dos personas la adecuación de los titulos valores, asi mismo se realizó mantenimiento a las instalaciones locativas para evitar inundaciones. Se encuentra a la espera una reubicación del archivo para que este sea mas amplio para el resguardo de la información alli contenida.	18/01/2018	Se continúa en la gestión de tener dos personas de apoyo y adecuar definitivamente el archivo de cartera.	10/04/2018	Se tiene avance con un funcionario del archivo de gestión documental el cual se encuentra agrupando cuentas de cobro por entidad.	25/07/2018	Se inicio trabajos de categorizacion de los titulos valores por ERP y por año.					Cerrada
20	6	2017	Gestion Financiera	No se cuenta con un respaldo de la información del archivo de cartera.	Auditoria Interna-CI	Seguridad	Digitalizar los envios que son entregados a las aseguradoras y EPS	Digitalizar el oficio de envío de las facturas a las distintas entidades, donde estan relacionadas las facturas que le son entregadas, puesto que alli esta la evidencia de entrega de las mismas	Contar con una base de datos en la que se tenga evidencia de los envios que fueron entregados a las aseguradoras y EPS	Tener una base de datos consolidada en la que se manejen los envios a la distintas Entidades de manera digitalizada	Cartera Empresas	01/11/2017	Infinito	En Proceso	se inicio proceso de digitalizacion de las facturas y las cuentas de cobro de las diferentes ERP	23/10/2017	Con el apoyo de dos personas se encuentran digitalizando desde septiembre y se está organizando la información alli contenida para el adecuado respaldo de los titulos valores.	18/01/2018	Se requiere el uso de un scaner de alto volumen de trabajo para asi contar con el back- up de la información.	10/04/2018	Se tiene respaldo de la informacion de archivo de cartera con el uso del scaner para tener soporte digital de las cuentas de cobro.							Cerrada

Plan de mejoramiento cartera particulares

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO										SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
6	9	2015	Gestion Financiera	Verificado el informe de cartera del Hospital a diciembre de 2015 presentado por la oficinas de cartera particulares, se encontró que esta asciende a $2.816 millones.	Auditoría Interna	Eficiencia	Generación de informe real de la Cartera del área	Se evidenció datos inconsistentes en el informe de la cartera particular encontrando datos de empresas y deudas cargadas a nombre del hospital	Se depuró la cartera y se llevó a comité de sostenibilidad las inconsistencias encontradas con el fin de sanear la misma	Tener una cartera saneada y depurada	Cartera Particulares	20/01/2017	28/02/2017	Cerrada	La información de la cartera que se ingresó a Dinamica fue con previa depuración de la información, la información depurada se llevó a comité de sostenibilidad para dar de baja estos saldos, de acuerdo a sus caracteristicas.	26/04/2017	Se avanza en la recuperación de la cartera empresas. Se presenta Plan de recuperación de cartera empresas cada 8 días en el comité de gerencia.									Cerrada
6	9	2015	Gestion Financiera	De acuerdo al informe generado por la Superintendencia de Salud después de su visita, solicitan formalizar ante calidad los procedimientos de la cartera de particulares	Auditoría Externa	Pertinencia	Elaboración de procedimientos del área de Cartera Particulares, certificados por calidad.	Se elaboró el manual de procedimiento del área de Cartera Particulares certificados por el área de Calidad.	Se debía tener estructurado un manual para los procedimientos que se efectúan en el área de Cartera Particular.	Crear el manual de procedimientos del área de Cartera Particulares, para definir el proceso y sus funciones.	LUIS FELIPE TOBON LOTERO Lider Cartera Particulares	01/01/2016	03/09/2016	Cerrada	Se elaboró por parte del área de calidad el manual con los procedimientos de Cartera Particulares.	04/05/2017	Se encuentra avance del proceso de cartera particulares institucionalizado en la intranet.	17/01/2018	Falta actualizar el subproceso de cartera particulares	10/04/2018	Falta actualizar el subproceso de cartera particulares en planeación y calidad.	25/07/2018	No se tiene avance	02/10/2018	No se tiene avance	En Proceso
18	11	2016	Gestion Financiera	Usuarios sin aseguramiento son gestionados administrativamente como particulares, los cuales se les realiza acuerdo de pago.	Auditoría Interna	Eficacia	Formalizar el aseguramiento	Crear un procedimiento que involucre las áreas de Facturación, Atención al Usuario, Trabajo Social y Cartera, con el fin de identificar los pacientes particulares y buscar los mecanismos para asegurarlos a un régimen en salud.	Pacientes particulares al que tienen condiciones socioeconómicas precarias y sin los recursos económicos para asumir los costos de la atención.	Asegurar el mayor número de pacientes particulares, con el fin de evitar el incremento de la cartera del hospital.	CARLOS ANDRES ALZATE Lider Cartera Particulares	01/03/2017	En proceso	En Proceso	Se elaboró un procedimiento donde estan suscritas las responsabilidades de las areas intervinientes en el proceso de aseguramiento de los pacientes particulares. Ya estan realizando las afiliaciones institucionales por parte de admisiones y facturación; además del acompañamiento de trabajo social para el aseguramiento de la población especial.	04/05/2017	Se creó un procedimiento que está implementandose con el apoyo de la direccion seccional de Antioquia para el aseguramiento de los pacientes particulares; se incluyen en este proceso el área de facturación y trabajo social; se rigen de acuerdo al Decreto 2353 de 2015, articulos 25, 26 y 27.	17/01/2018	Se continua realizando la afiliación a personas sin aseguramiento.									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se realizó una selección aleatoria de un pagaré, en el cual se evidencia la falta de consecutivo, error en los datos de valor de la deuda, espacios en blanco, ausencia de datos de ubicación del paciente como dirección, testigo, verificación de teléfonos y referencias.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se hizo cambio de formato de pagaré y carta de instrucciones con acompañamiento del departamento de planeación y juridica.	Diligenciar el formato de pagaré teniendo en cuenta de que este debe estar ajustado a los parámetros jurídicos y legales	Clasificar y ordenar por consecutivo los formatos de pagaré	Tener el control de los formatos, teniendo en cuenta el orden de los consecutivos y tomar conciencia de que los datos que estamos diligenciando alli sean confirmados.	Cartera Particulares	29/06/2017	01/09/2017	Cerrada	Se mandaron a imprimir talonarios con el pagaré y carta de instrucciones, los cuales ya cuentan con un consecutivo, el cual permite tener un control de dichos titulos valores y a su vez tener un mayor orden para el diligenciamiento de los mismos	23/10/2017	Se tiene aprobado por planeación y juridica el nuevo formato de pagaré, carta de instrucciones y carta de pago	17/01/2018	Se encuentra implementado y aprobado el nuevo pagaré									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	No se evidencia instructivo para el diligenciamiento de pagarés.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Ya se realizó instructivo de diligenciamiento de pagarés y soportes, éste se entregará a los funcionarios cuando se les dé la capacitación con el nuevo formato de pagaré.	Indicar como se debe diligenciar un pagaré con sus respectivos soportes	contar con un soporte que cumpla con los requisitos establecidos.	disminuir los errores por diligenciamiento de pagarés y soportes	Cartera Particulares	29/06/2017	01/09/2017	Cerrada	Se realizó por parte del abogado del área de cartera, una capacitación al personal de caja y de admisiones y facturación, en donde les dio todas las instrucciones precisas para el correcto diligenciamiento del pagaré, carta de instrucciones y autorización de reporte a procrédito.	23/10/2017	Se tiene previsto realizar capacitación con el nuevo formato de pagaré al personal de admisiones, facturación, caja y vigilancia; también se requiere formalizar el instructivo por el área de planeación y calidad.	17/01/2018	Se encuentra implementado y aprobado la nueva carta de instrucciones									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidencia cambio de formato de pagaré institucional, pero este no se encuentra oficializado ante el área de calidad.	Auditoría Interna-CI	Suficiencia o Disponibilidad	Lon nuevos soportes fueron revisados y calificados por el área de Planeación y Jurídica	Tanto el pagaré como la carta de instrucciones fueron remitidos al área de planeación y calidad para una nueva inmisión, aprobación y oficialización institucional	Ya el pagaré y la carta de instrucciones cuentan con la aprobación de la oficina de planeación y calidad y dichos soportes se pueden evidenciar a través del sistema de gestion de calidad en la intranet	Tener el pagaré y la carta de instrucciones aprobado por el área de planeación y calidad	Cartera Particulares	29/06/2017	20/08/2017	Cerrada	Se entregarón los formatos del pagaré y carta de instrucciones al área de calidad y planeación, en donde fueron revisados nuevamente por el área juridica y posteriormente fueron aprobados.	23/10/2017	Se tiene oficializado el nuevo formato de pagaré institucional	17/01/2018	Se tiene oficializado e implementado el nuevo formato de pagaré institucional									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció inconsistencias en el diligenciamiento de pagarés por parte de personal de apoyo (caja) y de admisiones.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Convocar a los funcionarios de las áreas de Facturación, Admisiones y Caja.	Capacitar por parte de cartera y coordinación de facturación a los funcionarios de admisiones, facturación y caja sobre el diligenciamiento de pagaré y documentos anexos.	Evitar errores por desconocimiento de procesos	Contar con un formato bien diligenciado sin tachones ni enmendaduras con sus respectivas firmas huellas y soportes anexos.	Cartera Particulares	29/06/2017	01/09/2017	En Proceso	El abogado del área de cartera realizó varias capacitaciones a los funcionarios del área de caja y al personal de admisiones y facturación, para que haya un correcto diligenciamiento de los pagarés. Además cada funcionario firma el pagaré y de esta manera se controla que se diligencien de una manera correcta.	23/10/2017	Se han realizado capacitaciones pero se evidencia los mismos errores. Se realizará sensibilización frente a la importancia del tema	17/01/2018	Se implementará estrategias mas didacticas para realizar las capacitaciones y evitar el mal diligenciamiento del pagaré	10/04/2018	Se dio capacitacion al personal de admisiones y de caja por parte de la lider de cartera Emilsen Montoya y el abogado de cartera Sebastian Mina. Falta reinduccion a varios funcionarios de facturación.	25/07/2018	Por la alta rotacion, se requiere capacitar nuevamente al personal de caja y de admisiones.	02/10/2018	Sen realizaron las capacitaciones con registros en actas de ascolsa, pero se sigue presentando rotacion constante de personal con errores en el proceso	En Proceso
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que el cruce entre cartera y anticipos no se realiza de manera oportuna.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Solicitar al área de sistemas un reporte para clasificar anticipos sin cruzar actuales y años anteriores	Cruzar todos estos anticipos con la factura afectada por cuentas por cobrar	Evacuar todas estas facturas que aparecen con saldo efectuando el cruce de anticipos	Tratar en lo posible de no dejar ningún anticipo sin cruzar con factura	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Se estan realizando los cruces de saldos de cartera con anticipos de pacientes, de acuerdo con un informe que se genera de manera periodica.	23/10/2017	Se solicitó al área de sistemas la información de los anticipos y se ha solicitado personal de apoyo al área.	17/01/2018	El líder de cartera de particulares requiere hacer cruce de anticipos para tener la cartera depurada	10/04/2018	Se hizo el 15 de marzo el último cruce de anticipos; el cual quedó estipulado para hacerse mensualmente mediante informe y diariamente con los recibos de caja.									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	No se evidencia adherencia a los procedimientos en el área de cartera particulares, además, éstos se encuentran desactualizados.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	Solicitar a la coordinación de cartera actualizar el manual de funciones y procedimientos del área de cartera particulares	Actualizar el manual de funciones y procedimientos del área de cartera particulares del hospital	Se realizó una reunión con la coordinación del área de cartera y la gerente de Ascolsa, donde se quedó en la tarea de actualizar los procedimientos del área	Tener un manual de funciones y procedimientos del área de cartera particulares actualizado y aprobado por la oficina de planeación y calidad	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	De acuerdo a la rotación del personal del área de cartera, no se tiene podido avanzar mucho en la actualización del manual de funciones y procedimientos del área, pero se espera que prontamente esta actualización este terminada.	23/10/2017	Se tiene avance en el procedimiento de las cuentas mas no se tiene oficializado. El cambio de funcionario de cartera particular se le informa acerca de la desactualización de los procesos	17/01/2018	Se requiere actualizar los procesos que se encuentra en la intranet	10/04/2018	Se requiere actualizar los procesos que se encuentra en la intranet	25/07/2018	No se tiene avance	02/10/2018	No se tiene avance	En Proceso
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que algunos usuarios y acompañantes no son informados del valor máximo a pagar por la atención (copago); igualmente, no se deja evidencia de las personas informadas.	Auditoría Interna-CI	Satisfacción del Cliente Externo	Pedir a las áreas de Admisiones y Facturación que informen al usuario el valor del copago que tienen que cancelar según su nivel y direccionar al área de cartera para solicitar por adelantado el copago por el servicio de atención médica.	tratar que el paciente o los acompañantes cancelen copago antes de la atención	Hacer firmar del responsable una nota donde se les indica el valor a cancelar para que este valor ya este saldado en el momento del alta	Rratar de que no se haga pagaré por conceptos de copago o si es el caso que sean eventos especiales	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	El coordinador de facturación a través de los secretariados de salas y facturadores de salas, viene cumpliendo con la labor de informar a los pacientes y/o acompañantes del pago de los copagos de acuerdo con el tipo de afiliación que tiene cada uno.	23/10/2017	Se realizará una estrategia para informar al paciente sobre la cuota a pagar durante su atención.	17/01/2018	Se requiere actualizar los procesos que se encuentra en la intranet y que este proceso no es competencia de cartera particulares. A partir de de Enero de 2018 es competencia de facturación y trabajo social.	10/04/2018	Se modificaron los procesos de trabajo social con los usuarios para ser informados del copago, apenas se viene implementando	25/07/2018	La profesional de desarrollo en familia del área de atencion al usuario hace el proceso de notificacion de los pacientes que cancelan copagos y cuotas de recuperacion observandose un incremento en el recobro.			Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que en el área no se realiza la gestión de cobro de la cartera de particulares, los mecanismos utilizados por el área están bajo la responsabilidad de Fenalcobra entidad que se encarga del recaudo de las obligaciones y Procrédito que reporta a las centrales de riesgo.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Solicitar una persona practicante para llevar a cabo las gestiones de llamadas de cobro	Informar a las personas responsables de la deuda el valor y tiempo que llevan en mora	Tratar de presionar a estos deudores morosos de una manera respetuosa para así llegar a un eficaz acuerdo de pago.	Recuperar cartera que se encuentre en mora	Cartera Particulares	29/06/2017	01/10/2017	Cerrada	Se estan haciendo las llamadas de gestión de cobro a los pacientes que han firmado pagarés, dejando como evidencia en dichos pagarés la gestión de las llamadas, además de los soportes con los acuerdos de pagos que se suscriben a partir de dicha gestión.	23/10/2017	Se evidencia apoyo por el personal de caja, sin embargo se ha realiza solicitud para el apoyo por practicante.	17/01/2018	Se continua con la gestión de cobro.									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció una cartera particular por valor de $ 2.778, de los cuales $ 323 millones son valores de dificil cobro, correspondientes a errores de digitación, deudas cargadas a menores de edad, entre otros.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Con ayuda de la persona practicante seleccionar pagares que están mal diligenciados ya sea por firmas de menores o adultos mayores	Llamar a estas personas y pedirles que se presenten al hospital con una persona que califique para hacer firmar nuevamente pagaré y destruir los anteriores, posteriormente revisar también si estos se encuentra en Procrédito y retirarlos de alli e ingresar nuevamente con la persona actual que firma pagaré	Que todos los soportes de pagares estén bien diligenciados y que cumplan con los procesos establecidos	Contar con un soporte legal que cumpla con los parámetros establecidos por el área de Planeación y juridica.	Cartera Particulares	29/06/2017	01/09/2017	Cerrada	Se efectuó la depuración de esta cartera de difícil cobro, cuyo informe fue llevado a comité de sostenibilidad y con el soporte del área juridica se le solicita a la junta directiva dar de baja a estos saldos. Además se contó con el acompañamiento permanente de la contadora del hospital, con el fin de efectuar una limpia y transparente labor.	23/10/2017	Se realizará una estrategia para gestión de difícil cobro desde el área de cartera particular.	17/01/2018	Está a la espera de la labor que va a realizar el personal de hacienda del departamento que se encuentra en la E.S.E	10/04/2018	Se encuentra aprobado por la junta directiva para dar de baja a las cuentas de difícil cobro. El lider de cartera particulares se encuentra trabajando con la contadora y funcionaria de Dinamica para la aejecucion de dar de baja estos saldos mediante archivo plano.	25/07/2018	No se realizó en archivo plano, se realizó manual y pasó la cartera de estar en 3.200 millones a 1.900; queda pendiente dar de baja a 1.900 facturas manualmente.	02/10/2018	Ya se dio de baja a facturas manuales aprobadas para su castigo por junta directiva. Evidenciado en acuerdo 006. 007,017 y 019 de 2018	Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció, con corte a febrero de 2017, el hospital refleja por concepto de devoluciones la suma de $ 353 millones	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Solicitar a las áreas de Admisiones y facturación cobrar al usuario el valor real por su atención.	Solicitar a las áreas de Admisiones y facturación que le cobren a los usuarios el valor real que les corresponde pagar por concepto de copago y en los casos particulares cobrar según valor total de factura. O si en el momento se evidencia un mayor valor pagado hacer devolución inmediata de este dinero.	Hacer cierre de mes los cinco primeros dias de cada mes para detectar estas inconsistencias.	Que las devoluciones que se presenten en el hospital sean por casos pertinentes y no por mayores valores cobrados.	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Se realizaron los cruces de saldos de cartera y anticipos de pacientes particulares, con el fin de subir la cartera saneada al sistema Dinamica	23/10/2017	Este hallazgo depende de la Facturación del dia a dia.	17/01/2018	Se continua en la mejora de los anticipos con el área de facturación en el dia a dia.	10/04/2018	Se hizo el 15 de marzo el último cruce de anticipos; el cual quedó estipulado para hacerse mensualmente mediante informe y diariamente con los recibos de caja.									Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	No se evidenció un plan de gestión de cartera a particulares.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	Se implementó un formato de Acuerdo de Pago	el cual se llena cuando el deudor llega al hospital y alli queda estipulado las cuotas y plazos para el pago de la obligación	comprometer al usuario teniendo en cuenta las facilidades que nosotros le podemos ofrecer a estos para saldar sus obligaciones	Mantener una buenas relación con los deudores y dejar por escrito los acuerdos de pago.	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Se consolidaron todos los pagarés firmados en el hospital, de acuerdo al archivo del área, realizando una gestión de cobro mediante llamadas realizadas por esta oficina y con la ayuda del área de caja, con el fin de localizar los deudores y llegar con ellos a acuerdos de pago. También con el apoyo de fenalcobra se esta efectuando el envio de mensajes de texto a los números celulares de los deudores.	23/10/2017	Se tiene gestión por la nueva funcionaria de cartera particulares con el apoyo del personal de caja para la gestión del cobro.	17/01/2018	Se va a implementar unos indicadores para la mejora del plan de gestión de cartera	10/04/2018	No se tiene avance	25/07/2018	Se tiene evidencia de la gestión de cobro de los pagarés año 2015 a 2018			Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció el reporte a las centrales de riesgo, sin el cumplimiento del debido proceso.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se llamó a Procrédito para que la persona encargada nos brinde una capacitación y nos asignen claves y contraseñas	Ingresar a las bases de datos de Procrédito una información precisa basada en los soportes de pagaré	Llevar a cabo los procesos tanto en las centrales de riesgo como en el área de cartera	Tener claros y respetar los procesos ya establecidos	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Se esta efectuando una depuración y saneamiento de la base de datos suministrada a Procrédito, con el fin de cumplir con lo dispuesto por la ley para el reporte de personas a las centrales de riesgo.	23/10/2017	Se solicita capacitación de cartera particulares a Procrédito para la asignación de usario y clave. A la fecha se ha ido gestionando el cobro con el usuario para evitar reportes a las centrales de riesgo.	17/01/2018	Se programa eliminación completa de FENALCOBRA luego de la depuración realizada por el personal de hacienda del departamento	10/04/2018	En la actualidad está a la espera de hacer el reporte de deudores a FENALCOBRA una vez se realicen la depuracion de la cartera con el apoyo de Hacienda del Departamento.	25/07/2018	Debido a deuda que se tiene con FENALCO, no se ha podido avanzar en el proceso de reporte a deudores de FENALCOBRA.	02/10/2018	Se restablecio el servicio con FENALCO, pero aun falta depurar base de datos de morosos. A la fecha se realizan reportes según lo establecido por la ley	En Proceso
29	6	2017	Gestion Financiera	No se realiza gestión de cobro a usuarios con valores menores a $50.000, esta cartera asciende a $119 millones.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	En el momento si se esta haciendo gestión de cobro por estos valores	tener en cuenta cualquier saldo que le deban al hospital		Sanear cartera	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Mediante llamadas telefonicas realizadas por esta área y con la ayuda del área de tesoreria, se estan efectuando los cobros a los deudores de saldos menores. Además cuando un paciente ingresa a la institución por un servicio, el personal de admisiones y registros detectan el deudor y realizan el cobro de dicho saldo, o son remitidos al área de cartera para llegar a un acuerdo de pago.	23/10/2017	A la fecha se está realizando cobro a valores menores de $ 50.000	17/01/2018	Se está haciendo cobro a valores mayores de 20.000 mil pesos. Inferiores se realizará castigo a cartera.	10/04/2018	Todos los saldos inferiores a 50.000 ,con el apoyo de Hacienda y la aprobacion de la junta directiva, se van a dar de baja y los saldos recientes se van a realizar mediante llamada y reporte a FENALCOBRA.	25/07/2018	En el acuerdo numero 006 de febrero 8 de 2018 aprobado por la junta directiva, se dio castigo a las facturas con un saldo inferior a 50 mil pesos			Cerrada
29	6	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que en el Hospital se atiende por consulta externa a usuarios deudores morosos, sin que se tenga ningún control	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Sele ha pedido a las áreas de Admisiones, facturación y caja que cuando evidencien un caso de estos, direccionen a estos usuarios al departamento de cartera para que cancelen la totalidad o llevar a cabo un acuerdo de pago.	Tratar de estos cancelen usuarios cancelen antes de recibir una nueva intención.	Llevar un control con los deudores morosos	Sanear cartera	Cartera Particulares	29/06/2017	Actualmente	En Proceso	Se esta haciendo un control desde el área de admisiones y registro, donde los funcionarios que hacen el ingreso de los pacientes una vez detectan que tienen una deuda con el hospital, proceden a dirigirlos al área de cartera y son informados del saldo adeudado y se efectúa el cobro o se llega a un acuerdo de pago para subsanar dicha deuda.	23/10/2017	El sistema alerta al personal cuando el paciente se encuentra en mora.	17/01/2018	Existe el control a deudores morosos	10/04/2018	Se requiere ajustar los procedimientos de CE respecto al paciente moroso.	25/07/2018	Se realizará la gestion con el área de sistemas para bloquear a deudores morosos en el software DINAMICA.	02/10/2018	Sin avances	En Proceso
29	6	2017	Gestion Financiera	No se tienen definidos los parámetros para realizar acuerdos de pago con los pacientes.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Elaboración de un acuerdo de pago de acuerdo con los criterios de ley y bajo los parámetros establecidos para la recuperación de cartera	Se elaboró un acuerdo de pago, conforme lo dispuesto por la Ley de Habeas Data y con un modelo bajo la asesoria de Procrédito y el área juridica del Hospital	Este acuerdo de pago se esta firmando con cada uno de los Pagarés que firman los usuarios y aquellos que se acercan para cancelar saldos anteriores	Contribuir con la elaboración de los acuerdos de pago, con el fin de que haya un compromiso por parte de los usuarios para cancelar las deudas y un control del cumplimiento de estos acuerdos, con el fin de	Cartera Particulares	10/09/2017	01/10/2017	Cerrada	Ya se diseño y elaboró el formato de acuerdo de pago para los pacientes deudores con el hospital, el cuál esta implementado en todos los pagarés que son firmados y a las personas que se les realiza gestión de cobros mediante llamadas telefonicas y que se acercan al hospital para llegar a un acuerdo para cancelar los saldos adeudados al hospital.	23/10/2017	A la fecha se está realizando mediante observación el análisis de la capacidad de pago del deudor. Se sugiere estandarizar a los deudores de acuerdo a unas características	17/01/2018	Se pasará al área de planeacion y calidad para oficializar los parametros que se encuentran definidos.									Cerrada

Plan de mejoramiento cuentas medicas

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO								SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
31	12	2015	Gestion Financiera	Glosas y devoluciones por cuenta de medicamentos sin cobertura	Auditoría Interna (CI)	Pertinencia	Se implemento con el funcionario de radicación el reporte diario de las tecnologias No incluidas en el PBS para solicitar a los Servicios involucrados los respectivos formatos no entregados.	El Servicio Farmaceutico es el principal filtro, la dispensación de la tecnología no pos está supeditada a la presentación del formato de MIPRES o de CTC.			Personal de enfermería y Servicio Farmaceutico, Regentes de Farmacia y Cristian Angel	25/10/2017	Indefinido, hasta que se modifique la norma	En Proceso	Ha disminuido la proporción de devoluciones por falta de soportes que avalen la factura de la tecnología no PBS.	19/01/2018	Se está trabajando en conjunto con el servicio farmaceutico para enviar los formatos de las tecnologias no incluidas en el PBS. Sin embargo se evidencia disminución de las devoluciones por esta situación.	12/04/2018	Se tiene una funcionaria para iniciar con el cumplimiento para poder realizarce la trazabilidad a todos las tencologias no PBS. Se tiene proyectado con un sistema que generará DINAMICA a partir del 13 de abril de 2018.	19/07/2018	Sin avances, por cambio de lider	05/10/2018	Sin avances	En Proceso

Plan de mejoramiento Facturación

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO														SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6		7		
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
31	12	2015	Gestion Financiera	La ficha de seguimiento a usuario hospitalizado medicamentos (F_02_GF-1) no permite facturar todos los medicamentos ordenados.	Auditoría Interna (CI)	Eficacia	no se usa actualemte, la historia clinica del aplicativo dinamica se encarga de hacer dichos controles. El medico ordena, le sale la orden a farmacia, esta despacha y a la auxiliar de enfermeria le figuran en el sistema para aplicar y registrar.	solicitar a calidad la eliminacion del formato ya que no aplica en la actualidad con la historia electronica	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	Cerrada	no aplica	04/05/2017	Continúa las inconsistencias con los registros de los medicamentos y ordenes médicas en el nuevo sistema DINAMICA.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	No se usa este formato ya que todo se realiza con el nuevo software DINAMCA. Se sugiere retirar este formato de los procesos que se encuentran en Intranet.										Cerrada
15	4	2016	Gestion Financiera	Pertinencia en el cobro a pacientes particulares y realización de pagaré	Auditoría Interna (CI)	Pertinencia	En conjunto con el grupo de facturacion de urgencias y hospitalizacion se esta garantizando el cobro oportuno y exacto de los servicios prestados.	Los facturacion de urgencias y hospitalizacion estan haciendo un cargue diario de los servicios y se esta generando la factura al egreso del paciente. Se le informa desde la admision que genera copago al egreso y se le esta solicitando hacer anticipos para ir soportando el cubrimiento de la deuda futura.	numero de pagares realizados por mes	disminuir el numero de pagares diligenciados al mes y mejorar el recaudo de la institucion	Facturacion de urgencias, hospitalizacion, cirugia, servicios de apoyo, consulta externa.	01/07/2017	indefinido	En Proceso	A 31 de dicembre de 2017 ha disminuido el valor y numero de facturas particulares.	04/05/2017	Se observa mejoramiento en el proceso en la captación de dinero y la disminución de pagaré	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Este procedimiento es compartido con cartera particulares; se tiene un avance con la iniciación de capacitaciones al personal de admisiones, facturación y caja. Se cuenta con un cronograma de capacitaciones para mejoramiento del proceso de admisiones y facturación.	12/04/2018	Se tiene un procedimiento en conjunto con la líder de cartera empresas, cartera particulares, líder de facturación y desarrollo familiar aprobado con el subgerente general. Se tiene programado entrenamiento en los puestos de trabajo con la	19/07/2018	Sin avances, por cambio de líder	05/10/2018	Sin avances. Líder indica se ha solicitado de manera escrita a Líder de cartera el proceso documentado y aun no obtiene respuesta.				En Proceso
10	11	2016	Gestion Financiera	Se evidencia falta de calidad en los datos desde la admisión de los pacientes	Auditoría Interna (CI)	Pertinencia	capacitar al personal de admisiones y realizar seguimiento.	Se realizo capacitacion al personal de admisiones para mejorar y garantizar la calidad del dato. Se realiza grupo primario todos los miercoles del mes para tratar casos puntuales.	admisiones inconsistentes en el mes	disminuir el numero de admisiones mal realizadas	admisionistas	01/07/2017	indefinido	En Proceso	se ha estabilizado el grupo de admisiones	04/05/2017	Con el nuevo Software se viene mejorando la calidad del dato desde la admisión de la información. Se tiene inconveniente con usuarios del SOAT.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se viene sensibilizando a los admisionistas con el área de estadistica en lo referente a los datos	12/04/2018	Se tiene programado entrenamiento en los puestos de trabajo con la líder de cartera , líder de Facturación y líder estadística acerca de fortalecer los datos que se requieren en esta área.	05/10/2018	Sin avances, se tiene programado inicio de capacitaciones para segunda quincena del mes de octubre de 2018					En Proceso
10	11	2016	Gestion Financiera	La solicitud del código de autorización está diseñado adecuadamente pero no funciona eficazmente en los tiempos.	Auditoría Interna (CI)	Oportunidad	Validar la oportunudad de plataforma de tramisalud y correo institucional.	desde el area de admisiones se solicitan las autorizaciones al ingreso y se realiza la trazabilidad de los casos donde no se da codigo.	100% de pacientes autorizados	obtener autorizacion de todos los pacientes atendidos	admisionistas	01/07/2017	01/09/2017	En Proceso	se factura cada dia y cada egreso lleva la respectiva autorizacion	04/05/2017	No se evidencia avance	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se encuentra en estudio la viabilidad de sustituir o no el programa TRAMISALUD ya que este programa se encuentra desactualizado.	12/04/2018	Se viene trabajando en conjunto TRAMISALUD y CENTRAMITESI (dfrisarrafael.org paara el codigo de autorización de	19/07/2018	Sin avances, por cambio de lider	05/10/2018	Se esta evaluando con el área de sistemas viabilidad de omitir uso de plataforma TRAMISALUD y aperciar uso de				En Proceso
5	7	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que el oxigeno se registra en la historia clínica, pero este no se ve reflejado en la factura parcial del paciente.	Auditoría Interna (CI)	Oportunidad	revisar y cargar el oxigeno diariamente	el revisor de medicamentos debe chequear diariamente la orden y el registro del oxigeno en la H.C, el facturador lo carga diariamente. Si hay inconsistencia la corrige instantaneamente con el personal de enfermeria.	porcentaje de pacientes auditados sobre total de pacientes con oxigeno	garantizar la autorizacion del 99% de los egresos	revisores de medicamentos y auxiliares de facturacion	01/07/2017	indefinido	En Proceso	se ha presentado una notable mejoria en el registro del oxigeno a la hora de facturar los cargos.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	El facturador es el encargado del soporte de oxigeno en la factura el cual presentan un formato para las enfermeras en caso de presentar una diferencia										Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Se evidencio que en el servicio de urgencias se facturaron, por sala de observación, 89 casos en los meses de febrero, marzo y abril; para el mes de mayo, se facturaron 192 casos.	Auditoría Interna (CI)	Eficacia										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se evidencia aumento del cobro de la sala de observación, pasando 80 casos en el primer trimestre de 2017 a mas											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Se evidenció acumulación de cuentas por auditar en medicamentos, oxigeno y nebulizaciones.	Auditoría Interna (CI)	Oportunidad										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	suprimida en la E.S.E. Se están realizando sensibilización a las enfermeras											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	En el registro de oxígeno, en Dinámica, se evidenció que el sistema permite el ingreso de fechas menores a la fecha actual en el campo "*Fecha hasta* ", sin alertar sobre el error en el diligenciamiento.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se ha realizado capactiación con Adiela y Hugo los cuales son los regentes que se tienen para el apoyo a medicamentos del registro											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Se evidencia un riesgo en la confidencialidad de la información registrada en la historia clínica de los pacientes de SALA 4, ya que, las claves de acceso de todo el personal de enfermería están disponibles en un cuaderno.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	A la fecha, no existe el cuaderno con las claves de cada funcionario de enfermería. En caso de algún error en la factura , se le cargará las glosas al salario de la que se encuentra de turno.											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Para facturar el oxigeno no ordenado en la Historia clínica por el médico tratante, el auditor de oxigeno hace uso de un formato físico el cual es anexado a la factura; esta orden no queda registrada en la Historia Clínica Electrónica.	Auditoría Interna (CI)	Eficacia										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	No se realiza este formato ya que el nuevo software tiene implementado otras estrategias.											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que las altas de los pacientes son entregadas por el personal de enfermería al secretario de sala de manera acumulada.	Auditoría Interna (CI)	Oportunidad										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se viene implementando nuevas estrategias para el proceso de las altas desde facturación.	12/04/2018	No se tiene avance	19/07/2018	Sin avances, por cambio de lider	05/10/2018	Se esta trabajando en el tema de la mano con la subgerencia de salud. Pero aun no se subsana el inconveniente					En Proceso
5	7	2017	Gestion Financiera	En el copago o cuota moderadora pagado por los usuarios se evidenció mayores valores facturados, que son devueltos varios días después con el cumplimiento de algunos requisitos. Este procedimiento no es claro entre las áreas de facturación y cartera.	Auditoría Interna (CI)	Eficiencia										25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se ha tenido una mejora en las devoluciones de los copagos a usuarios por la facturación está saliendo casi al dia de la alta.	12/04/2018	Se tiene programado entrenamiento en los puestos de trabajo con la líder de cartera , líder de Facturación y líder estadística acerca de fortalecer los datos que se requieren en esta área. Se tiene planeado informar al usuario acerca del copago en el proceso de admision. se tiene proyectado fortalecer la facturacion al dia para adelantar el alta.	19/07/2018	Sin avances, por cambio de lider	05/10/2018	Aun no se realiza capacitacion en las areas, se tiene programada capacitacion para la segunda quincena de Octubre de 2018					En Proceso
5	7	2017	Gestion Financiera	Las tarifas para el año 2017 para la aseguradora Nueva EPS el cual quedaron ISS 2000 + 55%, no están ajustadas a este incremento.	Auditoría Interna (CI)	Eficacia	ajustar las tarifas al contrato vigente	revisar y ajustar las tarifas según el contrato pactado		tener el 100% de las tarifas según la contratacion vigente	carlos lopera	01/07/2017	31/07/2017	Cerrada	se revisaron las tarifas según el contrato y se actualizo en su totalidad.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	En la actualidad las tarifas están ajustadas según los contratos vigentes											Cerrada
5	7	2017	Gestion Financiera	Con las aseguradoras Coomeva, Sura, Fundación Medico Preventiva, Coosalud, y Salud Total; se tienen propuestas para ajustar las tarifas a la vigencia 2017, sin embargo, no se tiene respuesta, por lo que se continúa facturando con las tarifas del año anterior.	Auditoría Interna (CI)	Pertinencia	definir contratacion y tarifas con estas aseguradoras	solicitar a la direccion una directriz en cuanto a la contratacion con dichas aseguradoras		tener definidas las tarifas de dichas aseguradoras	carlos lopera	01/09/2017	30/11/2017	Cerrada	se definio en reunion con gerencia y subgerencia tarifas a soat pleno para coosalud, salud total, coomeva. Con sura se continua con la relacion contractual y fundacion medico preventiva salio del mercado.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	No se tiene avance en las propuestas de tarifas con las aseguradoras, se requiere apoyo con diferentes áreas para reactivar el comité de contratación. Este hallazgo no es responsabilidad exclusiva de facturación, se eleva la petición a las altas directivas.	12/04/2018	Se tiene avance en la reactivacion del comitè decontratación. En la actualidad SURA, SUMMEDICAL, MEDIMAS Y SAVIA tarifas ISS 2000 +% a tarifas 2018. Se está mandando propuesta de tarifas a NUEVA EPS y CRUZ BLANCA. COOSALUD no se tiene propuesta y se termina contrato para el dia 14 de abril de 2018, se ha vendo facturando con SOAT pleno. COOMEVA no se tiene contrato, se encuentra en negociaciones.	19/07/2018	Sin avances, por cambio de lider	05/10/2018	Sin avances. Se desconoce existencia desde el area de facturacion el comitè de contratacion.					En Proceso
5	7	2017	Gestion Financiera	En el sistema Dinámica, se observa múltiples códigos de EPS para una sola actividad, lo que induce al error al seleccionar una estancia, generando riesgos de facturar un valor diferente al contratado.	Auditoría Interna (CI)	Seguridad	depurar la codificacion del aplicativo dinamica	identificar los codigos que no aplican a esta ips y desactivarlos para que el personal medico no tenga la opcion de escogerlos por error.		tener en el sistema dinamica solo los codigos pertinentes.	carlos lopera	01/09/2017	30/04/2018	En Proceso	se han depurado gran cantidad de codigos del sistema que no aplican para esta ips.	25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Se ha ido depurando la información a necesidad, no en su totalidad ya que es demasiado extenso.	12/04/2018	Se continúa con la depuración de codigos de los niveles I y II en el software DINAMICA.	19/07/2018	Sin avances, por cambio d	05/10/2018	Sin avances					En Proceso
14	9	2017	Gestion Financiera	No se evidencia información sobre derechos y deberes al usuario durante el proceso de asignación de las citas médicas, siendo responsabilidad del área de admisiones.	Auditoría Interna (PAMEC)	Pertinencia	no corresponde al area de facturacion									25/10/2017	No se evidencia avance	18/01/2018	Este proceso no es de competencia de Facturacion. Es competencia de la coordinadora de consulta externa.											Cerrada

Plan de mejoramiento Financiera

REPORTE						PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO										SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?			1		2		3		4		5		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
28	2	2014	Gestion Financiera	Verificadas las cuentas de las estampillas correspondientes a pro ancianos (cuenta 29059001), Pro desarrollo (Cuenta 29059002) y Pro Hospitales (Cuenta 29059003), se observa que aún se encuentra pendiente por cancelar las estampillas correspondientes a Pro ancianos por $168.006.474 y Pro desarrollo por $ 249.515.581, para un total de $ 417.522.055.	Auditoría Interna	Oportunidad	En la medida de lo posible realizar mensualmente el pago correspondiente a estampillas.	A partir del mes de febrero de 2018 se presentara la declaracion de estampillas mes a mes a la gobernacion y se cancelara el valor de dicha declaracion, se evaluara un acuerdo de pago para la cancelacion de las vigencias anteriores por concepto de estampillas		Pago oportuno de vigencia en curso de estampillas y compromiso de pago para vigencia anterior	Tesoreria	01/02/2018		En Proceso	Desde el pasado mes de febrero se esta presentando y cancelando la declaracion de estampillas correspondiente al año en curso.	19/01/2018	Se ha venido realizando abonos a estampillas correspondiente a prohospitales mensualmente. Se tiene planeado abrir una cuenta para llevar el saldo a estampillas	16/04/2018	Desde el mes de Febrero del 2018, se viene realizando cada mes el pago oportuno y total de cada una de las estampillas. Se realizará acuerdos de pago para las estampillas que se adeudan de gerencias anteriores	24/07/2018	Desde el mes de Febrero del 2018, se viene realizando cada mes el pago oportuno y total de cada una de las estampillas. Se continúa sin tener un acuerdo de pago de las estampillas de años anteriores.	04/10/2018	Sin avances			En Proceso
28	2	2014	Gestion Financiera	El sistema de costos actual dificulta la toma de decisiones toda vez que no permite la identificación real de los mismos.	Otros	Eficiencia					Contabilidad			Cerrada		23/10/2017	Se ingresa toda la información desde el área de contabilidad a todos los centros de costos y se tiene un asesor externo el cual se encarga de hacer el costeo de todos los procesos, esta se encuentra en la fase de implementación.	19/01/2018	Se tiene un sistema de costos, hay una persona encargada de todo el sistema de costos y preparar toda la información								Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	Al no tener implementado un sistema de costos, se dificulta la toma de decisiones frente a costos y gastos de los servicios prestados.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia					Contabilidad					23/10/2017	Se ingresa toda la información desde el área de contabilidad a todos los centros de costos y se tiene un asesor externo el cual se encarga de hacer el costeo de todos los procesos, esta se encuentra en la fase de implementación.	19/01/2018	El proceso de costos y gastos de los servicios prestados se ha venido implementandose desde los gastos. No se toma decisiones con el sistema actual de costos	16/04/2018	Se cuenta con un sistema de costos el cual es manejado por un asesor externo que pasa los datos de informacion a Gerencia. Se requiere para la proxima auditoria que el asesor externo haya explicado el informe que pasa a Gerencia al área contable	24/07/2018	Se cuenta con un sistema de costos el cual es manejado por un asesor externo que pasa los datos de informacion a Gerencia. El asesor externo explicó el informe que pasa a Gerencia y Subgerencia; se verificará informe			Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	El balance general y el estado de actividad financiera, económica, no se hace publico en la página web de la institución y lo establecido en la Ley 1712 de 2014.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad					Contabilidad					23/10/2017	A la fecha no se tiene publicado en la página Web de la institución.	19/01/2018	Se viene realizando semestralmente, en la pagina web de la institución, la publicación de los estados financieros a diciembre de 2016 y junio de 2017. queda pendiente la publicación de diciembre de 2017.	16/04/2018	Se tiene programado la publicacion de los estados financieros , con corte a Diciembre de 2017, para el 18 de Abril de 2018	24/07/2018	Se viene publicando cada 6 meses el estado financiero y balance general en la página web institucional; se observa publicacion de Diciembre de 2016, junio de 2017 y Diciembre de 2017.			Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	No se realizan actualizaciones a los funcionarios involucrados en el proceso contable (estos son contratistas).	Auditoría Interna-CI	Seguridad					Contabilidad					23/10/2017	Las capacitaciones realizadas son generadas por los entes de control, la institución solo realiza capacitaciones al personal de planta.	19/01/2018	No se tiene actualizaciones a los funcionarios del proceso contable. No se tiene avance	16/04/2018	No se tiene actualizaciones a los funcionarios del proceso contable. No se tiene avance	24/07/2018	No se tiene avance	04/10/2018	Las capacitaciones son brindadas solo a personal vinculado, por lo que al personal del area no se le brindan por ser prestadores de servicio	No iniciada
1	2	2017	Gestion Financiera	Aunque se realiza cierre integral de la información producida en todas las áreas que generan hechos financieros, económicos, sociales y ambientales, no existe una política documentada que defina los plazos para realizar dicho cierre.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia					Contabilidad					23/10/2017	A la fecha no se encuentra avance.	19/01/2018	Se encuentra dentro de las politicas contables el cierre de la información; no se encuentra una politica documentada que defina plazos.	16/04/2018	No se tiene avance	24/07/2018	El cierre de la información existe verbal para los procesos de contabilidad, suministros,Farmaci (inventarios), presupuesto, tesoreria y facturación	04/10/2018	Sin avances	En Proceso
1	2	2017	Gestion Financiera	El proceso financiero de la ESE está soportado en contratistas	Auditoría Interna-CI	Seguridad					Contabilidad					23/10/2017	Hasta que la planta temporal no sea aceptado, el proceso seguirá siendo soportado en contratistas	19/01/2018	A la fecha no se tiene avance	16/04/2018	A la fecha no se tiene avance	24/07/2018	A la fecha no se tiene avance			No iniciada
1	2	2017	Gestion Financiera	No se gestionan los riesgos del proceso contable	Auditoría Interna-CI	Seguridad					Contabilidad					23/10/2017	No se gestionan los riesgos del proceso contable	19/01/2018	A la fecha no se tiene avance	16/04/2018	A la fecha no se tiene avance	24/07/2018	Se tiene actualizado los mapas de riesgos del área financiera en el tablero de indicadores			Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	El recaudo de los ingresos no cubre los egresos, (no existe un equilibrio)	Auditoría Interna-CI	Eficiencia					Presupuesto					23/10/2017	No existe el equilibrio entre los ingresos y egresos dado a que el presupuesto se realiza con base en las necesidades del hospital	19/01/2018	Al corte de Diciembre de 2017, el gasto aproximado fue de 63 mil millones y el recaudo fue aproximado de 45 mil millones por lo que no se ha llegado a un equilibrio.	16/04/2018	A la fecha el equilibrio es de 0.35% debido que en Enero se realizó la contratacion de agremiaciones , proveedores y servicios asistenciales (medicos, especialistas, bacteriologos y enfermeras) hasta el mes de Agosto de 2018. La parte administrativa se realizó hasta el 2 de mayo.	24/07/2018	Para cubrir los servicios ofrecidos por la E.S.E , se deben realizar contrataciones y compras de medicamentos y materiales sustentado en una proyección de recaudo, derivado entre los acuerdos de pago con las entidades responsables de pago, muchos de ellos se realizan en las mesas conciliatorias. A la fecha , no se tiene un equilibrio entre los ingresos y egresos. El equilibrio presupuestal se encuentra en 0.49%	04/10/2018	El equilibrio presupuestal a la fecha es de 0.53% , por compromisos previos hasta el mes de diciembre de 2018	En Proceso
1	2	2017	Gestion Financiera	Valorización de inventarios en ejecución	Auditoría Interna-CI	Eficiencia					Contabilidad					23/10/2017	La valoración de inventarios de activos fijos está funcionando correctamente. Se hace inventarios aleatorios como control de activos.										Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que las conciliaciones bancarias no son oportunas	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Conciliaciones al dia.	Realizar plan de trabajo para lograr tener al dia las Conciliaciones Bancarias.		Conciliaciones bancarias al dia.	Tesoreria			En Proceso	Las conciliaciones Bancarias se encuentran terminadas a mayo de 2018 y el mes de junio se encuentra en ejecucion.	19/01/2018	Se ha venido desatrazando las conciliaciones bancararias	16/04/2018	Se continua desatrazandose las conciliaciones bancararias	24/07/2018	Se tiene conciliaciones bancarias hasta el mes de Mayo; junio se encuentra en ejecución	04/10/218	A la fehca se tienen al dia las conciliaciones			En Proceso
1	2	2017	Gestion Financiera	Implementar el numeral "3.3. Establecimiento de acciones de control", establecido en la Resolución 193 de 2016 de la Contaduria General de la Nación. Respecto a los controles ejecutados para mitigar los riesgos del proceso.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia					Contabilidad					23/10/2017	No se ha actualizado el mapa de riesgos.	19/01/2018	No se ha actualizado el mapa de riesgos. No se tiene avance.	16/04/2018	No se ha actualizado el mapa de riesgos. No se tiene avance.	24/07/2018	Se tiene actualizado los mapas de riesgos del área financiera en el tablero de indicadores			Cerrada
1	2	2017	Gestion Financiera	Definir una política de análisis y presentación de información financiera a la Alta dirección y partes interesada.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad					Contabilidad					23/10/2017	Se debe actualizar el procedimiento de entrega de información financiera.	19/01/2018	No existe, a la fecha, un procedimiento o proceso definido para la presentacion de información financiera a la alta dirección y partes interesadas.	16/04/2018	No existe, a la fecha, un procedimiento o proceso definido para la presentacion de información financiera a la alta dirección y partes interesadas.	24/07/2018	No se tiene avance	04/10/2018	Sin avances	No iniciada
1	2	2017	Gestion Financiera	Definir una directriz de conciliación y ajuste a la información donde esta se genere.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Realizar las respectivas conciliaciones con tesorería, presupuesto y cartera con la ayudia del personal del area contable y de las diferentes areas.	Crear un equipo de trabajo con personal de cada área involucrada			Contabilidad	01/06/2018	31/12/2018			23/10/2017	Mensualmente se hace conciliaciones por medio del sistema, pero no se tiene definido una direcriz con las diferentes áreas.	19/01/2018	Se continua mensualmente realizando conciliaciones con tesoreria y presupuesto, es dificil hacer conciliaciones de la totalidad de la cartera, se hacen aleatorios con ERP.	16/04/2018	Se continua mensualmente realizando conciliaciones con tesoreria y presupuesto, es dificil hacer conciliaciones de la totalidad de la cartera, se hacen aleatorios con ERP.	24/07/2018	Se iniciará en Agosto las conciliaciones con tesoreria y cartera.	04/10/2018	Se esta haciendo depuracion contable según la ley 1819 de 2016	En Proceso
27	9	2017	Gestion Financiera	Se evidenció que en el portal transaccional de Bancolombia están pendientes de eliminar como usuarios los exgerentes Henri Philippe Capmartin y Misael Castavid. La última solicitud presentada por el Hospital fue el 5 de septiembre de 2017; igualmente, al 21 de septiembre, no se encuentra actualizado el usuario del actual responsable de los pagos (tesorero) en el portal transaccional del banco.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Eliminar o Inactivar usuarios no permitidos.	Solicitar autorizacion para para eliminar Usuarios del Portal Transaccional de Bancolombia.	Se pide soporte al portal de Bancolombia para eliminar usuarios no activos.	Eliminar usuarios no activos del Portal Bancolombia	Tesoreria	27/09/2017	08/11/2017	Cerrada	Se iliminaron correctamente usurios no autorizado y/o vencidos del portal Bancolombia.	19/01/2018	En el portal transaccional de Bancolombia, a la fecha ya se encuentran cerrados los usuarios que no corresponden a aprobacion y se tiene crado el nuevo usuario de tesorero.									Cerrada
27	9	2017	Gestion Financiera	Se estableció que en el cargo de Auxiliar de tesorería han estado varias personas, sin que las claves de las cajas fuertes de la institución se hayan cambiado.	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Gestionar				Tesoreria					19/01/2018	Se ha hecho la gestión de cambiar las claves de la caja fuerte pero por el costo no se ha podido intervenir. Se tiene como directriz, prohibido el ingreso de personal no autorizado a las cajas.	16/04/2018	Se ha hecho la gestión de cambiar las claves de la caja fuerte pero por el costo no se ha podido intervenir. Se tiene como directriz, prohibido el ingreso de personal no autorizado a las cajas.	24/07/2018	A la fecha, solo la auxiliar de tesoreria tiene acceso a la cada fuerte. Ninguna persona adicional está autorizada para este manejo.	04/10/2018	Se tiene en cotizaciones para cambio de claves de cajas fuertes y mantenimiento de ellas			En Proceso
27	9	2017	Gestion Financiera	Se evidenció en el listado de pagos, generado el 20 de septiembre, existe un pago en el sistema con comprobante de egreso 2161 por una obligación de $19'825.365, el cual aparece como confirmado, sin que se evidencie el abono a la cuenta del proveedor. Al 29 de septiembre no se evidenció la nota crédito anulando comprobante de egreso.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Realizar Nota Credito a Pago 2161.	Se realizó Nota de Pagos al comprobante de egreso 2161.		Realizar Nota de Pago a Comprobante 2161	Tesoreria	27/09/2017	10/10/2017	Cerrada	Se realizó Nota de Pagos al comprobante de egreso 2161.	19/01/2018	Se realizó la nota credito del comprobante 2161 con la nota debito 125, el dia 6 de octubre de 2017. El pago se realizo con pago 2382 el dia 12 de Octubre de 2017.									Cerrada
27	9	2017	Gestion Financiera	Se evidenció un pago erróneo de $447.620 con comprobante de egreso 1395, el cual fue reintegrado por el proveedor, ya que la obligación era $4'.476.200.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia		Realizar nota de pago a comprobante de pago 1395, y realizar de nuevo el comprobante de egreso.		Se realizo la respectiva nota de pago al comprobante 1395, y se realiza el comprobante 1396 corregido	Tesoreria	05/07/2017	05/07/2017	Cerrada		19/01/2018	Se realizó una nota credito numero 260 al comprobante de egreso 1395 para la devolucion del valor al módulo. El valor se pagó con comprobante de egreso 1396.									Cerrada
27	9	2017	Gestion Financiera	El proceso de tesorería es gestionado por un tercero contratado por prestación de servicios	Auditoría Interna-CI	Seguridad					Tesoreria					19/01/2018	A la fecha se continúa por prestación de servicios el puesto de tesorero.	16/04/2018	No se tiene avance	24/07/2018	No se tiene avance	04/10/2018	No se tiene avance			No iniciada
27	9	2017	Gestion Financiera	No se ha actualizado el mapa de riesgos del área, además estos no se gestionan permanentemente.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Actualizar mapa de riesgos del area	Se tiene programado con el area de contabilidad asesoria para actualizar mapa de riesgos del area de tesoreria			Tesoreria	07/06/2018	30/06/2018	Cerrada	Se tuvo asesoria con Saray Avendaño de Planeacion y Calidad y se actualizó el mapa de riesgos.	19/01/2018	No se tiene avance	16/04/2018	No se tiene avance	24/07/2018	Se tiene actualizado Mapa de Riesgos que se encuentra en el acceso directo Tablero de Indicadores.					Cerrada

Plan de mejoramiento Jurídica

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO																SEGUIMIENTO
RECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6		7		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado		
7	10	2014	Gestion Jurídica	No se evidencian actas de liquidación de los contratos y las actas de finalización se realizan solo a aquellos que terminaron anticipadamente	Auditoría Interna-CI	Eficacia	En los contratos culminados en el 2014, no se puede realizar acción de mejora, pues ya culmino el plazo para poder realizar la liquidación de manera bilateral, de manera unilateral y de manera judicial, pues ya han pasado más de 4 meses, 6 meses y 2 años respectivamente. En los contratos que se encuente vigentes y dentro del término oportuno para la realización de la lioquidación se procederá a liquidarlo	Realizar la liquidación de los contratos.		Acta de liquidación	Supervisores y Jurídica	1 de junio de 2017	1 de septiembre			10/05/2017	Se iniciará el proceso de liquidación de contratos solo los del año 2016, ya que los años anteriores se encuentran prescritos.	17/07/2017	Se dio inicio a la liquidación del 2016 el viernes 14 de julio, se pasa la información del contrato a tesorería para verificar si a este se le adeuda o no.	24/10/2017	Se tiene avance con las actas de liquidación en un 20%, no se realizan actas de finalización a todos los contratos, unicamente a los que terminan anticipadamente.	18/01/2018	se continua con un avance del 20% en las actas de liquidación; no se realizan actas de finalización a todos los contratos, unicamente a los que terminan anticipadamente	11/04/2018	se continua con un avance del 30% en las actas de liquidación; no se realizan actas de finalización a todos los contratos, unicamente a los que terminan anticipadamente	23/07/2018	se continua con un avance del 40% en las actas de liquidación; no se realizan actas de finalización a todos los contratos, unicamente a los que terminan anticipadamente	08/10/2018	se continua con un avance del 45% en las actas de liquidación; no se realizan actas de finalización a todos los contratos, unicamente a los que terminan anticipadamente	En Proceso
15	5	2015	Gestion Jurídica	Verificado el informe de procesos judiciales en contra del Hospital, se encontró que la pretensión de las demandas asciende a $4.066 millones, de los cuales, en el evento de un fallo en contra, el Hospital pagaría aproximadamente $508 millones	Auditoría Interna-CI	Eficacia	Cuantificar en debida forma todos y cada uno de los procesos judiciales que se encuentran en curso en contra de la entidad.	Realizar la cuantificación de conformidad con lo que arrogen los infolios judiciales		Cuantificación de acuerdo a la realidad jurídica	Abogado de la representación judicial	1 de junio de 2017	1 de septiembre			10/05/2017	Se ejecutará plan de acción a las demandas, cuando llegue la nueva representación judicial.	17/07/2017	Nubia y Maria Cristina	11/04/2018	No se tiene avance	23/07/2018	Las pretensiones de las demandas asciende por un valor mayor a los $20.000 millones de pesos aproximadamente	08/10/2018	No se tiene avance						En Proceso
15	5	2015	Gestion Jurídica	Verificado el informe de fallos y sanciones al Hospital, se encontró que estas ascienden a $359 millones, de los cuales $300 millones son por una condena indemnizatoria en contra del Hospital.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	La entidad estatal realizará oportunamente el comité de conciliación y defensa judicial para los casos que se encuetren dentro de la vigencia y en el término oportuno para hacer el analisis de una eventual acción de repetición siempre y cuando cumplan con los 3 requisitos: 1. no caducidad de la accipon, 2. Dolo y 3. La culpa grave.	Realización del comité de conciliación cuando llegue las eventuales condenas.		Darle cumplimiento a la Ley 678 de 2001.	Abogado de la representación judicial y coodinador del área jurídica	1 de junio de 2017	1 de septiembre			10/05/2017	Se evidencia sentencia ejecutada, sin embargo se instaura plan de mejoramiento respecto a la oportunidad de las demandas que lleguen a la ESE	17/07/2017	Nubia y Maria Cristina												Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 80% de la muestra de la relación contractual contiene los estudios previos y necesidades requeridas para la elaboración de contratos, en el 20% de los contratos faltan los estudios previos para que se completen los soportes para la legalización de la relación contractual.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Realizar los estudios previos faltantes con el fin de dar cumplimiento en la totalidad de los documentos contractuales de la entidad	Se realiza un diagnostico de los contratos que se en cuentran faltantes en el tema de los estudios previos. Se verifica los documentos contractuales y se procede a formalizar los documentos.		Estudios previos (Documentos)	Abogadas de contratación	1 de junio de 2017	1 de septiembre			10/05/2017	Se iniciarán acciones de contingencia para el año 2016.	17/07/2017	Se inicia acción el viernes 14 e julio.	24/10/2017	En la vigencia 2017, se tiene un 100% de los estudios previos y los soportes para la legalización de la relación contractual.	18/01/2018	A la fecha, los contratos en el mes de Enero se encuentran en un 100% los estudios previos y los soportes para la legalización de la relación contractual.								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	No se observa un estudio de la capacidad instalada por áreas en la ESE.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Se realizará un estudio de capacidad instalada en cada una de las áreas de la institución	Realizar un análisis combinandao las cifras de producción, el portafolio de servicios, el personal a cargo y la facturación desplegada.		Estudio de capacidad	Asesora de calidad y asesroa de planeación	1 de junio de 2017	1 de septiembre	Cerrada	Se socializó con el Subgerente general quien es el encargado de solicitar y delegar esta funcion de capacidad instalada a cada coordinador de área.	10/05/2017	No se ha iniciado el estudio de la capacidad instalada de la ESE, se socializará con el area de planeación y calidad.	17/07/2017	No se evidencia avance de la actividad.	24/10/2017	Se debe socializar con el subgerente general para dar inicio a un estudio de la capacidad instalada por áreas en la ESE.	18/01/2018	Se socializo con el Subgerente general el estudio de la capacidad instalada por áreas de la E.S.E. Este requerimiento es responsabilidad de los subgerentes de la institución.								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 90% de la muestra de los contratos contienen los soportes requeridos para la legalización de la contratación, pero el 10% faltante, especificamente el contrato de SINTRASAN, no se observa la propuesta y estudios previos que dan inicio al proceso contractual.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se verificará los documentos contractuales faltantes especificamente con los faltantes del contrato de SINTRASAN	Realización de los documentos que se puedan realizar y con el fin de darle cumplimiento a lo solicitado por el ente auditor		Cumplimiento del 100% de los documentos pre y contractuales	Abogadas de contratación	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	Se evidencia inicio de la actividad, sin embargo no se ha llegado a la contratación de agrmiaciones.	24/10/2017	Se llamó a la agremiación sindical SINTRASAN solicitandole la documentación faltante; a la fecha no han dado respuesta.	18/01/2018	No se tiene avance	11/04/2018	Se tiene constancia de llamado a la agremiación sindical SINTRASAN solicitandole la documentación faltante; a la fecha no han dado respuesta.	23/07/2018	La agremiacion sindical SINTRASAN a la fecha, no ha dado respuesta a la solicitud de la propuesta y estudios previos. La entidad realizó un abono a la deuda en el mes de abril.	08/10/2018	No se tiene avance	En Proceso
15	10	2016	Gestion Jurídica	En el 50% de la muestra de los contratos no se evidencia soporte de la evaluación por comité de contratación; solo el 10% de los contratos cuentan con la evaluación de la propuesta por el comité, y al 40% restante de la muestra no le aplica por ser contratos con una cuantia menor a 200 SMMLV.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Realizar el acta del comité de contratación	Reunión del comité de contratación, con el fin de la elaboración del documento solicitado		Realización de manera oportuna del comité de contratación, en los asuntos en que se requiera	Abogadas de contratación	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	No se evidencia avance de la actividad.	24/10/2017	Los contratos en ejecución no se le ha realizado evaluación del comité. No se evidencia avance	18/01/2018	Los contratos en ejecución se le ha realizado evaluación del comité, falta firmas en las actas.	11/04/2018	Los contratos en ejecución para este año 2018 , se le ha realizado evaluación del comité y cuenta con todas las firmas en las actas.								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 80% de la muestra de los contratos que tienen estudios previos son elaborados por los responsables del área y la firma del Jefe del mismo; el 20% restante no cuentan con estudios previos siendo estos los contratos CS006 y PS132 de 2016.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Se verificará los documentos contractuales faltantes especificamente con los faltantes de los contratos en referencia	Realización de los documentos que se puedan realizar y con el fin de darle cumplimiento a lo solicitado por el ente auditor		Realización de manera oportuna del comité de contratación, en los asuntos en que se requiera	Abogadas de contratación	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	Se evidencia inicio de la actividad, sin embargo no se ha llegado a la contratación de agrmiaciones.	24/10/2017	El contrato PS132 DE 2016 presenta firmas y estudio previo. El contrato CS006 de 2016 no presenta firmas ni estudios previos, se cierra este hallazgo ya que las firmas que se requieren es del gerente anterior.										Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 100% de la muestra de los contratos no tienen estudios de costos en los estudios previos.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	En el proceso pre contractual de la entidad, no esta establecido el estudio de costos, lo que se en cuentra establecido es el estudio de mercado el cual se realiza en los estudios previos	se seguirá realizando el estudio de mercado dentro de los estudios previos.		se seguirá realizando el estudio de mercado dentro de los estudios previos.	Supervisores	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	No se evidencia avance de la actividad.	24/10/2017	Se socializará con el Subgerente general para realizar el estudio de mercado	18/01/2018	El estudio de mercado ha venido justificando su valor en el año anterior	11/04/2018	Actualmente los estudios previos presentan el estudio de mercado en el 100 % de los contratos								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El porcentaje de legalidad en los soportes de la muestra se encuentra en un promedio de 87%, y se considera cumplimiento medio	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Se dará cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos legales esenciales de la contratación de la entidad	verificación y cumplimiento de los requisitos esenciales		cumplimiento de los requisitos legales esenciales	Abogadas de contratación	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	Se dio inicio a la liquidación del 2016 el viernes 14 de julio, teniendo como fecha estimada de terminación agosto 30 de 2017	24/10/2017	Aún está en proceso la legalidad de los soportes en contratos del año 2016	18/01/2018	Se aumentó el porcentaje de legalidad en los soportes de los contratos del 2016.								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	En el SECOP no se evidencian soportes a los contratos, solamente se encuentra publicado el contrato sin sus respectivos documentos que hacen parte integral del mismo.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Se dará cumplimiento a lo estipulado	Publicación del Secop		Subir todos y cada uno de los anexos contractuales						10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017		Cerrado	24/10/2017		18/01/2018	Se publica de acuerdo a las directrices de la institución la minuta del contrato, adiciones, prórrogas								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 50% de la contratación cuenta con los formatos F_05_GJ-2 (Seguimiento a contratos), el 10% no lo tiene y el 40% no le aplica por que no se ha radicado la cuenta de cobro.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	Se dará cumplimiento a lo estipulado por la auditoría de la Contraloría General de Antioquia	Realización del acta de seguimiento		Verificación y seguimiento de todos y cada uno de los contratos	supervisores y coordinadores del área	1 de juno	01/09/2017		En la oficina jurídica se custodia los formatos de los seguimientos a los contratos, no es responsabilidad de esta oficina la implementacion y debidos documentos.	10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	A partir del año 2017, para personas naturales se custodia en el area de juridica estos soportes, para personas juridicas aun no ha iniciado la acción.	24/10/2017	A partir del año 2017, para personas naturales se custodia en el area de juridica estos soportes, para personas juridicas aun no ha iniciado la acción.	18/01/2018	En la oficina juridica se custodia los soportes de los seguimientos a los contratos, la persona responsable de los seguimientos a los contratos es el supervisor de cada uno de ellos								Cerrada
15	10	2016	Gestion Jurídica	El 20% del total de la muestra cuenta con el acta de inicio del contrato (F_13_GJ-2), al 10% no le aplica por ser contrato de cuantía inferior a 60 SMMLV y al 70% de los contratos no se le evidencia el formato del acta.	Auditoría Interna-CI	Eficacia	Se dará cumplimiento a lo estipulado por el ente auditor, en el entendido de contar en todos y cada uno de los contratos que se requiere	Elaboración de acta de inicio.		Verificación y cumplimiento de los requisitos contractuales	Supervisores	1 de juno	01/09/2017			10/05/2017	Se iniciarán las acciones de mejoramiento con fecha de terminación en sep de 2017	17/07/2017	Se encuentra en proceso de realización de actas de toda la contratación del año 2016 que le aplique.	24/10/2017	En la vigencia del Gerente Carlos Fredy Carmona, se encuentra firmado todas las actas de inicio de contrato.	18/01/2018	A la fecha, el 100 % de los contratos se le está implementando el acta de inicio								Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	El 100% de la muestra de la contratación evaluada no se encuentra consignada en el plan anual de adquisiciones de la ESE.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Se deberá socializar con los supervisores ya que son estos quien realizan los estudios previos y de acuerdo al plan anual ellos solicitan que se satisfaga la necesidad	Se deberá socializar con los supervisores y el comité de contratación			supervisores y comité de contratación				socializar con el gerente General y la doctora Gabriela.	24/10/2017	No se tiene avance	18/01/2018	Se socializó con el Gerente y la asesora de gerencia acerca de que todos los contratos que se realizacen esten consignados en el plan anual de adquisiciones										Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	No se evidencian actas del comité de contratación para el 58% de los contratos de la muestra evaluada, cuya cuantía corresponde a contratos mayores de 200 SMMLV, el 17% cumplen parcialmente ya que tienen ausencia de registro de firmas de los asistentes y el 25% restante no les aplica por su cuantía.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se empezará a organizar las acta de comité de contratación de acuerdo a la cuantía	Reunión y elaboración de las acta del comité de contratación		Verificación y seguimiento de todos y cada uno de los contratos	Supervisores, comité de contratación y área de contratación	1 de enero	31/12/2018			24/10/2017	No se tiene avance	18/01/2018	Los contratos en ejecución se le ha realizado evaluación del comité, falta firmas en las actas.	11/04/2018	Los contratos en ejecución para este año 2018 , se le ha realizado evaluación del comité y cuenta con todas las firmas en las actas.								Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	En el expediente contractual no se evidenció certificado de antecedentes ante la contraloría, procuraduría y policía de los contratos CSU 165, PS166, PS167 y PS170, que representa el 33% del total de la muestra evaluada.	Auditoría Interna-CI	Seguridad										24/10/2017	A la fecha los contratos PS166,PS167, CSU165 y PS170 DE 2017 presentan los certificados de antecedentesde contraloría, procuraduría y policía.														Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	El 100% de la muestra de los contratos suscritos, se encuentran publicados en el SECOP; sin embargo, se evidencia un reporte extemporáneo de la totalidad de la muestra teniendo como promedio 36 días	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Se esta publicando dentro de los tiempos establecidos por la Ley	Recolección de las firmas dentro de los tiempos pactados		Verificación y seguimiento de todos y cada uno de los contratos suscrits	Contratación y Camilo Callejas	15 de septiembre	31/12/2017			24/10/2017	Se continua con extemporaneidad en la publicación en SECOP	18/01/2018	Se viene mejorando en el reporte extemporaneo de la publicación en el SECOP.	11/04/2018	Se viene mejorando la publicaion en un 80 % de los tiempos establecidos en el reporte de la publicación en el SECOP.	23/07/2018	La publicación en el SECOP se viene publicando dentro de los terminos establecidos.								Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	En gestión transparente de la Contraloría General de Antioquia el porcentaje de legalidad de la muestra evaluada se encuentra en un promedio del 90%, y se considera cumplimiento medio. Uno de los contratos de la muestra PS 167 no ha sido publicado en dicha página. La extemporaneidad se encuentra en promedio, en gestión transparente, en 37 dias	Auditoría Interna-CI	Oportunidad										24/10/2017	El contrato PS167 ya se encuentra publicado en Gestión transparente; el hospital se encuentra en un promedio del 98%														Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	Se evidenció la publicación en el SECOP de los documentos asociados a los procesos precontractuales de las Convocatorias públicas, posteriores al proceso de selección y adjudicación del contratista.	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Los procesos de convocatorias se publicaron de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación y el estatuto de contratación establecido y aprobados por la E.S.E									24/10/2017	El proceso de convocatoria se hace en la página de la E.S.E. Se continúa realizando la publicación en el SECOP posterior al proceso de selección y adjudicación del contratista.	18/01/2018	De acuerdo al manual de contratación de la E.S.E, se publica de acuerdo a unas directrices que se tienen. Se publica en la pagina Web de la institución.	11/04/2018	De acuerdo al manual de contratación de la E.S.E, se publica de acuerdo a unas directrices que se tienen. Se publica en la pagina Web de la institución.								Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	No se observa un estudio técnico que permita determinar el valor del contrato en los estudios previos.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Para determinar el valor del contrato se debe realizar es un estudio de mercado	Tener claros los conceptos entre estudio de mercado y estudio técnico.			Supervisores					24/10/2017	No se tiene avance	18/01/2018	Se realiza un promedio del valor del contrato con respecto al año anterior	11/04/2018	Se realiza un promedio del valor del contrato con respecto al año anterior									Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	Se estableció que el Hospital para la vigencia 2017, tiene 180 contratos celebrados por prestación de servicios que ascienden a $3.527 millones, Esta situación puede generar una materialización de riesgo de una relación laboral que conlleva al contrato realidad.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se realizó este tipo de contratación primero por lo finaciero y segundo por el incremento de necesidades para mejorar la prestación del servicio. En muy pocos eventos se realizarón prórrogas o adiciones.									24/10/2017	No se tiene avance	18/01/2018	La contratación por prestación de servicios continúa. Debe analizarce el riesgo jurídico que existe	11/04/2018	Se realiza analisis de acuerdo a la necesidad y disponibilidad presupuestal de la E.S.E. Éste documento se encuentra soportado en los estudios previos.								Cerrada
1	8	2017	Gestion Jurídica	Se determinó que, aunque se tiene un Manual de perfiles, no se cuenta con una política de honorarios para los contratistas.	Auditoría Interna-CI	Pertinencia	Se deberá socializar con la Junta Directiva									24/10/2017	No se tiene avance	11/04/2018	No se tiene avance	23/07/2018	No se tiene avance	08/10/2018	No se tiene avance								No iniciada
31	8	2017	Gestion Jurídica	Aunque los elementos de usuarios clasificados como Código Violeta se encuentra bajo custodia, no existen lineamientos que definan el tiempo permitido para su reserva dentro de la E.S.E.	Auditoría Interna (PAMEC)	Seguridad	Estos elementos no tienen un número SPOA, se elebó consulta a la fiscalía para su destrucción	Esperar respuesta de la fiscalía			Areas de urgencias					11/04/2018	No se tiene avance	23/07/2018	No se tiene avance	08/10/2018	No se tiene avance										No iniciada
25	6	2018	Gestion Jurídica	Según el SIGEP, las hojas de vida de los contratistas se encuentran aprobados en un 23.1%.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia										23/07/2018	Con la nueva contratación , se le exige como requisito para poder suscribir el contrato, tener la hoja de vida aprobada en el SIGEP; se tiene un avance de un 70 % y se tiene un estimado del total de contratos suscritos para el 15 de septiembre	08/10/2018	Para la nueva contratación , se le exige como requisito para poder suscribir el contrato, tener la hoja de vida aprobada en el SIGEP; se tiene un avance de un 100 %												Cerrada
25	6	2018	Gestion Jurídica	Se tienen registrados en la página SIGEP - META 4, 250 funcionarios - contratistas (112 no laboran en la Institución)	Auditoría Interna-CI	Eficiencia										23/07/2018	Se inició el proceso de depuracion en la pagina SIGEP; se tiene un 20 % de avance y se tiene estipulado la depuracion del 100 % para el 30 de agosto aproximadamente	08/10/2018	Ya se depuró en la página SIGEP, los contratistas que no laboran en la entidad												Cerrada

Plan de mejoramiento Mercadeo y Comunicaciones

REPORTE						PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO																SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO						¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6		7		8		
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
22	2	2017	Mercadeo y Comunicaciones	Como buena práctica, el área de Comunicaciones y Mercadeo utiliza un consentimiento informado de autorización para los datos personales y registros fotográficos del cliente Interno; este consentimiento no se encuentra institucionalizado ni codificado.	Auditoría Interna	Seguridad	Institucionalizar y codificar el consentimiento informado.	Solicitando al área de Planeación y Calidad la codificación del consentimiento informado.	100%	100%	Daniela Taborda Marín - comunicadora	28/03/2017	30/04/2017	En Proceso	Se solicitó al área de Planeación y Calidad la codificación del consentimiento informado para el uso y tratamiento de imágenes del cliente interno y externo con fines publicitarios.	25/04/2017	Se envia correo a calidad para oficializar el formato que se está usando por el area, Sin embargo este documento no tiene a que procedimiento articularse. Por lo tanto se espera reunión con la encargada de HABEAS DATA para determinar el proceso a seguir.	13/07/2017	Se envió a calidad dicho formato para su oficialización; se espera respuesta y proceso a seguir por el área de calidad, enviado desde el 20 de Junio.	25/10/2017	Se encuetrna en el area de calidad, pendiente de ser aprobado y codificado.	19/01/2018	Se encuentra en actualizacion y aprobación en el área de calidad.	13/04/2018	Se tene pendiente modificaciones por funcionaria contratada para realizar el procedimiento de Habeas Data.	17/07/2018	No se tiene avance	18/07/2018	No se tiene avance. Se Evencia correos electronicos entre areas de Comunicaciones y Planeacion y Calidad, solicitando la codificación de consentimiento informado y aun no hay una resolucion para el caso.	11/01/2019	Desde el mes de Noviembre de 2018 se tiene codificado el consentimiento informado de autorizacion para los datos personales y registros fotograficos. Con codigo F_10_PE-3	Cerrada
22	2	2017	Mercadeo y Comunicaciones	No se está ejecutando la estrategia de fortalecimiento del clima organizacional establecida en el Plan de Gestión y Mercadeo.	Auditoría Interna	Satisfacción del Cliente Interno	Realizar un estudio de percepción del cliente interno – Diseñar campañas o consursos que generen motivación de personal	Diseñar una encuesta de percepción del cliente interno frente al hospital	80%	100%	Daniela Taborda Marín - comunicadora	25/06/2017	19/07/2017	Cerrada	Se diseñó la encuesta de percepción, se aplicó al cliente interno de las diferentes áreas del hospital y se realizó la tabulación y el análisis respectivo para evaluar e implementar estrategias que permitan mejorar el clima organizacional.	25/04/2017	Se evidencia avance por medio de contenidos digitales, y se espera poder fortalecer el clima organizacional y la comunicación interna por medio de estrategias definidas en el plan de comunicaciones.	13/07/2017	Se aplicaron las encuestas, falta el análisis a dichas encuestas; tambien se desarrolló una rifa para un restaurante en el que se incentivó al cliente interno sobre los canales de comunicación (youtube, revista y boletín digital).	25/10/2017	Falta analisis de las encuestas del lima organizacional, esta acción se esta ejecutando con apoyo de TH	19/01/2018	Se tene avance en la tabulacion, falta el análisis del clima organizacional.	13/04/2018	Falta conclusiones del análisis del clima organizacional.	17/07/2018	Se tene documentado desde el 29 de junio del 2018 el Análisis de encuesta del clima organizacional					Cerrada
5	9	2017	Mercadeo y Comunicaciones	Aunque se cuenta con locker disponible para la custodia de los bienes del usuario en el servicio de urgencias pediátricas, a la fecha no se cuenta con la respectiva ubicación y señalización.	Auditoría Interna	Suficiencia o Disponibilidad	Realizar la marcación de los locker	Diseñar la señalización adecuada para los locker ubicados en el servicio de urgencias pediatricas		100%	Daniela Taborda Marín - comunicadora	18/10/2017	31/10/2017	Cerrada	Se realizó la respectiva ubicación y señalización del locker disponible para custodia de los bienes del usuario en el servicio de urgencias pediátricas.	25/10/2017	No se evidencia avance de esta actividad	19/01/2018	Se tiene evidencia de la ubicación y señalización del locker disponible para custodia de los bienes del usuario													Cerrada
6	10	2017	Mercadeo y Comunicaciones	El depósito central de residuos sólidos dispuesto en la UCI, no está señalizado.	Auditoría Interna	Pertinencia				100%	Daniela Taborda Marín - comunicadora	28/11/2017	15/12/201	Cerrada	Se realizó señalización del depósito central de residuos sólidos dispuesto en la UCI.	19/01/2018	Ya cuenta con la señalización de residuos solidos en UCI																Cerrada
6	10	2017	Mercadeo y Comunicaciones	El depósito de equipos dispuesto en la UCI no se encuentran señalizado.	Auditoría Interna	Pertinencia				100%	Daniela Taborda Marín - comunicadora	28/11/2017	15/12/201	Cerrada	Se realizó señalización del depósito de equipos dispuesto en la UCI.	19/01/2018	A la fechase tiene señalización del depósito de equipos dispuesto en la UCI.																Cerrada

Plan de mejoramiento Suministros

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO										SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
15	3	2017	Gestion de Suministros	No se identifican los consumos del mes anterior por medio del formato Consumo promedio mensual de insumos (F_04_GS-2), se realiza por medio de informes del software Dinámica.	Auditoría Interna	Oportunidad	Modificar el manual de procesos del area de suministros para eliminar el formato consumo promedio de insumos	Agendar reunion con calidad para modificar el manual y eliminar el formato consumo promedio de insumos	N/A	0%	Carlos Andres Sierra/ coordinador de suministros	3/04/2017	8/05/2017	En Proceso	Se solicita cita con el area de calidad para comenzar el proceso de suprimir el formato consumo promedio mensual de insumos en el proceso de suministros El dia 12 de Diciembre ,el área de calidad está actualizando el manual de procesos y procedimientos	25/04/2017	Se evidencia cita para el 4 de mayo con el area de planeación y calidad, para suprimir formatos que no estan siendo usados por el area.	13/07/2017	Se evidencia cambios en los procedimientos, falta aprobación por el area de calidad.	19/01/2018	Con el nuevo software, este formato no se usa; se requiere llevar al área de calidad para suprimirlo del proceso.	19/07/2018	En la actualidad no se encuentra este formato en la intranet, ya se encuentra suprimido en este proceso. En la actualidad el consumo promedio de insumos se maneja por medio del software Dinámica.			Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	En la muestra seleccionada de órdenes por valor menor a 1 SMMLV (2 órdenes de compra) el lider de Servicios operativos no la aprueba, según lo estipulado en el manual de contratación y en la resolución de comité de compras.	Auditoría Interna	Pertinencia									Diciembre 12-17, se está modificando el manual de contratación y el estatuto donde se establece que todas las compras sean autorizadas por la gerencia, sin importar el monto	13/07/2017	No se evidencia avance de esta actividad	19/01/2018	No se tiene avance debido a que se está modificando el manual de contratación y el estatuto sobre los montos. Debe ser aprobado por juna directiva	19/07/2018	No se tiene avances. Pendiente la lider de Suministros de consultar con el Comité de Compras	08/10/2018	No se tiene avance			En Proceso
15	3	2017	Gestion de Suministros	Se evidencia solicitud de 3 cotizaciones para los insumos nuevos o por cambio de proveedor, pero éstas de acuerdo al monto no son presentadas al comité de compras ya que no se evidencian actas de las reuniones programadas.	Auditoría Interna	Eficacia										13/07/2017	Se evidencian reuniones mesuales del comité de compras donde se llevan las cotizaciones de nuevos insumos que requiere el hospital.										Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	No se evidencia solicitud de cotizaciones para los insumos de stock de proveedores existentes.	Auditoría Interna	Eficacia	Realizar cotizacion de los insumos quese manejan en stock con los proveeedores que manejamos en la institucion	Solicitar cotizaciones a los proveedores que tiene la institucion	N/A	100%	Nathalia Alvarez restrepo/Yuliana restrepo/Fabiola lemos	3/04/2017	24/04/2017	Cerrada	Se solicita cotizacion a los proveedores que tiene la institucion	25/04/2017	Se evidencian cotizaciones de los insumos de stock del area, de los proveedores con los que se ha tenido vinulo comercial. Se recomienda ejercer esta acción de manera permanenete por los cambios de las condiciones del mercado.										Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	No se evidenciaron actas de comité de compras en los meses de Noviembre - Diciembre del 2016 y Enero - Febrero 2017. En la carpeta del comité de compras solo reposan actas hasta junio de 2016.	Auditoría Interna	Eficacia	Realizar la actas del comité de compras de noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017	Solicitar la carpeta del comité de compras en el archivo administrativo y reconstruir las actas con la informacion de las compras de los meses de noviembre - diciembre 2016 y enero-febrero 2017	N/A	100%	Carlos Andres Sierra/ coordinador de suministros	3/04/2017	24/04/2017	Cerrada	La realizacion de la actas del comte de compras de noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017	25/04/2017	Se evidencian actas desde julio a Diciembre de 2016, y enero a marzo de 2017, con las compras efectuadas por la ESE. Faltan firmas de los asistentes al comité.	13/07/2017	Se evidencian firmas de los asistentes en las actas, las mismas deben reposar en gestión documental.								Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	En la auditoria no se evidenciaron soportes de la evaluación de proveedores.	Auditoría Interna	Pertinencia	Realizar evalucion a proveedores	Calificando numericamente	N/A	100%	Carlos Andres Sierra/ coordinador de suministros	16/03/2017	24/04/2017	Cerrada	Se evaluan los proveedores	25/04/2017	Se cuenta con los soportes de la evaluación de proveedores										Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	No se encontró evidencia de los inventarios aleatorios realizados por el área.	Auditoría Interna	Eficacia	Realizar inventarios aleatorios al area de suministros	Se realiza un inventario fisico comparando con el sistema y se plasma en el formato indicado para los inventarios, si se encuentra diferencias se le hace trazabilidad al producto	N/A	100%	Nathalia alvarez/ Yuliana restrepo/ Fabiola lema	16/03/2017	24/04/2017	Cerrada	Se realiza un conteo aleatorio de las cantidades fisicas y se hace una comparacion en el sistema	25/04/2015	Se evidencia soportes de los inventarios aleatorios realizados desde el area.										Cerrada
15	3	2017	Gestion de Suministros	No se comunicó con 8 dias de antelación a los participantes del inventario general como lo estipula el procedimiento.	Auditoría Interna	Oportunidad										13/07/2017	Se comunica a todos los integrantes del inventario general, de forma oportuna.										Cerrada
1	8	2017	Gestion de Suministros	No se evidencian actas de adjudicación de las compras electrónicas. Las compras electrónicas están concentradas en los siguientes proveedores: COMEDICA, Deposito de Drogas Mónaco S.A. , DISDROBLAN S.A, DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, F y L DISTRIBUCIONES, FARMACERES S A. se evidenció que el 84% de las compras de medicamentos y el 76% de las compras de material médico quirúrgico se adjudicaron a tres (3) proveedores.	Auditoría Interna-CI	Eficiencia										19/01/2018	Se evidencia actas de aprobacion para la adjudicación de las compras electronicas de los meses Septiembre por un valor de 375'210269, Octubre por un valor de 737'042761,Noviembre por un valor de $ 504'404.287 y del mes de Diciembre por un valor de $ 383'343.365.										Cerrada
15	9	2017	Gestion de Suministros	Los pedidos de ropa al proveeedor se realizan a necesidad de la demanda, ya que no se tiene establecido un plan de compra de ropa, de acuerdo a un estudio técnico.	Auditoría Interna-CI	Eficacia									12/12/2017:Se hace estudio de necesidades para la compra de ropa hospitalaria. El dia 11 de Noviembre se realizó pedido de ropa para 6 meses por valor de $ 65,224,800	19/01/2018	Se hizo un estudio de compra de ropa para el año 2018. Se encuentra evidencia en el SECOP									Cerrada
20	9	2017	Gestion de Suministros	Se continúan evidenciando en el servicio de Internación Sede 1, carros de medicamentos en mal estado, pese a la solicitud realizada al área de suministros.	Audit Pamec	Suficiencia o Disponibilidad								Cerrada	12/12/2017El dia 25 de Septiembre ingresan los carros de medicamentos y se entregan a las salas	19/09/2017	Se hace orden de compra por 10 carros de medicamentos de los cuales 5 son para las salas de hosdpitalización	19/01/2018	A la fecha se cuenta con 10 carros nuevos para los servicios de urgencias y hospitalización.							Cerrada
11	10	2017	Gestion de Suministros	El área de suministros no realiza evaluación a los proveedores antes de tener una relación contractual con estos, esta se hace posterior al cumplimiento de los contratos (Evaluación proveedores ,PR_05_GS-2).	Auditoría Interna-CI	Seguridad										19/01/2018	A corte de Diciembre 31 de 2017, se cuenta con el 100% de las evaluaciones a los proveedores										Cerrada
11	10	2017	Gestion de Suministros	Se determinó que el Hospital cuenta con ocho (8) proveedores para el suministro de medicamentos, de los cuales, a cinco (5) se le ha realizado evaluación posterior al cumplimiento de la relación contractual.	Auditoría Interna-CI	Seguridad										19/01/2018	El único proveedor que se tiene relacion contractual es el oxigeno. Este hallazgo es compartido con el servicio farmaceutico.	19/07/2018	En la actualidad se tiene relación contractual para el suministro de medicamentos con Oxigenando y Unidosis. No se evidencia evaluación al cumplimiento de la relación contractual	08/10/2018	No se tiene avances.					En Proceso
11	10	2017	Gestion de Suministros	Se evidencio que el área de suministros no socializa al comité de compras las evaluaciones realizadas a los proveedores.	Auditoría Interna-CI	Eficacia										19/01/2018	Falta evidencia de las evaluaciones a los proveedores por miembros del comité de compras	19/07/2018	Sin avances.	08/10/2018	No se tiene avances.					No iniciada

Tablero indicadores gerencia de la información

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO																SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO							¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6		7			
DD	MM	AAAA	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/Cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	ESTADO DE LA ACCIÓN
17	8	2018	Gerencia de la información	No se cuenta con indicador de % de efectividad de controles asociados a los sistemas de información.	Auditoría Interna-PAMEC	Eficacia	Revisar política de seguridad del sistema de información y política de confidencialidad y seguridad en la información. Revisar Mapa de Riesgos del Proceso de Sistemas de Información.	Haciendo revisión de las políticas y verificando si los controles definidos allí, se están aplicando, y si existen registros. Revisar y ajustar mapa de riesgos de sistemas de información. Hacer seguimiento.	Mapa de Riesgos ajustado Políticas revisadas y socializadas.	100%	Coordinador del Servicio Asesora de Planeación Gesis	06/11/2018	22/11/2018	Cerrada	Se revisaron ambas politcas y se ajustaron acorde a las directrices en el Decreto 1499 de 2017 y lo establecido por el MINTIC. Se definió un Mapa de Riesgos del Proceso de Sistemas de Información, articulando, los subprocesos de Sistemas, Estadística, Gestión de la información.	29/11/2018	Se traslada este hallazgo al proceso de Servicios Operativos, toda vez que es el área encargada de realizar las readecuaciones en la E.S.E.	25/04/2017	Se realizan rondas al area de cx teniendo como unico requerimiento la reubicación de la oficina del Coordinador del servicio	20/10/2017	Hallazgo cerrado											Cerrada
17	8	2018	Gerencia de la información	No se cuenta con Plan de Gerencia de la Información, por lo tanto, no se lleva a cabo evaluación y seguimiento.	Auditoría Interna-PAMEC	Pertinencia	Revisar y actualizar plan estratégico de sistemas de información.	Reunir a las personas de la E.S.E. que hagan parte del proceso de sistemas de información, para revisar, ajustar, socilizar e implementar el Plan de Sistemas de Información.	Plan ajustado y socializado	100%	Coordinador del Servicio Asesora de Planeación Gesis	06/11/2018	22/11/2108	En Proceso	Se llevó a cabo caracterización del proceso, mapa de riesgos.	29/11/2018	Se traslada este hallazgo al proceso de Servicios Operativos, toda vez que es el área encargada de realizar las readecuaciones en la E.S.E.	25/04/2017	Se realizan rondas al area de cx teniendo como unico requerimiento la reubicación de la oficina del Coordinador del servicio	20/10/2017	Hallazgo cerrado											Cerrada
17	8	2018	Gerencia de la información	Los tableros de indicadores de calidad, las fichas de indicadores y el MN_01_PE-1 Manual de Indicadores deben ser revisados y ajustados, teniendo en cuenta, además de los indicadores de norma, los requeridos por acreditación.	Auditoría Interna-PAMEC	Pertinencia	Revisar los tableros de indicadores y ajustarlos a la realidad de la E.S.E.	Se analizaron los indicadores del servicio y se encontraron inconsistencias en la elaboración de estas y las gráficas que generan, por lo tanto, se hizo el análisis y el plan de mejora para el servicio. pero, no obstante, los indicadores requieren revisión y ajuste por el área de calidad y sistemas de información	Tablero ajustado	100%	Asesora de Planeación Gesis Coordinador del servicio	OCTUBRE 1 DE 2018	DICIEMBRE 31 DE 2018	Cerrada	Se ajustan tableros de acuerdo a los hallazgos en la auditoria	29/11/2018	Se realizan rondas de revision en las diferentes areas y se documenta en el formato CONTROL DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE ÁREAS. Se debe solicitar al Area de Calidad la codificación	25/04/2017	El personal de aseo y limpieza se encuentra completo, no se han reportado casos de personal faltante.	20/10/2017	Hallazgo cerrado											Cerrada
17	8	2018	Gerencia de la información	No se cuenta con lineamientos para proceder en caso de encontrar desviaciones en el cumplimiento de metas de los indicadores.	Auditoría Interna-PAMEC	Pertinencia	Elaborar procedimiento de seguimiento, medición, análisis y mejora .	Documentar, adoptar y socializar el procedimiento de seguimiento, medición, análisis y mejora.	Procedimiento socializado	100%	Coordinador del Servicio Asesora de Planeación Gesis	06/11/2018	22/11/2018	Cerrada	Se documentó Procedimiento de Evaluación, análisis y seguimiento de indicadores, el cual será socializado en grupo gestor de calidad	29/11/2018	Se esta elaborando nuevamente el inventario de canecas para determinar faltantes y en mal estado, para definir acciones.	25/04/2017	Los pedales no tienen arreglo, Se evidencia gestión para la adquisición de canecas, se encuentra en el proceso de compras, se han traido las muestras.	20/10/2017	Se adquirieron 180 canecas, y se tiene un cronograma mensual de revisión de canecas para realizar cambios en caso de ser necesarios.											Cerrada
17	8	2018	Gerencia de la información	No se tiene documentado procedimiento para minería de datos.	Auditoría Interna-PAMEC	Eficiencia	Elaborar procedimiento de minería de datos.	Documentar, adoptar y socializar el procedimiento de minería de datos.	Procedimeitno socializado	100%	Coordinador del Servicio Asesora de Planeación	06/11/2018	31/12/2018	No iniciada	SISTEMAS	04/12/2018	Se solicita capacitación a la empresa de aseo y a COAMBIENTAL	25/04/2017	Se solicitó cronograma a Coambiental, de residuos peligrosos. En Marzo se realizó capacitación al personal de aseo con la empresa INTERASEO, tematica de manejo de residuos Sólidos	20/10/2017	Se tiene programada capacitación para el lunes 30 de Octubre a las 8 am El tema central es de Gestión integral de residuos, aprovechamiento y reciclaje. Se cuenta con el acta de capacitación.	19/01/2018	Se realizó capacitación sobre el tema Gestión integral de residuos, aprovechamiento y reciclaje. Se cuenta con el acta de capacitación.										Cerrada

Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO								SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
19	1	2017	Gestion de Tecnologia	Aunque los servicios de Urgencias adultos y pediátricas cuentan con la dotación de los equipos requeridos, se evidencia ausencia de guias rápidas de uso y hojas de vida y algunas de las que existen, se encuentran desactualizadas.	Auditoría Interna-SUH	Eficacia	Verificar las guias rapidas que faltan y actulizar las hojas de vida	Se verifica todo los servicios de la institucion para verficiar la ausencia de guias rapidas, para us instalacion, tambien durante el mantenimiento preventivo se realizara la actualziacion de las hojas de vida de los equipos		100%	Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	15/01/2017	14/06/2017	Cerrada	Se revisaron todos los equipos de la institucion, verificando la ausencia de las guias rapidas, sin embargo, no se han podido instalar ya que no se han plastificado. Con respecto a las hojas de vida, con la culmiacion de los mantenimiento en el mes de enero se actualizaron todas las hojas de vida, en el sistema Qsystems. El dia 14 de junio de 2017 se instalan todas las guias rapidas que estaban pendientes. las dos sedes quedan completas de Guias rapidas Queda completado el Hallazgo	20/10/2017	Se evidencia instalacion de todas las guias en los servicios faltantes. Constantemente se pasan rondas de verificación de instalacion de guias y estados de los equipos.							Cerrada
19	1	2017	Gestion de Tecnologia	Aunque se cuenta con el plan de mantenimiento preventivo parcialmente implementado, se evidencia desconocimiento por parte del personal de los servicios.	Auditoría Interna-SUH	Eficacia	Dar a conocer el cronograma de mantenimiento	Distribuir el cronograma de mantenimiento a todas las areas de la institucion y a cada uno de sus coordinadores.		100%	Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	17/05/2017	17/05/2017	Cerrada	completado	20/10/2017	Se evidencia socialización y entrega del cronograma preventivo a todos los líderes de los procesos.							Cerrada
6	4	2017	Gestion de Tecnologia	Aunque se ha realizado el mantenimiento preventivo a algunos esterilizadores de la Central de Esterilización, la lider desconoce el programa de mantenimiento preventivo establecido en la Entidad. Con respecto a la recalificación anual y certificación de validación a la instalación de los esterilizadores, se evidencia que a la fecha no se han logrado garantizar dichos controles.	Auditoría Interna-SUH	Eficacia	Gestionar el contrato de mantenimiento especializado de este equipo, y dar a conocer el cronograma de mantenimiento	Se gestiono con el area encargada la contratacion del mantenimiento especializado para comenzar en el mes de mayo, y se distribuyo tanto al area como a la coordinadora el cronograma de mantenimiento		100%	Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	26/04/2017	17/05/2017	Cerrada	completado	20/10/2017	Se realizó contrato con la empresa EMCO desde el mes de mayo, a la vigencia se ha cumplido con el cronograma estipulado en la institución.							Cerrada
13	6	2017	Gestion de Tecnologia	Aunque se ha mejorado notablemente el mantenimiento preventivo de los equipos dispuestos en el servicio de Consulta Externa, se encuentra pesa en el consultorio 6 de Sede 2, con un único sticker de calibración del día 2015/03/30.	Auditoría Interna-PAMEC	Seguridad	Revisar el equipo y verificar si ya teiene mantenimiento, de no ser asi programar de inmediato este.	Se busco el equipo y no se encontro, por favor informar la placa o la serie de este equipo.			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	20/06/2017	15/07/2017	Cerrada	Hasta el momento no se ha encontrado el equipo, necesitamos que sean mas especificacos con placa o serie.	20/10/2017	Se realizó contrato con ATE medical group a partir del mes de Octubre, y se esta dando inicio a la ejecución del cronograma, la pesa especificamente no se encontró en el consultorio 6, dado a que carece de placa de identificación.	19/01/2018	ATE MEDICAL se encuentra en el proceso de calibracion de pesas, vasculas y tensiometros en el área de consulta externa.					Cerrada
16	6	2017	Gestion de Tecnologia	Se evidencia pesa en consultorio de Urgencias Pediátricas con fecha de última calibración del día 2015/04/06, asimismo, un termohigrómetro con fecha de 2014/10/30.	Auditoría Interna-PAMEC	Seguridad	La E.S.E. debe de contratar el servicio de metrologia	Hasta el momento no se cuenta con proveedor del servicio de metrologia			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	20/06/2017		En Proceso	Se estan revisando las diferentes propuestas de metrologia recibidas de los laboratorios acreditados. El 13 de Octubre se realiza la contratacion de la calibración de los equipos del hospital	20/10/2017	Se está ejecutando el cronograma de calibración de equipos con fecha de inicio de octubre de 2017.	19/01/2018	ATE MEDICAL se encuentra en el proceso de calibracion de pesas, vasculas y tensiometros en el área de consulta externa. La calibración se realiza anualmente					Cerrada
5	7	2017	Gestion de Tecnologia	Algunos equipos biomédicos de internación no cuentan con las guias rápidas	Auditoría Interna-CI	Seguridad	Verificar las guias rapidas de los equipos de internacion	Se verifica todo internacion y los equipos que se encuentran sin guia se les realiza y se les adjunta.			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	15/07/2017	21/07/2017	Cerrada	El 18 de agoto se vuelve a verificar todas las instaciones del hospital observando los equipos sin guias rapidas, se realizan las que fallan y se instalan el 19/08/2017	20/10/2017	Se cuenta con todas las guias rapidas de los equipos, se realiza inspecciones de los equipos constantemente para que queden completas.							Cerrada
5	7	2017	Gestion de Tecnologia	No se capacita a todo el personal asistencial en el manejo de equipos nuevos.	Auditoría Interna-CI	Satisfacción del Cliente Interno	Capacitar al personal asistencias sobre uso, manejo y cuidado de los equipos Biomédicos	Se organiza con el jefe de infecciones y la jefe sonia para programar la capacitacion con las enfermeras			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	15/07/2017	30/08/2017	Cerrada	Mensaualmente y cada ves que ingresa personal asistencial nuevo a la institucion se capacita en uso, manejo y cuidado de equipos biomedicos.	20/10/2017	Se realiza capacitación de equipos constantemente en el uso y manejo de los equipos biomedicos.							Cerrada
13	7	2017	Gestion de Tecnologia	Se evidencia monitor de placa 00176 sin guía rápida de uso.	Auditoría Interna-SUH	Seguridad	Inspeccion del equipo	Realizar la guia rapida del equipo e instalar.			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	15/07/2017	22/08/2017	Cerrada	Se le realiza la instalacion el 19 de agosto de 2017	20/10/2017	El equipo cuenta con la guia rapida de manejo.							Cerrada
12	9	2017	Gestion de Tecnologia	En el momento de seguimiento plan de mejora y auditoria Pamec en el servicio de Cirugia , se encuentra que la maquina de anestesia del quirofano 3 se encuentra mala y no está funcionando, de igual manera el laringoscopio	Auditoría Interna-PAMEC	Seguridad	revisar la maquina de anestesia y el laringoscopio	realizar mantenimiento correctivo			Juan Camilo Ospina Lider de Ingenieria Clinica	12/09/2017	14/09/2017	Cerrada	Se realizo manenimiento preventivo y correctivo de las 3 maquinas de anestesia de los quirofanos, se deja funcionando 2 y una limitada, se solicita suministros el repuestos respectivo para lahabilitacion completa de esta maquina de anestesia.	20/10/2017	Las 3 maquinas de anestesia, se encuentra en debido funcionamiento, igualmente el laringoscopio.							Cerrada
13	7	2017	Gestion del Ambiente Fisico	Se encuentra en algunos casos que ante el llamado de enfermeria a través de timbre, no se muestra en el tablero el número de la habitación y sí aparece, identifica otra distinta, lo que dificulta la llegada oportuna del personal. Adicionalmente en la sala 4, el tablero no se encuentra ubicado en un lugar estratégico.	Auditoría Interna-SUH	Adecuación al uso	Verificación de funcionamiento de los timbres	Realizar rondas por todos los servicios verificando los timbres de llamado y su operatividad			Yomara Stefany González Ramirez Lider de Ingenieria Clinica	25/01/2018	25/01/2018	Cerrada	Con ayuda de servicios operativos el tablero de sala 4 fue cambiado de lugar. Se realizó ronda de verificación de funcionamiento de llamado y se explicó a la jefe de turno la nomenclatura o códigos que aparecen en el tablero en ciertas habitaciones, debido a que el tablero led no permite hacer la letra de algunas habitaciones	19/01/2018	El tablero de sala 4 se encuentra en otro sitio, especificamente en el puesto de enfermeria. Se encuentra en proceso de compra los repuestos para los timbres faltantes	11/04/2018	Se encuentra en proceso de compra los repuestos para los timbres faltantes	19/07/2018	Sin avances.	08/10/2018	Desde el mes de enero de 2018 se dio solucion al requerimiento generado. Y constantemente se hace verificacion de su adecuado funcionamiento	Cerrada
13	7	2017	Gestion del Ambiente Fisico	Las siguientes camas dispuestas en Sala 1, no tienen timbre: 21B, 21C2, 21H, 21I y 22M.	Auditoría Interna-SUH	Suficiencia o Disponibilidad	Verificación de inventario de los timbres	Realizar rondas por todos los servicios verificando los timbres de llamado y su operatividad			Yomara Stefany González Ramirez Lider de Ingenieria Clinica	25/01/2018		En Proceso	En compañía de Wi Calling empresa encargada de mantenimientos y suministros de dispositivos de llamados de enfermeria, se realizaron rondas por todos los servicios de ambas sedes. Se saco un listado de los repuestos requeridos y de algunos servicios que requieren instalacion de timbres. Se recibió cotización y fue socializada con subgerencia general	19/01/2018	Se encuentra en porceso de compra los repuestos para los timbres faltantes	11/04/2018	Se encuentra en proceso de compra los repuestos para los timbres faltantes. Se tiene cotizacion; se espera iniciar con la compra.	19/07/2018	Sin avances	08/10/2018	Se evidencia recepción de cotización para la adquisición de 25 timbres y pulsadores. Aun falta socilaizar cotización con el área de suministros y Subgerencia general	En Proceso
29	9	2017	Gestion del Ambiente Fisico	Las siguientes camas no cuentan con timbre para el llamado de enfermeria: Sala 1: cama 21B2, 21C2 y 24B2. Sala 4: cama 24B3 Adicionalmente, se encuentra en algunos casos que ante el llamado de enfermeria a través de timbre, no se muestra el número de la habitación en el tablero y sí aparece, identifica	Auditoría Interna-PAMEC	Seguridad	Verificación de funcionamiento y de inventario de los timbres	Realizar rondas por todos los servicios verificando los timbres de llamado y su operatividad			Yomara Stefany González Ramirez Lider de Ingenieria Clinica	25/01/2018		En Proceso	En compañía de Wi Calling empresa encargada de mantenimientos y suministros de dispositivos de llamados de enfermeria, se realizaron rondas por todos los servicios de ambas sedes. Se saco un listado de los repuestos requeridos y de algunos servicios que requieren instalacion de timbres. Se recibió cotización y fue socializada	11/04/2018	Se encuentra en proceso de compra los repuestos para los timbres faltantes. Se tiene cotizacion; se espera iniciar con la compra.	19/07/2018	Sin avances	08/10/2018	Se evidencia recepción de cotización para la adquisición de 25 timbres y pulsadores. Aun falta socilaizar cotización con el área de suministros y Subgerencia general			En Proceso
27	8	2018	Gestión de tecnologia	Si bien es cierto se llevan a cabo acciones de planeación, gestión y evaluación de la tecnología, este proceso no se encuentra debidamente articulado, ni documentado.	Auditoría Interna	Pertinencia	Revisar la documentación vigente en cuanto a la gestión y evaluación de tecnología	Verificando en la intranet la documentación del departamento biomédico, en caso de no encontrarse dicho procedimiento, este sera realizado, codificado y socializado con los involucrados en	Procedimientos documentados	Tener documentado el proceso de planeación, gestión y evaluación de tecnología	Coordinador del Servicio Ingeniera Biomédica	08/10/2018	22/11/2018	Cerrada	Se documentó, adoptó y socializó al personal del área, el PR_04_GT-1 Evaluación y Adquisición Tecnología y F_08_GT-1 Protoc recepción de equipos.	29/11/2018								
27	8	2018	Gestión de tecnologia	La adquisición de equipos biomédicos no obedece a la planeación estratégica, sino a necesidades que surgen en el momento, dado la escacez de recursos.	Auditoría Interna	Pertinencia	Elaborar un plan de adquisición de equipos	Dando concepto técnico de los equipos mas criticos del hospital, en caso de darse de baja, incluir su reposición dentro de las	Plan de adquisición de equipos	Planeación de la adquisición de equipos de acuerdo con las necesidades de los servicios	Coordinador del Servicio Ingeniera Biomédica	08/10/2018	22/11/2018	Cerrada	Se documentó, adoptó y socializó al personal del área, el PR_04_GT-1 Evaluación y Adquisición Tecnología y F_08_GT-1 Protoc recepción de equipos. anque en la actualidad dado a la situación financiera de la E.S.E., se	29/11/2018								
27	8	2018	Gestión de tecnologia	No se cuenta con un indicador de alarmas para detectar aparición de eventos adversos e indicios de atenciones inseguras en Dinámica Gerencial.	Auditoría Interna	Seguridad	Generar un Informe que muestre los Antecedesntes VS Eventos Adversos (HC_Evento adverso_ve_Antesedentes)	El sistema de Dinamica se cuenta con un Modulo de Eventos Adversos (Historias Clinicas/Procesos/Opcion de	Inform de evetnos adversos	Capacitacion al Personal sobre el manejo de Los Eventos Adversos y Realizar un recordatorio a los Medicos	Coordinador del Servicio Lider de Sistemas	15/08/2018	22/11/2018	Cerrada	Desde 15 de Agosto de 2018, se viene trabajando con el Jefe Juan Carlos de Eventos Adversos en le tema, se le mostro el modulo de Dinamica, el Jefe dijo que le hacien falta informacion que el tenia en el formulario preimpreso;	29/11/2018								
27	8	2018	Gestión de tecnologia	No se cuenta con un indicador de % de cumplimiento de tecnología biomédica requerida por servicio.	Auditoría Interna	Eficacia	Definir indicador de cumplimiento de tecnología biomedica requerida.	Incorporar al Tablero de Indicadores indicador de tecnología biomédica requerida.	Tablero de indicadores	100%	Coordinador del Servicio Ingeniera Biomédica	06/11/2018	22/11/2018	Cerrada	Se diseñó e indicar y su respectiva ficha, el cual se incorporó al Manual de Indicadores de la E.S.E. y se informó al Lider del proceso para su medición durante el año 2019.	29/11/2018								

Tablero de indicadores de servicios operativos

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO														SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUE?	¿COMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIEN?	¿CUANDO?				1		2		3		4		5		6		7		ESTADO DE LA ACCION
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
20	7	2016	Gestion del Ambiente Físico	En el servicio de Cirugía, las cortinas del área de preparación de pacientes no están siendo utilizadas y la privacidad auditiva no se puede garantizar debido a las limitaciones de espacio físico.	Auditoría Interna	Satisfacción del Cliente Externo	Tener un area confortable, con privacidad	Readecuación del área de preparación de pacientes						Cerrado	Sigue pendiente la adecuación física del área de preparación de pacientes, el proyecto de remodelación de cirugía esta detenido	22/03/2017	Se traslada este hallazgo al proceso de Servicios Operativos, toda vez que es el área encargada de realizar las readecuaciones en la S.E.S.	26/04/2017	Se realizan rondas al área de aislamiento como unico requerimiento la reubicación de la oficina del Coordinador del servicio	20/10/2017	Hallazgo cerrado									Cerrado
10	6	2016	Gestion del Ambiente Físico	En el servicio de Cirugía se reporta un evento asociado a errores durante el traslado de usuarios. 024-080-113-111.	Eventos de Seguridad	Seguridad	Mejorar la oportunidad en la entrega y recibo de pacientes por parte del servicio de cirugía	Ampliar el área de preparación de pacientes para tener mayor número de camillas y poder albergar más pacientes.						En Proceso	Sigue pendiente la adecuación física del área de preparación de pacientes, el proyecto de remodelación de cirugía esta detenido	22/03/2017	Se traslada este hallazgo al proceso de Servicios Operativos, toda vez que es el área encargada de realizar las readecuaciones en la S.E.S.	26/04/2017	Se realizan rondas al área de aislamiento como unico requerimiento la reubicación de la oficina del Coordinador del servicio	20/10/2017	Hallazgo cerrado									Cerrado
		2016	Gestion del Ambiente Físico	Demora en la desinfección de la unidad de cuidados intensivos por no encontrarse el personal disponible para realizar el proceso de aseo y desinfección.	Eventos de Seguridad	Pertinencia	Establecer unas rutinas las cuales le permitan al supervisor llevar un estricto control sobre los turnos y proceso de aseo y desinfección, así como también reunion con este personal a fin de establecer responsables y tomar las medidas inmediatas internas de la empresa que maneja el proceso.							Cerrado	Se realizan rondas diarias por los supervisores de SODEXO y por la coordinación de servicios operativos, existe un canal de comunicación directo con los coordinadores de los servicios a fin de que manejen informes sobre eventos y situaciones en los servicios.	10/01/2017	Se realizan rondas de revisión en los diferentes areas y se documentan en el formato CONTROL DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE ÁREAS. Se debe solicitar al Área de Calidad la modificación	26/04/2017	El personal de aseo y limpieza se encuentra completo, no se han reportado casos de personal faltante.	20/10/2017	Hallazgo cerrado									Cerrado
12	2	2016	Gestion del Ambiente Físico	Recipientes para disposición inicial de residuos con pedales inservibles	Auditoría Externa	Seguridad	Realizar inventario de canecas en todos los servicios del hospital a fin de reemplazar las canecas deterioradas.	Realizar pedido de canecas después de haber realizado un inventario en todos los servicios y se acuerda mantener un stock que permita el reemplazo inmediato de canecas deterioradas por el uso sobre todo cuando se trata de canecas rojas las cuales …		Mantener un stock en el almacén para cambiar las canecas que se van dañando debido al continuo uso y realizar inventario manual para realizar reposiciones oportunas.	Sebastian Herrera Servicios operativos			Cerrado	Se realizan rondas diarias por los supervisores de la empresa SODEXO y servicios operativos a fin de verificar estado de canecas.	10/01/2017	Se esta elaborando nuevamente el inventario de canecas para determinar faltantes y en mal estado, para definir acciones.	26/04/2017	Los pedales no tienen arreglo. Se evidencia gestión para la adquisición de canecas, se encuentra en el proceso de compras, se han traído las muestras.	20/10/2017	Se adquirieron 150 canecas, y se tiene un cronograma mensual de revisión de canecas para realizar cambios en caso de ser necesarios.									Cerrado
12	2	2016	Gestion del Ambiente Físico	Elementos con fluidos corporales en recipiente verde.	Auditoría Externa	Seguridad	Realizar capacitaciones sobre la disposición inicial de residuos tanto al usuario interno como externo (carteleras digitales, rotulación de canecas), socialización de nuestro manual de residuos en las inducciones	Realizar capacitaciones y socialización del manual de residuos hospitalarios.		Capacitar a todo el cliente interno para la correcta clasificación de residuos.	Servicios operativos / comunicaciones	20/10/2017	Permanente	Cerrado	Se hacen permanentes recorridos por los diferentes servicios para verificar como se está disponiendo los residuos con lo cual se puede observar una mejora sustancial en el como se está disponiendo los residuos tanto por el cliente externo e interno de la SES.	10/01/2017	Se solicita capacitación a la empresa de aseo y a CO AMBIENTAL	26/04/2017	Se solicitó cronograma a Coambiental, de residuos peligrosos. En Marzo se realizó capacitación al personal de aseo con la empresa INTERASEO, temática de manejo de residuos Sólidos	20/10/2017	Se tiene programada capacitación para el lunes 23 de Octubre a las 2 pm. El tema central es de Gestión integral de residuos, aprovechamiento y reciclaje.	10/04/2018	Se realizó capacitación sobre el tema Gestión integral de residuos, aprovechamiento y reciclaje. Se cuenta con el acta de capacitación.							Cerrado
12	2	2016	Gestion del Ambiente Físico	Soluciones desinfectantes sin fecha de preparación, reenvase, lote y vencimiento	Auditoría Externa	Seguridad		se realizara rotulación por parte de la empresa SODEXO a partir de la fecha con toda la información que deberá contener cada uno de los productos a utilizar, al igual que se establecerá fecha de [illegible]						Cerrado	Están siendo marcados los envases utilizados para los desinfectantes identificando tipo de desinfectante y fecha en la que fue preparado.	10/01/2017	Se programa recorrido para control de desinfectantes	26/04/2017	Se rotulan y marcan las soluciones desinfectantes, se realizó recorrido y se verificó la correcta marcación de los suavizantes.	20/10/2017	Se realizan rondas periodicas para verificar la rotulación de las sustancias químicas manejadas por servicios generales.									Cerrado
26	8	2016	Gestion del Ambiente Físico	Tanque de almacenamiento de 30000 litros ubicado en la azotea de sede 2, se observa con problemas de oxidación y fisuras en la superficie por falta de mantenimiento para prestar un mejor servicio, en caso de una posible emergencia	Visita de Entes de Control	Seguridad	Disponer en condiciones adecuadas de funcionamiento el tanque de almacenamiento de agua potable de sede 2	Corregir oxidación y fisuras del tanque						En Proceso	Se realizó visita de proveedor de tanques en fibra de vidrio. Pendiente cotización			26/04/2017	Se encuentra en el cronograma de reparación, programado por la empresa Clinica y proyectos. Se está analizando el plan para no dejar sin suministro de agua al hospital.	20/10/2017	Se ha realizado gestión para el arreglo del tanque, sin embargo se evidencia dificultad para conseguir el proveedor del mantenimiento y arreglo del mismo, ya que por ser fibra de vidrio se dificulta la realización de la cotización.	10/04/2018	Se tiene avance al tener un proveedor para comenzar con el mantenimiento de dicho tanque. Se le envió la información de los tanques al nuevo proveedor.	30/04/2018	Se continua en conversaciones con el proveedor para comenzar con el mantenimiento de dicho tanque. Se le envió la información de los tanques al nuevo proveedor.	23/07/2018	Sin avances	08/10/2018	En evaluación del tanque del mes de agosto de 2018, se observa que el tanque en su parte interior no presenta afectaciones ni daños estructurales y que solo su parte externa presenta estas fallas. Se espera que para finales del mes de Octubre de 2018 se realice mantenimiento correctivo del mismo.	En Proceso
26	8	2016	Gestion del Ambiente Físico	En el plan de contingencia se observó que no cuenta con mecanismos o actividades para prevenir posibles eventos en cuanto a la interrupción del suministro de agua potable a las sedes de la S.E.S.	Visita de Entes de Control	Seguridad	Aumentar la capacidad de almacenamiento de agua de sede 1	Instalando tanques de almacenamiento en el parqueadero de la sede 1, con un sistema de bombeo, que garantice el abastecimiento de agua potable.	Suministrar agua potable en caso de interrupción del servicio.	Garantizar el suministro de agua potable en la sede 1 de la S.E.S.	Sebastian Herrera / Servicios operativos			En Proceso	En evaluación capacidad óptima requerida de acuerdo al consumo de agua de la sede.			26/04/2017	En la sede 2 se encuentra pendiente el arreglo del tanque, y en la Sede 1 se tiene pendiente de comprar instalaciones, para que en caso de emergencia se pueda usar el tanque de CAVITA. Se lavan los tanques cada mes y se hace la circulación de los mismos. Se adelantan estudios de agua con la empresa CEYLAN.	20/10/2017	En sede 1 existe un tanque en funcionamiento, y se encuentran inhabilitados dos tanques, se van a verificar las cotizaciones y necesidades de materiales para ponerlos en funcionamiento	10/04/2018	Se actualizó el plan de contingencia MN_01_CT-3 Página 37. En cuanto a la prevención en la interrupción del agua, se ha ido arreglando los tanques en la medida del presupuesto.							Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	En la sala 4 de la sede 2, no se evidencia zona de trabajo sucio.	Auditoría Externa	Suficiencia o Disponibilidad	Implementar zona de trabajo sucio.	Implementar y buscar la ubicación para zona de trabajo sucio.	Zona de trabajo sucio adecuada.	Adecuación de zona de trabajo sucio adecuada de sala 4 - Internación - Sede 2.	Jorge Iván Naranjo /Asesor de Calidad /Elaingeniera	12/01/2017		En Proceso	Se está proyectando un plan de mantenimiento para ambas sedes de la S.E.S en donde se establecen las remodelaciones a realizar, se toman los materiales para las modificaciones pertinentes.	01/03/2017	Se evidencia pasillo de enfermería realizado en la Sala 4, lugar que se dispondrá para la ubicación de la zona de trabajo sucio.	26/04/2017	La zona que está vacía en la Sala 4 se va a adecuar, se va a instalar zona sucia y zona limpia a la derecha.	20/10/2017	No se evidencia avance de la actividad	10/04/2018	No se tiene avance	30/04/2018	No se evidencia avance de la actividad	23/07/2018	Sin avances	08/10/2018	En el mes de Agosto de 2018 se realizaron adecuaciones necesarias para zona de trabajo sucio en sala 4	Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	Se evidencia quirófano número 2, habitación en sede dos salas 4 y habitación de UCI con humedad en paredes.	Auditoría Externa	Suficiencia o Disponibilidad	Realizar reparaciones de humedad en paredes de estos servicios	Mantenimiento correctivo de infraestructura trabajos de reparación de humedades en quirófano de UCI	Adecuado estado de las paredes de los quirófanos de la UCI	Humedades de paredes de quirófano de UCI reparadas	Sebastian Herrera / Servicios operativos	12/01/2017		Cerrado	La habitación F y C ubicadas en la sala 2 de sede 2 fueron reparadas en noviembre de 2016 las humedades y pendiente de pintura ambas habitaciones. En las paredes de los quirófanos de la UCI, fueron inicialmente reparadas y resanadas, pendiente de ser pintadas … [illegible]	01/03/2017	Se evidencia reparación en las habitaciones F y C de sala 2 y UCI. Se ha solicitado cotización de un proveedor para realizar el mantenimiento requerido en UCI (para arreglo del techo) y Quirófano de Cirugía, el cual a la fecha no ha dado respuesta.	26/04/2017	se cierra esta oportunidad de mejora ya que todo se realizó	20/10/2017	Hallazgo cerrado, y se evidencian mantenimientos de los quirófanos									Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	No se evidencia zona de extracción de leche materna	Auditoría Externa	Suficiencia o Disponibilidad	Implementar zona de extracción de leche materna	Ubicar e implementar zona de extracción de leche materna en la S.E.S.	Lugares adecuados para zonas de extracción de leche materna	Zona de extracción de leche materna	Jorge Iván Naranjo /Asesor de Calidad /Elaingeniera			Cerrado	Se busca el espacio adecuado (preferiblemente en hospitalización de pediatría) para implementar zona de extracción de leche materna.	01/03/2017	A la fecha no se evidencia avance en la implementación de la acción de mejora.	26/04/2017	A la fecha no se evidencia avance en la implementación de la oportunidad de mejora.	20/10/2017	Se adecua un lugar para extracción de leche materna cerca a UCI Pediátrica, al momento no esta en operación.	10/04/2018	Se adecua un lugar para extracción de leche materna cerca a UCI Pediátrica, al momento no esta en operación. No se tiene avance	30/04/2018	Se inició con la operación de la zona de extracción de leche materna.					Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	En zona de hospitalización no se evidencia alcohol glicerinado, en cirugía no había toallas de papel para el secado de manos.	Auditoría Externa	Suficiencia o Disponibilidad	Disponer de todos los insumos necesarios para cumplimiento del protocolo de lavado de manos.	Disponer de alcohol glicerinado en el servicio de internación, así como de toallas de papel en el servicio de Cirugía.	Servicio de Internación con dispensación de alcohol glicerinado. Servicio de Cirugía con dispensación de toallas de papel.	Servicio de Internación con dispensación de alcohol glicerinado. Servicio de Cirugía con dispensación de toallas de papel.	Líder de Servicios Operativos / Beatriz Pérez P/ Líder Seguridad del Paciente	10/01/2017	Permanente	Cerrado	Se han surtido los servicios solicitados de toallas de papel. En cuanto a la disponibilidad de alcohol glicerinado, se encontró este hallazgo dado que no había claridad en cuanto a la responsabilidad de surtir los servicios. Por lo anterior, se realizó una reunión entre servicios operativos, servicios …	01/03/2017	Se evidencia en ambas sedes, la disponibilidad de toallas y alcohol glicerinado.	26/04/2017	El coordinador de servicios generales es el encargado del surtido de toallas y alcohol glicerinado; el insumo lo solicitan los jefes de enfermería	20/10/2017	Hallazgo cerrado.									Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	Se evidenció sistema de alarma en las puertas de enfermería fuera del servicio, la ingeniera biomédica aclara que solo funciona la alarma central y la alarma de sala 4, la cual se encuentra ingresada dentro de un armario y sin evidencia de funcionamiento, dicen que en caso de presentar una baja de presión sonaría.	Auditoría Externa	Suficiencia o Disponibilidad	Evidenciar el funcionamiento de la alarma de gases en Sala 2.	Revisión del sistema de alarmas programado para la semana del 16 de enero	Prueba en funcionamiento del sistema de alarmas de sala 4, sede 2	Funcionamiento Total del sistema de alarmas	Johana Soto (Elaingeniera)	09/01/2017	09/03/2017	Cerrado	Se hizo mover el aparador que tapaba el tablero de alarmas de sala 4 y se programó visita con especialista técnico.	03/03/2017	Se evidencia movimiento de armario que ocultaba el sistema de alarma de sala 4, se solicitó que el especialista técnico presente la cotización para realizar el mantenimiento.	26/04/2017	La empresa Atlantic es la encargada de la reparación de la alarma	20/10/2017	Se realizó reparación con los ingenieros biomédicos, las alarmas están reparadas y se ha capacitado al personal para desactivar el timbre cada vez que el paciente se alarme.									Cerrado
11	10	2016	Gestion del Ambiente Físico	Se evidian hojas de vida de varios equipos y no se evidencia mantenimiento preventivo de acuerdo a la programación semestral de la institución.	Auditoría Externa	Seguridad	Realizar mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de acuerdo con la programación establecida.	Elaboración y ejecución del plan de mantenimiento vigente 2017, teniendo en cuenta el nuevo inventario institucional.	Cumplimiento mensual del plan de Mantenimiento %Plan mantenimiento: (Mantenimientos realizados/ mantenimientos programados) *100	Cumplimiento de la meta: Mayor o igual al 90%.	Johana Soto (Elaingeniera)	01/01/2017	Permanente	Cerrado	Se comenzó con la comparación de los activos y el plan de mantenimiento evidenciando así, los mantenimientos faltantes del 2016 y se comenzó con el mantenimiento preventivo de Urgencias para el mes de enero.	03/03/2017	Se evidencia Plan de Mantenimiento Preventivo, así como los mantenimientos preventivos realizados en el servicio de urgencias adultos y pediátricas.	26/04/2017	A la fecha la empresa Atlantic viene cumpliendo con los mantenimientos preventivos a equipos biomédicos.	20/10/2017	Los ingenieros biomédicos son encargados de gestionar el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, así mismo se tienen contratos vigentes con empresas especializadas de mto.									Cerrado
4	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Las instalaciones del archivo clínico no cumplen las disposiciones establecidas por el Archivo General de la Nación en lo referente a la infraestructura y ambiente.	Auditoría Interna CI	Seguridad	Adecuar el archivo clínico para cumplir con las disposiciones establecidas por el Archivo General de la Nación.	Corrigiendo daños y realizando mantenimientos en la infraestructura del área donde se encuentra ubicado el archivo.		Cumplir con las disposiciones establecidas por el Archivo general de la nación en lo relacionado con infraestructura y ambiente	Sebastian Herrera / Servicios operativos	12/10/2017		En Proceso	Se han retirado del archivo … que existían almacenadas en una de las oficinas del archivo, se han cambiado tuberías de agua potable, se reparó el techo del archivo de la bodega de farmacia, se está realizando un proyecto de ampliación del área de archivo clínico.	20/10/2017	Se han realizado adecuaciones de seguridad con el cambio de tuberías, retiro de vidrios y separación de bodega de farmacia del archivo. Sin embargo quedan pendientes algunas acciones.	10/04/2018	Se tiene avance en cuanto a infraestructura dentro del archivo clínico, se cambian las oficinas que se encuentran dentro del archivo clínico.	26/04/2018	Se está ampliando el archivo clínico que se encuentra en la sede 1	23/07/2018	Se amplió, independizaron circuitos, cambio de tubería y cableado eléctrico, además de mantenimiento en resanes, estucos y pintura, y cambio de luminarias a paneles led. Se tiene pendiente lograr sellar fisuras y llevar por tubería cableado de voz y datos.	08/10/2018	Se tiene realizaron planos y presupuestos para ampliación del archivo clínico y el archivo documental en ambas sedes. Se presentaron como proyectos para aprobación.					En Proceso
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se cuenta con recipientes para el depósito de ropa sucia en todas las áreas asistenciales de la Empresa, no se tiene un mecanismo visible y claro de todas canecas, por lo que se … [illegible] Igualmente, se evidenció que en sala 1 de la Sede 2 la caneca no está instalada en el cuarto sucio.	Auditoría Interna CI	Seguridad	Realizar marcación de los contenedores de ropa sucia, para su correcta clasificación.	Ubicar en la tapa de los contenedores un letrero que indique de uso exclusivo de ropa sucia según el área		Realizar rotaciones periódicas para verificar que dichas marcaciones estén en buen estado.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	30/11/2017	Permanente	Cerrado	Se pegaron letreros en los contenedores de almacenamiento y transporte de ropa sucia en cada una de las áreas	10/04/2018	Se tiene avance en cuanto a la marcación de recipientes. En cuanto a la sede 1 y en sede 2, existe un problema de espacio.	26/04/2018	Se tiene avance con la marcación de recipientes y se está trabajando con el área de comunicaciones para imprimir y plastificar los letreros en los contenedores	23/07/2018	Se tiene plastificados e instalados los letreros en cada contenedor.									Cerrado
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se ha realizado un inventario de ropa, en la vigencia del contrato PS 133 - 17, en el mes de agosto. Incumpliendo la cláusula cuarta del contrato numeral 7 que establece, "Levantar conjuntamente un inventario de todas las prendas de EL CONTRATANTE y entregar al supervisor, el libro de apoyo a la supervisión y al coordinador de suministros de LA E.S.E..."	Auditoría Interna CI	Pertinencia	Realizar inventarios de la ropa hospitalaria cada dos meses como lo exige el contrato de lavandería.	Con personal del hospital y personal de la empresa prestadora del servicio de lavandería, realizar inventarios bimestrales de la ropa hospitalaria.			Sebastian Herrera / Servicios operativos	27/08/2017	Permanente	Cerrado	Se han venido realizando inventarios con el fin de llevar un control de la ropa hospitalaria.	10/04/2018	Se está llevando el inventario bimestral de ropa como se tiene en el contrato. Se observa control de inventarios de los meses septiembre y noviembre del año 2017 y enero del presente año.	26/04/2018	Se está realizando el inventario bimestralmente, se tiene evidencia de enero y marzo del año 2018. Queda pendiente las actas de inventario de los meses Enero y Marzo	23/07/2018	Se tiene actualizados los inventarios bimestrales y los correspondientes actas.									Cerrado
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	No se cumple con el stock de ropa hospitalaria en las áreas asistenciales y el servicio de lavandería, incumpliendo la cláusula cuarta del contrato numeral 3, que establece, "Reponer al supervisor, el libro de apoyo a la supervisión y al coordinador de suministros de EL CONTRATANTE, la necesidad de ropa hospitalaria adicional".	Auditoría Interna CI	Eficiencia	Pedir la ropa hospitalaria con el fin de dar cumplimiento a la requerida en cada una de las áreas asistenciales de la E.S.E	Pedir la ropa necesaria para que el área de suministros realice las compras, estableciendo y con el apoyo de la supervisión realizar la gestión de compra de dicha ropa		Con base en los inventarios realizados, hacer el pedido de ropa hospitalaria al área de suministros y gestionar su compra en un 100%.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	11/10/2017		Cerrado	Con base en los inventarios realizados, el número de camas en cada una de las áreas y con el apoyo de los diferentes coordinadores se estableció el número y tipo de ropa requerida para cada uno de los servicios de la E.S.E	10/04/2018	En la actualidad se tiene inventario bimestral lo que muestra la necesidad y ajuste del stock. A la fecha se ha mejorado el déficit de ropa hospitalaria en las áreas.	26/04/2018	En la actualidad se tiene inventario bimestral lo que muestra la necesidad y ajuste del stock. A la fecha se ha mejorado el déficit de ropa hospitalaria en las áreas. En la actualidad se han comprado 600 sábanas, 300 cobijas, 100 fundas de almohada para un total del 70 % de dotación de ropa hospitalaria	23/07/2018	En la actualidad se tiene inventario bimestral lo que muestra la necesidad y ajuste del stock. A la fecha se ha mejorado el déficit de ropa hospitalaria en las áreas. En la actualidad se han comprado 300 sábanas, 300 batas quirúrgicas, 300 batas paciente, 170 campos, 300 gafetes y 270 envolvederas, para un total del 75 % de dotación de ropa hospitalaria	08/10/2018	Se sigue realizando inventario bimestral, dando de baja y adquiriendo ropas según la necesidad							En Proceso
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	No se evidenció capacitación de la empresa ByC S.A.S., sobre el proceso de lavado de las prendas hospitalarias, incumpliendo la cláusula cuarta del contrato numeral 8, que establece, "Garantizar el adecuado proceso de desinfección y cuidados de la ropa hospitalaria y sanitaria, que evite el deterioro y destrucción de la ropa lavada".	Auditoría Interna CI	Satisfacción del Cliente Interno	Realizar capacitaciones periódicas para garantizar el adecuado proceso de desinfección y cuidados de la ropa hospitalaria y sanitaria, que evite el deterioro y destrucción del textil lavado.	Solicitar al área de talento humano de la empresa prestadora del servicio de lavandería capacitaciones al personal.		Capacitar al personal 2 veces al año para garantizar el cuidado de la ropa hospitalaria.	Sebastian Herrera / Servicios operativos			En Proceso	Se solicitó a la empresa contratista, la realización de las capacitaciones del manejo de ropa hospitalaria, la empresa está a la espera de una fecha por parte de la ARL, la cual va a dictar una capacitación de manejo de químicos.	10/04/2018	No se tiene avance debido a que la empresa ByC no labora en la actualidad con la E.S.E. Se solicitará capacitación a la empresa Prolaquim sobre el buen proceso de lavado y desinfección para la conservación de las prendas	26/04/2018	Con la nueva empresa PROLAQUIM, no se ha iniciado capacitación acerca del proceso de lavado de prendas hospitalarias.	23/07/2018	Se evidencia avance, se tienen formatos de cada uno de los procedimientos y actas de socialización									Cerrado
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidenció que se realizan tres (3) rutas de recolección de ropa sucia en sede 1 y dos (2) en sede 2, incumpliendo lo establecido en la propuesta del contratista, que definió: SEDE 1 / SEDE 2: 6:30 A.M.: todos los servicios. 6:30 A.M.: todos los servicios. 11:00 A.M.: todos los servicios. 11:00 A.M.: todos los servicios. 6:00 P.M.: todos los servicios. 6:30 P.M.: todos los servicios. 3:30 P.M.: UCI y cirugía.	Auditoría Interna CI	Seguridad	Realizar los recorridos establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria.	Llevar el control de recolección de ropa hospitalaria diligenciando los formatos establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria.		Cumplir con los horarios establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria, garantizando la calidad en la prestación del servicio.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	04/01/2018		Cerrado	En la actualidad se dan cumplimiento con los horarios establecidos para las rutas de recolección de ropa hospitalaria.	10/04/2018	No se tiene avance por cambio del Contratista de lavandería	26/04/2018	Se cambió en el proceso PR_01_CL-1, los horarios de recolección de ropa sucia y ropa limpia en ambas sedes. Se tiene acta de socialización de la actualización de los nuevos recorridos con el personal de lavandería. Falta modificar los horarios en el contrato con la empresa actual PROLAQUIM.	24/07/2018	Sin avances	08/10/2018	EN contrato PS 180 de 2018 celebrado entre la ESE y PROLAQUIM no se tienen establecidos horarios de recolección de ropa sucia, pero en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria PR_01_CL-1 se tienen establecidos dichos horarios y se evidencia socialización de dicho procedimiento con PROLAQUIM							En Proceso
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se estableció que se realicen tres (3) recorridos en sede 1 y uno (1) en sede 2, incumpliendo lo establecido en la propuesta del contratista, que definió: SEDE 1 / SEDE 2: 6:00 A.M.: Los servicios de cirugía. 7:30 A.M.: todos los servicios. 7:30 A.M.: todos los servicios. 12:00 P.M.: Salas de internación. Varias veces en el día Cirugía, 6:00 P.M.: todos los servicios. UCI y urgencias. 12:00 P.M.: Salas de internación	Auditoría Interna CI	Satisfacción del Cliente Interno	Realizar los recorridos establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria.	Llevar el control de entrega de ropa hospitalaria diligenciando los formatos establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria.		Cumplir con los horarios establecidos en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria, garantizando la calidad en la prestación del servicio.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	04/01/2018		Cerrado	En la actualidad se dan cumplimiento con los horarios establecidos para las rutas de entrega de ropa hospitalaria.	10/04/2018	No se tiene avance por cambio del Contratista de lavandería	26/04/2018	Se cambió en el proceso PR_01_CL-1, los horarios de recolección de ropa sucia y ropa limpia en ambas sedes. Se tiene acta de socialización de la actualización de los nuevos recorridos con el personal de lavandería. Falta modificar los horarios en el contrato con la empresa actual PROLAQUIM.	23/07/2018	Sin avances	08/10/2018	EN contrato PS 180 de 2018 celebrado entre la ESE y PROLAQUIM no se tienen establecidos horarios de entrega de ropa limpia, pero en el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria PR_01_CL-1 se tienen establecidos dichos horarios y se evidencia socialización de dicho procedimiento con PROLAQUIM							En Proceso
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidenció una variación del 65% del costo por Kg de ropa lavada entre las vigencias 2016 y 2017. El cuadro siguiente muestra lo ocurrido: PERIODO / VALOR / IVA / TOTAL; Enero 2016 (10 días) $1,340 16% $1,423; Enero – Agosto 2016 $1,300 Incluido $1,300; Septiembre – Diciembre 2016 $1,507 16% $2,301; Enero – Septiembre 2017 $1,840 19% $2,300	Auditoría Interna CI	Eficacia	Comparar el precio de Kg de ropa lavada con otras empresas prestadoras del servicio en igualdad de condiciones.	Solicitando propuestas económicas a empresas las cuales presten el servicio de lavandería en las mismas condiciones del contratista actual.		Con base en precios del mercado, realizar una comparación precio y calidad en la prestación del servicio.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	18/09/2017		Cerrado	Se realizó cambio de empresa prestadora del servicio de lavandería, la cual tiene un costo por Kg de ropa lavada menor que la empresa prestadora del servicio anteriormente contratada. Periodo / Valor / IVA / Total; Enero-Septiembre 2017 $1840 19 % $2300.21; Sept. - Diciembre 2017 $1510 19 % [illegible]. Se evidencia una reducción del costo por Kg de un 32.70%	10/04/2018	Con la nueva empresa de lavandería se logró bajar el 32.70% el costo de lavado.													Cerrado
16	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se tiene un faltante de 760 prendas intrahospitalarias que resulta de la diferencia entre el inventario físico del mes de agosto y el inventario Kardex. Dichas prendas se traducen en un faltante de $17.630.000	Auditoría Interna CI	Eficacia	Realizar controles rigurosos de la ropa hospitalaria, para garantizar que no hayan faltantes.	Realizando controles de entrega y salida de baja de la ropa hospitalaria. Coordinando con el personal de enfermería … [illegible]		Disminución de pérdidas de la ropa hospitalaria	Sebastian Herrera / Servicios Operativos Sonia Cerón / Líder de enfermería	08/03/2018	Permanente	En Proceso	Se lleva un control bimestral de la ropa hospitalaria.	10/04/2018	Se está realizando inventario bimestral para la reducción del faltante de ropa con el líder de servicios operativos que comenzó el 1 de septiembre.	26/04/2018	En la actualidad se tiene inventario bimestral lo que muestra la necesidad y ajuste del stock. A la fecha se ha mejorado el déficit de ropa hospitalaria en las áreas. En la actualidad se han comprado 600 sábanas, 300 cobijas, 100 fundas de almohada para un total del 70 % de dotación de ropa hospitalaria	23/07/2018	En la actualidad se tiene inventario bimestral lo que muestra la necesidad y ajuste del stock. A la fecha se ha mejorado el déficit de ropa hospitalaria en las áreas con la adquisición de ropa nueva, alcanzando un stock del 75%	08/10/2018	Se sigue realizando inventario bimestral, dando de baja y adquiriendo ropas según la necesidad.							En Proceso
21	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	No se está llevando de manera sistemática el diligenciamiento de la minuta diaria de registro de usuarios en el servicio de Urgencias Sede 1, pese al comunicado remitido por el coordinador de este servicio.	Auditoría Interna - FAMSC	Eficacia	Realizar seguimiento al personal el cual no lleva el correcto registro de ingreso de pacientes al servicio de urgencias.	Realizando reuniones con el personal de vigilancia y revisando periódicamente la minuta en los diferentes turnos de personal para tener un control de cumplimiento del registro.		Cumplir con el registro en la minuta de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	20/08/2017	Permanente	Cerrado	Se realizan reuniones periódicas con el personal de vigilancia para socializar los procedimientos y manuales de vigilancia en donde se les recalca la importancia del registro en la minuta del ingreso de pacientes.	10/04/2018		26/04/2018	Se realizó socialización de los procedimientos a todo el personal de vigilancia	23/07/2018	Se realiza minuta de manera completa.									Cerrado
8	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidencia techo en mal estado en el área de Terapia Respiratoria del servicio de Urgencias Pediátricas (Sede 2).	Auditoría Interna - FAMSC	Eficacia	Reparar el techo en mal estado en el área de terapia respiratoria en Urgencias de sede 2	Realizando correcciones en humedades y pintando el techo del área.		Reparar el techo … realizando mantenimientos preventivos y correctivos	Sebastian Herrera / Servicios operativos	20/08/2018	20/08/2018	Cerrado	Se realizó corrección de humedad, está pendiente de pintura.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance, falta pintar dicha área	23/07/2018	Se finalizó pintura del área afectada.									Cerrado
8	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidencia recipiente rojo para el depósito de residuos sin pedal en una de las consultas de Urgencias Pediátricas.	Auditoría Interna - FAMSC	Suficiencia o Disponibilidad	Realizar recorridos en donde se haga inventario de los recipientes y revisar periódicamente la cantidad y el estado de los mismos.	Pedir al área de suministros la compra de canecas de residuos hospitalarios …		Realizar el inventario actualizado de las canecas de residuos …	Sebastian Herrera / Servicios operativos	04/01/2018	Permanente	Cerrado	Se cambió el recipiente en mal estado.	10/04/2018														Cerrado
14	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidencia que en uno de los consultorios de Ortopedia (Consulta Externa) se está realizando colocación de yesos, cuando el mismo no cumple con los requisitos de habilitación establecidos.	Auditoría Interna - SUH	Pertinencia	Adecuar los consultorios para que cumplan con los requisitos de habilitación establecidos.	… adecuación y compra de puertas corredizas … consultorio que permita el ingreso y la salida de las camillas.		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos			En Proceso		10/04/2018		26/04/2018	Se tiene proyectado comprar puertas corredizas para hacer la división entre la consulta y el procedimiento y así cumplir con el SUH	23/07/2018	Se espera el proceso. Falta adquirir las puertas corredizas.	08/10/2018	Sin avances							En Proceso
14	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se realizan procedimientos en uno de los consultorios de consulta externa, … existe unidad en el segundo piso destinada para tal fin; … sin embargo las dos áreas [no] cumplen con los requerimientos exigidos por el SUH.	Auditoría Interna - SUH	Pertinencia	Habilitar la sala de procedimientos en sala 3 de la sede 2	Coordinar con el personal de consulta externa …		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos			Cerrado	La Sala de suturas cumple en infraestructura con lo establecido con las normas de habilitación.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance. Se requiere hablar con la coordinadora de consulta externa para que el procedimiento de suturas se realice en el cuarto destinado para tal fin.	23/07/2018	Sin avances	08/10/2018	La sala de procedimientos del segundo piso si cumple con los requerimientos de la SUH, pero aun se siguen realizando procedimientos en los consultorios de consulta externa.							No Iniciado
14	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Revisar y adecuar la infraestructura de la sala de yesos de Urgencias Sede 1, de modo que se dé cumplimiento a los criterios establecidos en el SUH.	Auditoría Interna - FAMSC	Pertinencia	Realizar las modificaciones pertinentes para cumplir con la norma del SUH	Adecuando las áreas según las normas vigentes.		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos			En Proceso	Se retiró lavado de yesos de la sede 1 de la E.S.E para realizar adecuaciones pertinentes.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	24/07/2018	Sin avances	08/10/2018	Se cambió luminaria y se recogerá la trampa de yesos, eliminación de tomas de oxígeno. Se tiene en proceso de adecuación							En Proceso
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Aunque se evidencian mejoras en las habitaciones de las salas de Internación - Sede 2, aún se perciben algunas sin la respectiva cortina, como son: C, F y B.	Auditoría Interna - FAMSC	Privacidad	Instalar las cortinas en las habitaciones que lo requieren.	…		Mantener las habitaciones con las cortinas necesarias para garantizar la privacidad de los pacientes.	Sebastian Herrera / servicios operativos	12/02/2018	Permanente	En Proceso	Se realizaron las rondas en las salas, se determinan los materiales necesarios para la instalación de cortineros y cortinas, garantizando la privacidad de los pacientes, se realizó el pedido al área de suministros para la compra de dichos materiales.	10/04/2018		26/04/2018	No se ha comprado los cortineros ni cortinas. Se tiene pendiente cotizar y comprar con suministros	23/07/2018	Se realizó instalación de cortineros y cortinas correspondientes									Cerrado
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	El cuarto sucio de sala 2 – Sede 2, no cumple con los criterios del Sistema Único de Habilitación.	Auditoría Interna - FAMSC	Pertinencia	Adecuar cuarto sucio cumpliendo con los criterios del SUH.	…		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / servicios operativos	11/02/2018		En Proceso	Se tiene el material disponible para las modificaciones pertinentes, se están realizando las modificaciones en otras áreas como lo es cirugía y central de esterilización.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	Se realizó pedido de sanitarios de fluxómetro, para habilitar el cuarto sucio de la sala	08/10/2018	Ya se adquirieron sanitarios, falta la instalación							En Proceso
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: Sala 1: Área de trabajo sucio no cuenta con lavamanos.	Auditoría Interna - SUH	Suficiencia o Disponibilidad	Adecuar cuarto sucio cumpliendo con los criterios del SUH.	…		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / servicios operativos	11/03/2018		En Proceso	Se tiene el material disponible para las modificaciones pertinentes …	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	Se realizó pedido de sanitarios de fluxómetro, para habilitar el cuarto sucio de la sala	08/10/2018	Ya se adquirieron sanitarios, falta la instalación							En Proceso
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: Sala 2 y 3: área de trabajo sucio no cumple, con baños.	Auditoría Interna - SUH	Pertinencia	Adecuar cuarto sucio cumpliendo con los criterios del SUH.	…		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / servicios operativos	11/03/2018		En Proceso	Se tiene el material disponible para las modificaciones pertinentes …	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	sin avances	08/10/2018	Ya se adquirieron sanitarios para adecuar área de trabajo sucio, falta la instalación. Al realizar estas adecuaciones se tendría cerrado							En Proceso
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: Sala 2: El área donde se instaló preparación de medicamentos, en el mesón metálico tiene media caña de madera.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Retirar la media caña en madera de los mesones en estas instalaciones y el área de preparación de medicamentos.	Realizar pedido de materiales para retirar la media caña en madera …		… Materiales que cumplan con lo establecido en las normas de habilitación	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/05/2018	30/05/2018	Cerrado	Se retiraron las medias cañas en madera de uno de los servicios en donde se encontraban …	10/04/2018		26/04/2018	Se retiró la media caña en madera … al mesón											Cerrado
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: Sala 4: El área de trabajo sucio no cumple en su totalidad con lo establecido en el Sistema Único de Habilitación. El baño de hombres no está habilitado porque lo tienen como bodega de objetos.	Auditoría Interna - SUH	Pertinencia	Realizar el cuarto de trabajo sucio cumpliendo con lo establecido en el SUH. Habilitar el baño de hombres en la sala 4 de internación en la sede 2 de la E.S.E.	Realizar las adecuaciones necesarias para habilitar el cuarto sucio de la sala 4. Retirar los elementos del baño y realizar la habilitación.		Cumplir con lo establecido en el SUH.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/05/2018	08/08/2018	Cerrado	Se habilitó el baño de los hombres en la sala 4 de la sede 2. Se habilitó el cuarto sucio en sala 4 de la sede 2.	10/04/2018		26/04/2018	El baño de hombre está habilitado y funcionando. Queda pendiente la adecuación del trabajo sucio.	23/07/2018	sin avances	08/10/2018	En agosto se realizó adecuación de área de trabajo sucio.							Cerrado
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: No se cumple con la normatividad en algunos baños de sala 1 a 4, ya que actualmente tienen muro de enchaque, igual sucede en Hospitalización Pediátrica.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Realizar adecuaciones en los baños de cada una de las habitaciones	Adecuar las habitaciones garantizando la seguridad y funcionalidad en cada una de ellas.		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/05/2018		En Proceso	Se inició la demolición de muros de enchaque en las habitaciones de Internación de la sede 2.	10/04/2018		26/04/2018	Se han ido quitando muros de enchaques en las habitaciones.	23/07/2018	Sin avances	08/10/2018	Sin avances							En Proceso
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	Internación Sede 2: Sala 1: El aril de la cama 21P1 está averiado. Adicionalmente se evidencian inconvenientes con las sillas ubicadas en Sala 1, toda vez que por ser bajas dificultan el paso de líquidos al usuario.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Realizar mantenimientos preventivos y correctivos del mobiliario en la institución.	Reparar los bienes muebles de la institución garantizando la correcta prestación del servicio.		Garantizar la reparación del mobiliario de las áreas asistenciales de la E.S.E.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/04/2018	Permanente	En Proceso	Se inició la reparación de sillas, mesas puente y mesitas de las áreas asistenciales de la E.S.E.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	Aril de la cama 21P1 se tiene reparado, y se están realizando mantenimientos preventivos y correctivos en ambas sedes.									Cerrado
30	8	2017	Gestion del Ambiente Físico	En hospitalización pediátrica el monitor de signos vitales presenta … de rodamiento en mal estado.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Realizar mantenimientos preventivos y correctivos del mobiliario en la institución.	Reparar los bienes muebles de la institución garantizando la correcta prestación del servicio.		Garantizar la reparación del mobiliario de las áreas asistenciales de la E.S.E.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/04/2018	Permanente	Cerrado	Se realizó el cambio de la rueda del carro del monitor y se le realizó mantenimiento preventivo general.	10/04/2018		26/04/2018	A la fecha, no se tiene reporte de carros de signos vitales en mal estado.											Cerrado
6	10	2017	Gestion del Ambiente Físico	Aunque se dispone de una poceta exclusiva para el servicio de UCI, no se cuenta con un "ambiente exclusivo de aseo" que permita el almacenamiento de los elementos de aseo acorde a la norma.	Auditoría Interna - SUH	Suficiencia o Disponibilidad	Realizar plan de mantenimiento donde se realicen adecuaciones a la infraestructura cumpliendo con el SUH	Realizar modificaciones de áreas en UCI cumpliendo con lo establecido en la norma de infraestructura.		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	16/04/2018		En Proceso	Se realizó ronda administrativa con el coordinador de UCI, la asesora de planeación y calidad y la asesora de calidad, en la cual se definieron modificaciones en las áreas a intervenir.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	No se tiene avance.	08/10/2018	Sin avances							No Iniciado
6	10	2017	Gestion del Ambiente Físico	Se evidencia en UCI, que los elementos son lavados en el lugar dispuesto para el aseo o en la poceta de un mesón ubicado al frente del puesto de enfermería.	Auditoría Interna - SUH	Suficiencia o Disponibilidad	Realizar plan de mantenimiento donde se realicen adecuaciones a la infraestructura cumpliendo con el SUH	Realizar modificaciones de áreas en UCI cumpliendo con lo establecido en la norma de infraestructura.		Cumplir con lo establecido en las normas de habilitación e infraestructura.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	16/04/2018		En Proceso	Se realizó ronda administrativa con el coordinador de UCI, la asesora de planeación y calidad y la asesora de calidad, en la cual se definieron modificaciones en las áreas a intervenir.	10/04/2018		26/04/2018	No se tiene avance.	23/07/2018	No se tiene avance.	08/10/2018	Sin avances							No Iniciado
16	11	2017	Gestion del Ambiente Físico	No se evidencia diligenciamiento de los formatos "Revisión semanal de ambulancias" y "Hoja de vida ambulancias", los cuales validan los mantenimientos preventivos y correctivos de las ambulancias.	Auditoría Interna - SUH	Suficiencia o Disponibilidad		Realizando seguimiento a cada uno de los mantenimientos preventivos y correctivos, garantizando el buen funcionamiento de las mismas.		Llevar un control manual del estado de las ambulancias, garantizando su correcto funcionamiento.	Sebastian Herrera / Servicios operativos	01/05/2018	Permanente	Cerrado	Se tiene creado hoja de vida de las ambulancias en el [illegible] en donde se lleva el control de cada uno de los mantenimientos preventivos y correctivos que se le realizan.	10/04/2018		26/04/2018		23/07/2018	Se realizan mantenimientos de manera periódica, no se tiene adherencia a los formatos	08/10/2018	Se sigue realizando mantenimiento según la necesidad, pero no se evidencia adherencia a formatos. Se estudia la posibilidad de modificar formatos porque el que existe actualmente no es claro en como realizar la inspección semanal por parte del personal de las ambulancias							En Proceso
27	2	2018	Gestion del Ambiente Físico	No se cuenta con programa de capacitación y entrenamiento para internos y externos en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.	Auditoría Interna - FAMSC	Pertinencia	Crear programa de capacitaciones y entrenamiento en manejo del ambiente físico tanto al cliente interno como al externo.	Documentando y estableciendo programa y cronograma de capacitaciones a los diferentes usuarios y colaboradores.	Programa adoptado y personal capacitado	Personal capacitado en un 90%	Coordinador del Servicio Líder de Servicios Operativos	08/03/2018	23/11/2018	Cerrado	Se documenta programa de Gestión del ambiente físico el cual será implementado en 2019	27/10/2018				24/07/2018										
27	2	2018	Gestion del Ambiente Físico	No se cuenta con evidencia de la socialización del MN_01_CHS Manual de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y PT_01_CHS Protocolo Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo, al 100% de las personas que laboran en la E.S.E.	Auditoría Interna - FAMSC	Pertinencia	Socializar el Manual de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y el protocolo de Incidentes y Accidentes de Trabajo.	Documentando y socializando el Manual de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Protocolo Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo.	Listas de socialización	Manual Socializado al 90% y personal capacitado	Coordinador del Servicio Líder de Servicios Operativos	08/10/2018	23/11/2018	Cerrado	Actualmente el Protocolo Reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo se tiene socializado en los entrenamientos en el puesto de trabajo, inducción institucional y reinducción.	30/11/2018				26/07/2018										
27	2	2018	Gestion del Ambiente Físico	Aunque se realizan los reportes de incidentes y accidentes a la ARL, la E.S.E. aún tiene responsabilidad directa de reportar al personal vinculado y contratista. Con respecto a las agremiaciones, son estas quienes deben hacer los reportes, además de presentar informe mensual al COPASST; sin embargo, esto solo se ha cumplido por el 30% de las agremiaciones, mostrando baja adherencia al procedimiento.	Auditoría Interna - FAMSC	Oportunidad	Informar a los supervisores de los diferentes contratos por medio de agremiaciones el incumplimiento de estas en el reporte de accidentes laborales al COPASST	Solicitar a los supervisores de los contratos de las agremiaciones realizar las medidas respectivas en relación al reporte de estos eventos.	Informes de reporte de accidentes e incidentes	Cumplir con el 100% de los reportes de accidentalidad del personal que se encuentra en la E.S.E.	Coordinador del Servicio Líder de Servicios Operativos	10/10/2018	23/11/2018	Cerrado	Actualmente se cuenta con un formato por medio del cual las agremiaciones reportan la accidentalidad siendo ASOCLA, SERVIMSALUD, REDSALUD, PROLAQUIM, SODEXO y TDA, las agremiaciones que reportan mes a mes aún sin tener accidentalidad.	30/11/2018				26/07/2018										

Tablero de indicadores de sistemas

REPORTE						PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO																SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?			1		2		3		4		5		6		7				
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado			ESTADO DE LA ACCIÓN
17	6	2013	Sistemas de Información	Los 2 centros de cómputo no tienen sensores de inundación, de temperatura, humedad y alarmas de detección de humo.	Otros	Seguridad	Garantizar la prevencion de desastres en los centros de computos.	adquirir sensores de inundacion, de temperatura, humedad y alarmas de detección de humo	sensores instalados y certificados	Adquirir equipos en los siguientes 6 meses	Gerente y Subgerente General	26/04/2017	31/10/2017	En Proceso	cotizaciones para proyecto con el sr Ivan Castaño	24/04/2017	No se evidencia avance, dado a la falta de presupuesto en la institución.	18/07/2017	No se evidencia avance, dado a los requerimientos tecnicos necesarios para su implementación. La institución solo cuenta con sensores de temperatura.	24/10/2017	Al a fecha se tiene sensor de temperatura. No se tiene avance por falta de recurso económico	22/01/2018	Se encuentra en estudio un proyecto con el sistema general de regalias en la gobernación.	16/04/2018	Se entregó proyecto al señor Ivan Castaño para la gestión de regalias en la gobernación.	17/07/2018	Se está realizando cotizacion para la alarma de detección de humo . Se continua con el sensor de temperatura y extintor en el centro de computo	08/10/2018	A la fecha ya se cuenta con la alarma de detección de humo, el sensor de temperatura y los extintores en los centros de computo	Cerrada
17	6	2013	Sistemas de Información	El cableado no se encuentra certificado ni organizado.	Otros	Seguridad	garantizar la buena comunicación de los equipos de computo	obtener la certificacion del cableado	N/A	certificacion cableado	Gerente y Subgerente General	01/01/2017	31/12/2017	En Proceso	cableado y retiro de swichet de 104 puntos, cotizacion para el proyecto de Sr Ivan Castaño	24/04/2017	Se evidencia avance en parte del cableado en 104 puntos de ambas sedes, Sin embargo no se encuentra certificado ni organizado.	18/07/2017	Las mediciones del cableado no cumplen, dado a la antigüedad de la institución, solo quedaron los 104 puntos de ambas sedes. El estudio para el cableado requiere de un presupuesto muy alto que en la actualidad el hospital no cuenta con los recursos.	24/10/2017	No se tiene avance.	22/01/2018	Se encuentra en estudio un proyecto con el sistema general de regalias en la gobernación.	16/04/2018	Se entregó proyecto al señor Ivan Castaño para la gestión de regalias en la gobernación.	17/07/2018	Por su alto costo y la sede 2 en comodato, el cableado no se tiene para realizar su cambio. Se tiene otras prioridades y no hay respuesta de avance por parte del señor Ivan Castaño con respecto a dineros provenientes de regalias de la Gobernación de Antioquia			Cerrada
17	6	2013	Sistemas de Información	Los 2 centros de cómputo tienen cajas de cartón y mesas de madera, los cuales son materiales combustibles.	Otros	Seguridad	Garantizar la prevencion de desastres en los centros de computos.	reemplazar los enseres de madera y reubicar las cajas carton	N/A		Gerente y Subgerente General	15/10/2017	31/12/2017	Cerrada	a partir de enero 4 sistemas sede 1, el area fue trasladado a primer piso con	24/04/2017	En el centro de computo de sede 2 se cumplen las condiciones de seguridad.													Cerrada
17	6	2013	Sistemas de Información	No se tienen indicadores adicionales para otras operaciones de TI, como: interrupciones del negocio debido a interrupciones de TI, frecuencia de las prueba de los medios de respaldo, entre otros.	Otros	Pertinencia	Mejorar los tiempos de respuesta en atencion a eventos de TI.	Definir y documentar los indicadores de desempeño de las operaciones de tecnologia y captura, tabular y analizar la informacion generada	N/A	Informes de indicadores	area de sistemas	01/01/2017	01/02/2017	Cerrada	Al utilizar servidores con balanceo de carga se garantiza que en caso de un daño en un servidor, entra a operar el siguiente. Ademas se realizan 2 copias diarias almacenadas en una NAS.	24/04/2017	Se adquirió un servidor SAN que cuenta con respaldode la inofmración de la ESE.													Cerrada
23	7	2014	Sistemas de Información	El área no ha implementado las acciones preventivas definidas en el AMEF del proceso.	Auditoría Interna	Seguridad	Implementar Acciones preventivas en infraestructura	Implementar manuales, instalar equipos, socializar temas del AMEF	N/A	adquirir equipos e implementar o socializar planes de mejoramiento	Gerente y Subgerente General	01/09/2017	31/12/2017	Cerrada	adquisicion de 2 aires acondicionados con by pass, mantenimiento a los equipos, corroborar el material combustible en los cuartos tecnicos, socializacion de no consumir bebidas en los cuartos tecnicos, adquisicion de extintores, manual de seguridad informatica	24/04/2017	Se esta trabajando en el nuevo modelo del mapa de riesgos del area.	18/07/2017	El area de sistemas ha actualizado en el nuevo formato de mapa de riesgos, se recomienda analizar riesgos adicionales que puedan ser intervenidos por el area.													Cerrada
4	6	2017	Sistemas de Información	tercerizacion del parque tecnologico	Otros	Satisfacción del Cliente Interno	mejorar el tiempo de respuesta con respecto a los equipos de computo, servidores, telefonia, carteleras digitales, plataformas, pagina web, intranet y otros	contratar empresa para soporte del parque tecnologico	QSYSTEM	Informes de indicadores	area de sistemas	06/06/2017	31/12/2017	Cerrada	se inicia contrato con empresa NEOTIK, tercerizacion con 2 personas en sede1 y sede2, apoya 4 personas especializadas en servidores, telefonia, pagina web, television	18/07/2017	Se dio inicio el 20 de junio al contrato con la empresa NEOTIK para brindar apoyo a los sistemas de información y plataformas de la institución.	24/10/2017	Se continúa contrato con la empresa NEOTIK para el mantenimiento tanto preventivo como correctivo, televisión, telefonía y equipos de computo.													Cerrada
31	8	2017	Sistemas de Información	No se evidencia en los registros de algunas historias clinica electrónicas auditadas, sello y/o firma del médico tratante. Médicos: Juliana Llano Arroyave R.M. 5-2074-10 Laura Liliana Cardona C.C. 1047388594	Auditoría Interna (PAMEC)	Pertinencia	implementar accion conjunta con talento humano para el personal medico	realizar y entregar a Sistemas el formato F_05_SI-5 Autorizacion para el tratamiento y uso de firma escaneada	N/A	ingreso de la firma y sello de todos los medicos en el software DINAMICA GERENCIAL	area de sistemas	31/08/2017	31/12/2017	Cerrada	creacion del usuario dia a dia, por ingreso al hospital con el formato indicado	24/10/2017	A la fecha se encuentra laborando la doctora Juliana Llano Arroyave sin firma ni sello. La doctora Laura Liliana Cardona renunció a partir del mes de Octubre.													Cerrada
19	9	2018	Sistemas de Información	EN LAS HORAS DE LA NOCHE SIENDO LAS 21:39 SE REPORTA AL DISPONIBLE DE SISTEMAS QUE EL CORREO SE ENCUENTRA MALO YA QUE SE ENVIAN RESPUESTAS A LA EPS SAVIA Y ELLOS NO RECIBEN EL MENSAJE, ME SOLICITAN CORREO Y CONTRASEÑA DEL CUAL ESTA PRESENTANDO EL INCONVENIENTE PARA MIRARLO, SE LE DA DICHA INFORMACIÓN Y ME INDICAN SIENDO LAS 22:00 QUE VERIFIQUE, CONFIRMO CON ADMISIONES Y ME INDICAN QUE SI RECIBIERON UN CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN ENVIADO. SE LE INFORMA QUE EN EL MOMENTO RECIBIERON EL CORREO QUE SI ALGUN INCONVENIENTE SE LE VUELVE A NOTIFICAR, SIENDO LAS 00:05 LES INDICO QUE EN SAVIA ME DICEN QUE NO LES INGRESAN LAS RESPUESTAS DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE NOSOTROS, NO EVIDENCIO REPUESTA, SE LES ESCRIBE NUEVAMENTE SIENDO LAS 00:38 Y NUEVAMENTE SIN RESPUESTA POR ULTIMA VEZ VUELVO Y ESCRIBO SIENDO LAS 00:44 Y CONTINUO SIN RECIBIR NINGUNA RESPUESTA, SE EVIDENCIA QUE LA ULTIMA CONEXIÓN EN EL WHATSAPP FUE A LAS 00:44, SE DEJA EVIDENCIA DE PANTALLAZO EN EL CELULAR DEL CRUE, Y SE TERMINA TURNO SIN RESPUESTA ALGUNA POR PARTE DEL DISPONIBLE DE SISTEMAS. A LAS 07:30 DE LA MAÑANA LLEGA PERSONAL DE SISTEMAS (AMAURY) INDICANDO QUE PONGAMOS EN EL EVENTO DE UNA MANERA DESAFIANTE QUE NO SE REALIZARON LLAMADAS PUESTO QUE EL WHATSAPP	Eventos de Seguridad	Oportunidad	Generar y Divulgar el proceso para la Disponibilidad del personal de Sistemas	Por medio de Carteleras y la intranet	Qsystem		Area de Sistemas																						

Tablero de indicadores Talento humano

REPORTE							PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR		SEGUIMIENTO														SEGUIMIENTO
FECHA HALLAZGO			PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?				1		2		3		4		5		6		7		ESTADO DE LA ACCIÓN
DD	MM	AAAA					Acción de Mejora	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la acción (Nombres/cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado de la acción	Descripción del avance	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
10	9	2013	Gestion de Talento Humano	Actualizar los procedimientos de talento humano incluyendo la identificación de necesidades de personal, selección de personal, inducción, reinducción, entrenamiento, capacitación, entre otros.	Auditoria Control interno	Pertinencia	Se solicita a Calidad los espacios para revisar conjuntamente con T.H. los documentos ya enviados al correo electrónico, y analizar la pertinencia de los mismos o levantar unos nuevos	Se viene avanzando en la documentación de los procedimientos. Se tiene programada reunión de trabajo con el área de Planeación y Calidad	50%	100%	Paola Andrea Palacio - Asesora Talento Humano, Luisa Montoya - Aux Talento Humano, Daniela Ocampo - Aux Talento Humano	01/01/2017	30/07/2017	Cerrada	Se recibió de calidad los documentos solicitados de Talento Humano, se devolvió a Calidad ya mejorados, para aprobación y fueron aprobados Se pasa a el area de planeacion y calidad los procedimientos de induccion, reinduccion, entrenamiento en el puesto de trabajo y vinculacion de personal, para su revision y posterior aprobacion El proceso de seleccion de personal, registro de necesidades y el programa de capacitacion, se encuentran en la oficina de planeacion para su aprobacion	24/04/2017	Se evidencian avances en la actualización de los programas de escucha activa, estimulos e incentivos, clima organizacional, formato de declaración juramentada de dependencia economica y se encuentran pendientes de aprobación por el area de calidad.	17/07/2017	Se aprobaron y se están implementando programas de escucha activa, estimulos e incentivos, clima organizacional, formato de declaración juramentada de dependencia economica. Se encuentra pendiente la aprobación ,por el área de calidad de los procedimientos de inducción, reinducción y entrenamiento.	23/10/2017	Se encuentra aprobado por planeación inducción, reinducción,entrenamiento y evaluaciones de desempeño. Se tiene pendiente desde el área de calidad la aprobación de capacitación, selección de personal y registro de necesidades del cliente interno.	22/01/2018	Se está ejecutando los formatos de capacitación, selección de personal y registro de necesidades del cliente interno. A la fecha se tiene al dia la actualización de los procedimientos del área de Talento Humano							Cerrada
9	3	2015	Gestion de Talento Humano	La totalidad de personal vinculado no cuenta con la realización de los exámenes periódicos ocupacionales.	Auditoria Control interno	Seguridad	Se solicita a Gerencia la autorización de exámenes médicos ocupacionales.	Se evidencia cumplimiento de la realización de los exámenes medicos ocupacionales durante las fechas 23 y 24 de marzo de 2017	98%	100%	Seguridad y Salud en el Trabajo	01/01/2017		Cerrada	De los 33 funcionarios quedaron faltando 2 por la realización de los examenes médicos de aptitud ocupacional De los 2 funcionarios faltantes, uno de ellos realizo el examen. El funcionario que no se realizo el examen se le asignaron 2 citas adicionales para	24/04/2017	Se evidencia realización de examenes ocupacionales al personal de planta los dias 23 y 24 de marzo del 2017, quedan pendiente 2 funcionarios de planta por calamidad y falta de tiempo.	17/07/2017	Falta un funcionario de planta por la realización del examen ocupacional	23/10/2017	A la fecha se tiene la totalidad de los exámenes periódicos ocupacionales de todos los funcionarios vinculados.									Cerrada
30	10	2015	Gestion de Talento Humano	El hospital tiene implementado en la entrada principal de la Sede 2, un dispositivo que cuenta el ingreso y la salida de personas a la institución. Igualmente, los contratistas y personal de planta se registran mediante un lector biométrico. No se logro establecer el uso que la institución hace de la información recolectada, si es para efectos de seguridad o de control de horarios. Si es para control de horario al personal, este no ésta documentado en el Reglamento Interno de Trabajo.	Auditoría Interna	Eficacia	Determinar la viabilidad del lector	Definir con la alta Gerencia la utilización del lector biométrico.	0	0	Gerencia Subgerencia Subgerencia de salud Talento Humano	30/10/2015	15/03/2017	Cerrada	Se consultó con el Subgerente y a la fecha, el uso que se le debe dar al lector biométrico no es útill.	24/04/2017	Se evidencia retiro de dispositivo para el ingreso que no estaba cumpliendo ninguna función especifica para el personal, ademas este dispositivo era de propiedad de la empresa de seguridad SOPROTECO.													Cerrada
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	La ESE presenta contratación misional permanente intermediada.	Visita de Entes de Control	Eficiencia	Impementar la planta temporal	Ya se tiene el estudio inicial de la planta de cargos temporal, la cual por efecto de los convenios de desempeño no había podido implementar, pero que de acuerdo a la liquidez y la estabilidad financiera que obtenga el Hospital se espera que se puede aprobar por			Gerencia Junta Directiva Subgerencia Subgerencia de salud Talento humano	30/11/2016	pendiente aprobacion por la junta	En Proceso	pendiente aprobacion por la junta, Continua en proceso	24/04/2017	Se evidencia gestión para implementar planta temporal en la ESE, y se encuentra pendiente de aprobación por la Junta Directva.	17/07/2017	No se tiene avance ya que se encuencuentra pendiente de aprobación por la Junta Directiva.	23/10/2017	No se tiene avance ya que se encuencuentra pendiente de aprobación por la Junta Directiva.	22/01/2018	No se tiene avance, continua pendiente por aprobación de la junta.	19/04/2018	No se tiene avance, continua pendiente por aprobación de la junta.	25/07/2018	Se llevó a junta directiva el 11 de julio, se encuentra pendiente para aprobación de la junta.	08/10/218	Sigue pendiente aprobación por parte de Junta Directiva	En Proceso
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	Ausencia de requisitos exigidos para el desarrollo de la profesión en el 100% de la muestra evaluada en la hojas de vida del personal de la ESE.	Visita de Entes de Control	Pertinencia	Garantizar el cumplimiento de los requisitos en el personal vinculado por cualquier modalidad.	Formato F4_GH-1 diligenciado"Control Requisitos de Ingreso" Historia Laboral Acta de reuniones con las diferentes agremiaciones socializando Formato F4_GH-1	80%	100%	Lider Talento Humano Agremiaciones, Contratistas	01/02/2016	31/08/2017	En Proceso	Se avanza en el proceso. Formato F4_GH-1 diligenciado "Control Requisitos de Ingreso". Se esta socilizando la problemática con Gerencia y Subgerentes, ya que la responsabilidad no recae completamente en la Coordinación de TH Se continua con la gestion de solicitud de todos	24/04/2017	Se evidencia implementación del Formato de control de requisitos, sin embargo el 100% del personal que ingresa a la institución no cumple con estos ya que todo el personal que ingresa independientemente de la forma de contratación.	17/07/2017	Se está cumpliendo por parte de funcionarios del área de talento humano el formato F4_GH-1 diligenciado "Control Requisitos de Ingreso". Los documentos faltantes se informan permanentemente al Subgerente General o Subgerente de servicios de Salud.											Cerrada
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	La institución no cuenta con un proceso documentado e implementado para la selección del personal en la Oficina de atención al usuario.	Visita de Entes de Control	Pertinencia	Disponer de un procedimiento par	Documentar, adoptar, socializar e implementar el procedimiento para la selección de personal, incluyendo los funcionarios de la oficina de atención al usuario.	0%	100%	Talento Humano	01/02/2016	Mas de 30 dias	Cerrada		24/04/2017	Se evidencia institucionalizado el manual de perfiles y cargos que contempla los cargos de la oficina de atención al usuario.													Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	Se evidencia desactualizacion en la conformación del comité de convivencia laboral.	Visita de Entes de Control	Eficacia	Solicitar a la ARL acompañamiento en funciones y responsabilidades del Comité de Convivencia Laboral				Seguridad y Salud en el Trabajo	20/04/2017	21/06/2017	Cerrada		24/04/2017	El comité se encuentra conformado y actualizado en enero de 2017, se avanza en las capcitaciones sobre resolución de conflictos dictada por Arl Sura programada para junio 21 de 2017.													Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	En la verificación de las reuniones trimestrales del comité de covivencia laboral se observa que ninguna de ellas tiene listado de asistencia, en algunas fecha no existió quórum para la realización de la misma y no se convocó a nueva reunión, las reuniones segun actas son monotemáticas.	Visita de Entes de Control	Eficacia	El comité de convivencia laboral tenga sus listados de asistencia, quórum y se realicen las reuniones de acuerdo al cronograma de comites de la institucion	Tener en la carpeta del comité las asistencias, las actas de reunion para que cuenten como evidencia	100%	100%	Comité de convivencia laboral y seguridad y salud en el trabajo	19/04/2017	19/04/2017	Cerrada	Se tiene la carpeta del comité de convivencia laboral completa con todas sus evidencias	24/04/2017	Se debe esperar la capacitación de Sura para que el comité inicie su funcionamiento, no se han realizado reuniones del comité.	17/07/2017	Se realizó la capacitación de Sura en resolución de conflictos, ademas, ya se conformó el comité y se da cumplimiento al cronograma											Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	Presentan archivo en Excel en donde no se permite observar la fecha de realización de Inspecciones de seguridad, ni la fecha de corrección de situaciones encontradas, gran parte de las acciones se encuentran pendientes de asignación presupuestal, algunas en proceso y de 23 situaciones presentadas siete se encuentran en proceso de resolución y tres han sido corregidas	Visita de Entes de Control	Oportunidad	Buscar en los archivos del 2016 la lista de chequeo de inspecciones de seguridad, dado que en la actualidad se desconoce en el area la actividad realizada y evidencias	notificar a la coordinadora del area de talento humano la novedad encontrada y realizar una busqueda en medios digitales y fisicos	seguimiento del avance en las inspecciones de seguridad	mayor al 80%	lider seguridad en el trabajo	04/09/2017	30/09/2017	En Proceso	dado que los archivos de seguimiento a las inspecciones de seguridad no fueron encontrados, se definira un plan de trabajo para realizar las inspecciones de seguridad en lo que resta de la presente vigencia. Para el año en curso (2018) se cuenta con un cronograma de inspecciones de seguridad en el	17/07/2017	No se evidencia avance de la actividad debido a la alta rotacion del lider de seguridad y salud en el trabajo.	23/10/2017	Se define un nuevo cronograma de un plan de trabajo para las inspecciones de seguridad dado a que no se pudo evidenciar documento de las 23 situaciones presentadas.	22/01/2018	Se continúa con la implementación del plan de trabajo para las inspecciones de seguridad, éste se diseña o tiene vigencia cada dos meses.	19/04/2018	Todas las visitas de inspecciones de seguridad se realizaron en Febrero y Marzo de 2018;se envió el informe a las áreas de activos fijos y servicios operativos.							Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	No se encuentra actualizado el Plan de Emergencias de la E.S.E HSRI.	Visita de Entes de Control	Seguridad	Actualización Plan de Emergencia -2017,	El dia 12 de mayo de 2017 existió reunión con Diego Armando Jimenez, Asesor de ARL SURA para el Diseño, documentación, actualización y mantenimiento del Plan de Emergencia , el plan de emergencia ya se encuentra en proceso de	100%	100%	Seguridad y Salud en el Trabajo	12/05/2017		Cerrada	Dada la ocurrencia del cambio que realizó la E.S.E HSRI, donde existió traslado de ARL de SURA a Colmena, existe una suspensión del servicio para este ítem de Plan de Emergencia, sin embargo para el 14 de Julio de 2017 existirá reunión con ARL Colmena, para incluir dentro del Plan de Trabajo, la importancia de la actualización del Plan de Emergencia.	17/07/2017	No se evidencia avance de la actividad debido a la alta rotacion del lider de seguridad y salud en el trabajo.	23/10/2017	El plan de Emergencia se encuentra en la secretaria de salud del Municipio de Itagui para la aprobación.	22/01/2018	Se encuentra pendiente el plan de emergencia, la firma del Gerente de la E.S.E y el presidente del comité de Emergencia para su socialización y publicación en la Intranet.	19/04/2018	El plan de emergencias se encuentra adoptado y socializado por correo , de forma presencial y montado en la intranet. En el entrenamiento en el puesto de trabajo y la inducción institucional , tambien se socializa dicho Plan.							Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	Reubicar al personal que se encuentra en el área de Sistemas de sede 2, ya que actualmente están en el mismo ambiente donde están los equipos de control de sistemas. Lo anterior está generando problemas de salud en el personal de esta área por causa del frio, la carga eléctrica y el ruido del área que generan los equipos de control.	Otros	Seguridad	Reubicación de equipos de control en otro cuarto	Reubicados los equipos de control y los puestos de trabajo del personal de sistema	100%	100%				Cerrada		24/04/2017	Se reubicó el personal, y los equipos de sistemas quedarón separados del personal.													Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	Se encontraron seis extintores pendientes de recarga así: sala hospitalización pediatría, gabinete cartera sede 2, gabinete 1 sede 2, servicio de alimentación sede 2, Zona de disposición final de residuos hospitalarios sede 2 y terapia respiratoria (Urgencias) sede 1.0	Visita de Entes de Control	Seguridad	Verificar el estado y funcionamiento de los mismos en cuanto a carga, limpieza, funcionalidad, presión y dejar como constancia el registro correspondiente de la inspección.	Llevando una lista de verificación y determinando el cumplimiento de las condiciones de seguridad o peligro. Se debe realizar el seguimiento y tomar medidas preventivas y correctivas	60%	100%	Seguridad y Salud en el Trabajo	01/03/2017		Cerrada	De los 6 extintores reportados, 1 ha sido restablecido con su carga correspondiente. Al mes de junio todos los extintores se encuentran recargados. Se realizo inspeccion a los extintores de la Sede 1 y 2 evidenciandose lo siguiente, Sede 1 Placa 06243 Tipo de Extintor Multiproposito.	24/04/2017	No se evidencia avance de la actividad.	17/07/2017	A la fecha se encuentra los extintores debidamente cargados.											Cerrada
1	6	2016	Gestion de Talento Humano	Reubicar el área de Archivo Clinico y Estadistica que actualmente se encuentran donde estaban los consultorios de comfenalco, ya que el sitio de trabajo no cumple con las medidas de higiene y seguridad básicas para el personal que actualmente labora allí. Lo anterior, está generando un riesgo alto, y más, por que allí se encuentra una persona en estado de embarazo.	Visita de Entes de Control	Seguridad	Identificar todos los peligros, evaluar y valorar los riesgos. Debe establecer los respectivos controles	Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores. Utilizando la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la organización. Se acondiciono y	0%	100%	Servicios operativos			Cerrada	Se acondiciono un nuevo espacio para las áreas de Estadistica y Archivo Clinico, donde se adoptaron medidas de seguridad	17/07/2017	El área de estadistica se encuentra en sitio diferente al área de archivo clinico.													Cerrada
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	No se cuenta con un estudio de suficiencia de talento humano que permita establecer que se cuenta con el personal adecuado para cubrir cada una de las areas de la institución	Otros	Seguridad	Procurar que la E.S.E. cuente con personal suficiente para cada uno de las áreas con el fin de prestar servicios de salud con calidad	Realizar el estudio de suficiencia del talento humano, que permita a su vez identificar el personal asignado por las agremiaciones para cada uno de los servicios.	0	0	Asesora Talento Humano	31/01/2017	30/06/2017	Cerrada	Se realizo reunion con el coordinador de consulta externa y cirugia para establecer la capacidad instalada de la E.S.E Contamos con el estudio de capacidad instalada realizada con cada uno de los lideres de proceso asistencial. Contamos con la capacidad instalada de 2 areas administrativas, nos encontramos en proceso de las de mas oficinas.	24/04/2017	Se evidencian reuniones con los servicios de Cx y Conssulta Externa	17/07/2017	No se tiene avance de la actividad.	23/10/2017	Se tiene el estudio de capacidad instalada del área asistencial. Se encuentra pendiente el área administrativa.	22/01/2018	No se tiene avance. Continúa pendiente el estudio de la capacidad instalada para el área administrativa.	19/04/2018	Se tiene el estudio completo del área asistencial; se tiene avance en el área administrativa en Talento Humano, CallCenter, Control Interno.	25/07/2018	Se continua con el estudio de capacidad instalada en la gran mayoría de áreas, faltando admisiones - facturacion y farmacia.	08/10/2018	El estudio de capacidad instalda ya finalizó, se tendran en cuenta este estudio para el mes de Diciembre de 2018 para la contratación	En Proceso
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	El personal no cuenta con la totalidad de entrenamientos certificados	Auditoría Externa	Pertinencia	Procurar que el personal de la institucion cuente con la certificacion de los entrenamientos Exigidos por la normatividad vigente	Revisar hojas de vida del personal para verificar que certificaciones se encuentran pendientes e informar a las agremiaciones, contratistas y lider de talento humano para su gestión, Implementar temas de capacitación e incluir al personal vinculado de modo que se garantice su	85%	100%	Asesora Talento Humano, Subgerente de Salud	23/05/2016	30/06/2017	En Proceso	Se ha logrado un avance en este tema, tanto del personal agremiado como del vinculado. Se da un aumento del 25% del personal certificado. Se buscan capacitaciones que permitan avanzar con la certificacion del personal	24/04/2017	Se adelantan cursos para certificaciones tanto de planta como de agremiaciones, de RCP y Código Fucsia, a los contratistas se les envia la información para que se acojan a estos cursos.	17/07/2017	Se tiene avance al personal con cursos en RCP básico, RCP avanzado,toma de muestras del personal de laboratorio y primeros auxilios	23/10/2017	Se han realizado capacitaciones, codigo fucsia en un 90%, RCP avanzado y toma de muestras, ademas, se tiene programado para el mes de Noviembre capacitación de toma de muestras, cubriendo contingencia por la rotación de personal	22/01/2018	En el mes de Noviembre no se realizó la capacitación de toma de muestras por la entidad SENA, se tiene previsto realizar esta capacitación por COHAN. Continúa en un 90 % las capacitaciones de codigo fucsia , RCP avanzado y toma de muestras	19/04/2018	Se realizó 2 cursos en el mes de febrero de toma de muestras, se tiene programado otros dos cursos para el mes de junio. Se continúa en un 90 % las capacitaciones de codigo fucsia , RCP avanzado y toma de muestras.	25/07/2018	el 92% del personal cuenta con entrenamientos en codigo fucsia , RCP avanzado y toma de muestras.	08/10/2018	Se realizan de manera frecuente entrenamientos para el personal.	En Proceso
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	En la vigencia evaluada, se constató que la Entidad Hospitalaria no dio cumplimiento a los Planes de Mejoramiento Individuales previstos en la normatividad legal vigente, motivo por el cual se inaplica lo preceptuado en los Decretos 1599 de 2005. - MECI 1000:2005 y Decreto 943 de 2014. (A)	Auditoría Externa	Eficacia	Adoptar e intervenir un plan de mejoramiento individual de los servidores públicos evaluados en la E.S.E.	Ajustar y socializar el procedimiento "concertación de compromisos laborales y comportamentales / funcionales, Calificación y evaluación de desempeño" de modo que incluya la adopción e intervención de un plan de	0	0	Asesora talento humano, Subgerente de Salud, Subgerente General y Gerente	31/05/2017	30/08/2017	Cerrada	Se realizo la concertacion de compromisos laborales y comportamentales, se realizo el seguimiento a las evaluaciones de desempeño laboral a los funcionarios de la E.S.E del cual salió un plan de mejoramiento al cual se le viene haciendo seguimiento desde el area de talento humano	24/04/2017	No se evidencia avance, sin embargo el decreto 565 de 2016 cambia la forma de evaluar y realizar seguimiento, que es por parte del evaluador.	17/07/2017	Se han concertado objetivos, compromisos comportamentales y laborales, ademas, seguimientos. Se esta realizando un plan de mejoramiento individual. A partir de este año, es responsabilidad de cada evaluador											Cerrada
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	No se ejecuta un plan de accion que intervenga el resultado del diagnostico de la encuesta de clima organizacional	Otros	Satisfacción del Cliente Interno	Evaluar los niveles de satisfacción personal y laboral del cliente interno de la E.S.E. para identificar y corregir los factores críticos detectados.	Establecer mecanismos de pago oportunos desde la alta dirección, toda vez que es el principal componente de desmotivación del personal. Establecer como obligatorio, el diligenciamiento de la encuesta por parte del personal que ha	100%	100%	Asesora Talento Humano, Aux talento Humano	30/03/2017	31/07/2017	Cerrada	El proceso de clima organizacional se encuentra en el area de planeacion, para su adopcion, implementacion y socializacion Se realizo envio de los cuestionarios para la medicion del clima organizacional; se pudo evidenciar la falta de colaboracion de los clientes internos en el envio del formato diligenciado	24/04/2017	No se evidencia ejecución de las encuestas del clima organizacional, se tiene planeado para mayo de 2017 el inicio de la actividad,	17/07/2017	Se realizó aplicación de las encuestas de clima organizacional, los resultados se encuentran en proceso de tabulación para posteriormente realizar el plan de acción.	23/10/2017	Se encuentra en proceso de tabulación para posteriormente realizar el plan de mejoramiento con la ARL COLMENA	22/01/2018	Ya se tabuló y se graficó con revision de la ARL COLMENA, se tiene previsto reunión con la ARL para el diseño de un plan de mejoramiento.	19/04/2018	Se tiene un plan de mejoramiento con la ARL el cual consiste en capacitaciones y actividades lúdicas con un cronograma anual para la vigencia.					Cerrada
1	2	2016	Gestion de Talento Humano	No se encuentra consolidado el plan de mejoramiento individual, las oportunidades de mejora identificadas en los servidores públicos evaluados en la E.S.E. y no se evidencia remisión a los evaluadores para que formulen las acciones de mejora correspondientes, las cuales deberán ser remitidas al área de Talento Humano.	Auditoría Externa	Pertinencia	Adoptar e intervenir un plan de mejoramiento individual de los servidores públicos evaluados en la E.S.E.	Realizar una planeación eficaz que permita dar cumplimiento al compromiso, enviando los planes de mejoramiento a los evaluados.	0	100%	Evaluados y Evaluadores	10/02/2017	15/08/2017	Cerrada	Desde talento humano se envia a los evaluadores los nuevos formatos de EDL con el fin de concertar los comprimiso comportamentales. Se envia comunicado a los evaluadores con el fin de que realicen el seguimiento a los compromisos comportamentales y laborales concertados en el mes de febrero.	24/04/2017	No se evidencia avance, sin embargo el decreto 565 de 2016 cambia la forma de evaluar y realizar seguimiento, que es por parte del evaluador. La custodia del plan de mejoramiento es resposabilidad del evaluador.	17/07/2017	A la fecha se tiene concertados los compromisos. Se esta realizando un plan de mejoramiento individual. A partir de este año, es responsabilidad de cada evaluador.											Cerrada
19	2	2016	Gestion de Talento Humano	Talento Humano no maneja información precisa sobre el personal que asignan las agremiaciones para cada uno de los servicios.	Auditoría Externa	Oportunidad	Implementar base de datos por agremiacion y cargos	Mes a mes solicitar la base de datos a las agremiaciones y contratacion con el fin de establecer el personal activo de la E.S.E	90%	100%	Asesora de talento humano, Auxiliar de talento humano, contratacion y agremiaciones	14/12/2016	15/06/2017	En Proceso	Se solicitó a las agremiaciones y oficina de contratacion sus respectivas bases de datos para tener este control Debido a la alta rotacion de personal no se puede llegar a la meta del 100%	24/04/2017	Se evidencia avance por parte de las agremiaciones el envio de la inofrmación del personal que tienen contratado para la ESE, Sin embargo se observa que el area de juridica presenta demoras en el envio de la base contractual.	17/07/2017	No se tiene oportunidad por parte del area de jurídica, para el envio de la relación contractual. A la fecha se encuentran al dia las agremiaciones, sin embargo, queda pendiente ASCOLSA por nuevas asignaciones de los procesos.	23/10/2017	La oficina de Talento Humano viene consolidando la información sobre el personal agremiado que labora en la E.S.E. Falta por enviar la información de SOGOS y PROLAQUIM									Cerrada
19	2	2016	Gestion de Talento Humano	Las hojas de vida del personal asistencial no cuenta con los soportes necesarios para demostrar su estudio y entrenamiento.	Auditoría Externa	Pertinencia	Revisar hojas de vida del personal para verificar que documentación se encuentra pendientes e informar a las agremiaciones, contratistas y lider de talento humano para complementar y tomar las acciones respectivas.	Implementar temas de capacitación requeridos e incluir al personal vinculado de modo que se garantice su certificación.	85%	100%	Asesora de talento humano, Auxiliar de talento humano, agremiaciones, Gerencia y Subgerencia	12/05/2016	30/06/2017	En Proceso	La oficina de Talento humano por medio del formato control de requisitos para el personal asistencial cuenta con certificaciones de estudios formales que consta de acta de grado y diploma. Para certificaciones como RCP Basico y Avanzado falta personal por actualizar esta información. Se evidencia que se estan capacitando pero no se cuenta con el 100% Se tiene programado capacitaciones en el mes	24/04/2017	Se gestionan desde el area de TH las capacitaciones para que el personal cuente con los soportes requeridos, Sin embargo estos no se cumplen en un 100%.	17/07/2017	Se tiene avance en un 60 - 70% sobre las capacitaciones y certificados. Las agremiaciones verifican los titulos de sus afiliados y el área de TH verifica todo el personal por prestación de servicios y vinculados	23/10/2017	Se gestiona las hojas de vida en un 80% sobre las capacitaciones y certificados. El área de TH verifica todo el personal por prestación de servicios y vinculados	22/01/2018	Se gestiona las hojas de vida en un 85% sobre las capacitaciones y certificados. El área de TH verifica todo el personal por prestación de servicios y vinculados.	19/04/2018	Se gestiona las hojas de vida en un 87% sobre las capacitaciones y certificados. El área de TH verifica todo el personal por prestación de servicios y vinculados.	25/07/2018	El 95 % del personal asistencial tiene verificación de titulos. El 92 % cuenta con entrenamientos certificados	08/10/2018	Se tiene por estandar la verificaicon de titulos al momento de la entrega de documentos a fin de agilizar el proceso de contratacion, ademas se realizan entrenamientos de manera frecuente	En Proceso
25	10	2016	Gestion de Talento Humano	El talento humano de la ambulancia contratada por la empresa 7/24 cumple parcialmente los requisitos establecidos por la normatividad vigente, falta certificado de primeros auxilios de un conductor de la misma.	Auditoría Interna	Pertinencia	Todo el personal de ambulancia 724 cumpla con los requisitos establecidos por la normatividad	Acordar reunion con contratista, gerente y subgerente de salud poniendo termino para lograr su cumplimiento	80%	100%	Talento humano, ambulancia 724, gerencia y subgerencia de salud	10/10/2016	15/06/2017	Cerrada	Se ha citado a reuniones, se envia oficios al contratista, al gerente de la E.S.E y al subgerente de salud haciendoles conocer la situacion. Se han venido aportando documentos que hacian falta a la hoja de vida sin estar el 100% completas Se envia correo a al Subgerente de servicio de salud notificando del hecho y aun no se tiene respuesta	24/04/2017	Se evidencia que la ambulancia 7/24 cambió el personal, se espera documentación completa del personal actual brindada por la coordinadora Sandra Mariana Peña.	17/07/2017	Se evidencia cumplimiento de los requisitos del personal; sin embargo falta dos personas por esquema de vacunación y RCP	23/10/2017	A la fecha todo el personal cumple con los requisitos exigidos.									Cerrada
19	1	2017	Gestion de Talento Humano	No se evidencia en las hojas de vida del personal médico y de enfermería auditado y que está asignado al servicio de Urgencias Sede 1 y 2, los siguientes documentos: RETHUS y certificación en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Todo el personal asistencial de sede 1 y sede 2 cumplan con los requisitos del RETHUS y codigo fucsia	Se realiza la verificacion del RETHUS por la pagina Web, en donde se toma como evidencia un pantallazo y el codigo fucsia se busca instituciones donde dicten el curso y se da a conocer a todo el personal de la E.S.E	80%	100%	Talento humano, subgerencia de salud y contratacion	10/05/2017		En Proceso	Por la rotacion de personal no se cuenta con una certeza en la fecha de terminacion. Se evidencia que el 100% del personal cuenta con el RETHUS. El 80% de los medicos cuentan con el certificado de codigo fucsia El 80% de las jefe de enfermeria cuenta con certificado de codigo fucsia.	17/07/2017	El personal asistencial que labora en urgencias sede 1 y 2, tiene al dia el RETHUS; sin embargo, falta personal por el código fucsia.	23/10/2017	El personal asistencial que labora en urgencias sede 1 y 2 tienen el RETHUS. El 57% de los medicos cuentan con el certificado de codigo fucsia; el 50% de las jefe de enfermeria de Urgencias cuenta con certificado de codigo fucsia	22/01/2018	Todo el personal asistencial cuenta con el RETHUS, se tiene avance en un 80 % con los certificados de código fucsia; el 75% de las jefe de enfermeria cuenta con certificado de codigo fucsia	19/04/2018	Todo el personal asistencial cuenta con el RETHUS, se tiene avance en un 83 % con los certificados de código fucsia; el 90% de las jefe de enfermeria cuenta con certificado de codigo fucsia	25/07/2018	Todavía no se cuenta con el 100 % del certificado de codigo fucsia, se tiene previsto cumplir con la totalidad de este curso para el mes de Septiembre. Todo el personal asistencial cuenta con el RETHUS.	08/10/2018	Al momento de ingreso de personal nuevo a la ESE se verifica existencia de certificado para codigo fucsia, en caso de no tener dicha certificación se realiza inscripción para realizar el entrenamiento. El personal con antigüedad cuenta con todas las certificaciones			En Proceso
19	1	2017	Gestion de Talento Humano	En las hojas de vida auditadas en el Centro Regulador, no se evidencian los soportes requeridos (Auxiliares de enfermería): No se evidencia soporte de certificado de formación en la competencia de Soporte Vital Básico. •Conductor: Aunque tiene adjunto el certificado de capacitación en primeros auxilios, éste se encuentra incompleto y no se visualiza la fecha de realización del mismo.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Todo el personal del CRUE cuente con los certificados requeridos	Enviando correos solicitando la papeleria faltante a la entidad respectiva	95%	100%	Talento humano, Coordinador del CRUE	15/04/2017	30/09/2017	En Proceso	Se evidencia que en un 95% del personal de CRIE ya cuenta con la papeleria en su hoja de vida	17/07/2017	Se ha solicitado por TH a la agremiación SERVISALUD, la documentación faltante.	23/10/2017	Las hojas de vida del personal del Centro Regulador que pertenecen a la agremiación SERVISALUD se encuentran pendientes algunos de los soportes requeridos.	22/01/2018	Por la alta rotación que se tiene en el centro regulador, el 75% de las hojas de vida del personal cuenta con los soportes requeridos; con respecto a 7:24 los conductores y tripulantes cuentan con los cursos requeridos.	19/04/2018	Por la alta rotación que se tiene en el centro regulador, el 75% de las hojas de vida del personal cuenta con los soportes requeridos; con respecto a 7:24 los conductores y tripulantes cuentan con los cursos requeridos.	25/07/2018	A la fecha, el 100 de las hojas de vida del personal del CRUE, cuenta con todos los soportes.					Cerrada
4	4	2017	Gestion de Talento Humano	No se evidencia en las hojas de vida del personal médico especialista auditado y que está asignado al servicio de Consulta Externa Sede 1 y 2, los siguientes documentos: Autorización de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social que autorice para ejercer la profesión como especialista, constancia en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), certificado de antecedentes éticos disciplinarios expedido por el Tribunal de Ética	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Todo el personal especialista cuente con el RETHUS, Certificado de antecendentes eticos, autorizacion para ejercer la profesion como especialista y codigo fucsia	Se realiza la solicitud directamente a la agremiaciones y a la subgerencia de salud indicando el personal al que le hace falta estas certificaciones	80%	100%	Talento humano, subgerencia de salus y agremiaciones	10/05/2017		En Proceso	Por la rotacion de personal no se cuenta con una certeza en la fecha de terminacion. Se evidencia que el 100% del personal cuenta con el RETHUS.	17/07/2017	Todos los especialistas que laboran en consulta externa, cuentan con el RETHUS. Sin embargo todos no cuentan con el certificado de ética medica y el codigo fucsia, tampoco cuentan con la resolucion de autorización expedida por la DSSA como especialista.	23/10/2017	Todos los especialistas que laboran en consulta externa, cuentan con el RETHUS. Sin embargo todos no cuentan con el certificado de ética medica y el codigo fucsia, tampoco cuentan con la resolucion de autorización expedida por la DSSA como especialista.	22/01/2018	A la fecha 4 especialistas que prestan servicio en consulta externa, 1 no cuenta con codigo fucsia y dos no cuentan con el certificado de código ética médica.	19/04/2018	A la fecha los especialistas tanto prestacion de servicios como FEDSALUD, prestan servicio en consulta externa y varios de ellos no cuenta con codigo fucsia ni tampoco cuentan con el certificado de ética médica.	25/07/2018	El total del personal de FEDSALUD no cuentan con codigo fucsia ni tampoco cuentan con el certificado de ética médica.	08/10/2018	A la fecha se tiene 70% de avance en la obtención de certificados en los especialisatas.			En Proceso
1	8	2017	Gestion de Talento Humano	La solicitud de verificación de títulos, por parte del Área de Talento Humano, se ha desarrollado en un 90%	Auditoría Interna-CI	Oportunidad	Seguimiento a la respuesta de las universidad en cuanto a la verificacion de titulos	Realizar nuevamente la solicitud de verificacion de titulos a la universidades que no hayan dado respuesta	90%	100%	Talento Humano	19/10/2017	31/12/2017	En Proceso	Realizar nuevamente la solicitud de verificacion de titulos a la universidades que no hayan dado respuesta. Se continua realizando el envio del correo para la	23/10/2017	Se realiza mensualmente recordatorio a las universidades faltantes por la respuesta a la verificación de títulos.	22/01/2018	Se esta realizando semanalmente, envio de correos a las universidades faltantes para la respuesta a la verificación de titulos; sin embargo la verificación de	19/04/2018	Se esta realizando semanalmente, envio de correos a las universidades faltantes para la	25/07/2018	Se manejo derecho de peticion a tres universidades ya que no dieron respuesta en los meses anteriores,	08/10/2018	Se tiene 100% en la verificacion de titulos. Al personal que ingresa nuevo se le realiza verificación de					Cerrada
31	8	2017	Gestion de Talento Humano	El personal del servicio no sabe cómo recolectar y embalar los elementos materia de prueba (EMP) y evidencias físicas (EF), por tanto es necesario gestionar una capacitación referente a este tema.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Realizar Capacitacion en cadena de custodia y embalaje	Capacitacion	100%	100%	coordinador de urgencia, Talento humano	18/05/2017	18/05/2017	Cerrada	Se realizo la capacitacion en cadena de custodia y embalaje el dia 18/05/2017 contando como evidencia la lista de asistencia	17/07/2017	No se tiene avance de la actividad estipulado en el plan de emergencias.	23/10/2017	Se tiene constancia de la capacitación en cadena de custodia y embalaje en el dia 18/05/2017. La asistencia a la capacitacion fue mínima.											Cerrada
20	9	2017	Gestion de Talento Humano	En las noches el servicio de Internación Sede 1 y 2 no cuenta con médico general como lo exige la norma; uno de los médicos de urgencias sube a los pisos para rondas o cuando son llamados directamente por la Jefe de Enfermería.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	crear la necesidad de contratar medico requerido	Hacerle saber la necesidad a la subgerencia de salud de que por nomrar se requiere medico en los servicios de internacion	100%	100%	Subgerencia de Salud	19/10/2017	19/10/2017	Cerrada	Se realiza el envio de correo creando la necesidad a la subgrencia de salud para que se realice la contratacion del medico que requiere el servicio, como evidencia se tiene el correo.	23/10/2017	Se evidencia correo electronico enviado a la subgerente de salud informando la necesidad de un medico general en horario nocturno.	22/01/2018	Se evidencia nuevamente el correo electrónico enviado a la subgerente de salud informando la necesidad de un medico general en horario nocturno. No se tiene avance	19/04/2018	Se llevó la inquietud al comité de Grupo gestor en el mes de Febrero, al cual la subgerente de salud delegó en el cuadro de turno, un médico de urgencias para la atencion en el servicio de Internacion									Cerrada
20	9	2017	Gestion de Talento Humano	No se evidencia certificado de atención integral en salud de víctimas de violencia sexual en las siguientes hojas de vida: Jasmina Ma. Correa y Luis Eduardo Yepes, sólo comprobantes de inscripción de ambos, con fechas de 26/04/2017 y 09/05/2017, respectivamente.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad	Los dos medicos deben de contar con la certificacion	Certificacion de Codigo Fucsia	100%	100%	Talento humano	02/10/2017	02/10/2017	Cerrada	Se evidencia en la carpeta de la Doctora Jazmina la certificacion de codigo fucsia en su hoja de vida y el Doctor Luis Eduardo Yepes renuncio	23/10/2017	En Junio de 2017 la Dra Jazmina realizó el curso de código Fucsia. El doctor Luis Eduardo no labora en la institución.													Cerrada
6	10	2017	Gestion de Talento Humano	La nutricionista de UCI - Sandra Parra - no cuenta con la certificación de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adultos.	Auditoría Interna - SUH	Seguridad									La nutricionista Sandra Parra ya no se encuentra prestando lo servicios en la institucion	22/01/2018	A la fecha, la nutricionista Sandra parra no labora en la entidad.													Cerrada
25	6	2018	Gestion de Talento Humano	Se tienen registrados en la página SIGEP - META 4, 47 Empleados Públicos (16 no laboran en la Institución)	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Una vez el funcionario se retire de la institucion, tenemos 5 dias para dar de baja a su hoja de vida en SIGEP	Darle de baja a los funcionarios que no laboran	100%	100%	Talento humano	02/01/2018	03/07/2018		Ya se encuentran dados de baja los 16 funcionarios que no laboran en la institucion	25/07/2018	En la página del SIGEP, se está realizando la depuracion de los empleados que ya no laboran en la institucion	08/10/2018	Se actualizo SIGEP y se realizó depuración de bases de datos. Dando de baja a estos empleados											Cerrada
25	6	2018	Gestion de Talento Humano	Según el SIGEP, las hojas de vida de los empleados públicos, se encuentran aprobados en un 58 %	Auditoría Interna-CI	Eficiencia	Aprobacion de la Hoja de vida	Sustentando con los certificados toda la informacion suministrada en la hoja de vida	93%	100%	Talento humano	02/01/2018			Nos faltan solo 3 servidores publicos por cumplir con los requisitos para su aprobacion.	25/07/2018	Se tienen aprobados en el SIGEP, el 88% de los empleados públicos.	08/10/2018	Se tienen aprobadas el 100% de las hojas de vida en el SIGEP.											Cerrada
17	8	2018	Gerencia del talento Humano	En el Área de Talento Humano, no se cuenta con evidencia de socialización del Manual de Funciones y Reglamento Interno de Trabajo en las hojas de vida de los funcionarios, como lo solicita el estándar.	Auditoria interna PAMEC	Pertinencia	Socializar el Manual de Funciones y el Reglamento Interno de Trabajo.	En los actos administrativos de nombramiento en la parte resolutiva dar a conocer el Manual de Funciones y el Reglamento Interno de Trabajo.	# de personas a quiénes se les socializa el Manual de funciones y el reglamwento interno de trabajo/ # Total de funcionarios de la E.S.E.	Socialización al 100% del personal	Coordinador del Servicio Lider de Talento Humano	26/09/2018	15/10/2018	Cerrada	La organización de hojas de vida del personal se rige por las normas del Archivo General de la Nación y la Circular de la CNSC por tal motivo la evidencia de la socialización del Manual de Funciones y el Reglamento Interno de Trabajo no reposa en las Hojas de Vida, se encuentra dicha evidencia en las carpeta de capacitaciones. Con el nombramiento del nuevo Subgerente General se procedio a incluir la socialización del Manual de Funciones y el Reglamento Interno de Trabajo en el Acto Administrativo.	04/12/2018														
17	8	2018	Gerencia del talento Humano	No se evidencia en la hoja de vida de los funcionarios asistenciales la socialización de bioriesgos prevenibles y evaluación de riesgo biológico de la institución,	Auditoria interna PAMEC	Pertinencia	Socializar a los funcionarios asistenciales el tema de bioriesgos prevenibles y evaluación del riesto biológico y dejar constancia de ello	Dejar constancia de socialización en hoja de vida de los funcionarios.	% de hojas de vida de funcionarios con constancia de socialización de documentos solicitados en	100% de hojas de vida con constancia de socialización	Coordinador del Servicio Lider de Talento Humano	08/10/2018	22/11/2018	Cerrada	El personal ha sido capacitado en Bioseguridad, Riesgo Biologico y Campañas sobre el manejo seguro de Elementos Cortopunzantes y el registro se encuentra en la carpeta de capacitaciones.	04/12/2018														
17	8	2018	Gerencia del talento Humano	No cuenta con un indicador que permita medir el porcentaje de la evaluación de desempeño de los empleados, en el tablero de indicadores.	Auditoria interna PAMEC	Eficacia	Crear el indicador que permita medir el porcentaje de la evaluación de desempeño.	Diligenciar el indicador acorde a lo establecido por el estandar.	Indicador de evaluación de desempeño.	Cumplir con el estandar al 100%	Coordinador del Servicio Lider de Talento Humano	27/08/2018	31/12/2018	Cerrada	En el área de Talento Humano se cuenta con un indicador para las evaluaciones de desempeño, se esta a la espera que desde el área de planeación se genere el indicar que establece el estandar. Se definió indicador y su respectiva ficha, desde Planeación y	04/12/2018														
17	8	2018	Gerencia del talento Humano	No cuenta con un indicador que permita medir el porcentaje de empleados competentes para el ejercicio del cargo en cuanto a educación, formación y experiencia.	Auditoria interna PAMEC	Eficacia	Crear el indicador que permita medir el porcentaje de la evaluación de desempeño.	Diligenciar el indicador acorde a lo establecido por el estandar.	Indicador de evaluación de desempeño.	Cumplir con el estandar al 100%	Coordinador del Servicio Lider de Talento Humano	27/08/2018	31/12/2018	Cerrada	En el área de Talento Humano se cuenta con un indicador para las evaluaciones de desempeño, se esta a la espera que desde el área de planeación se genere el indicar que establece el estandar. Se definió indicador y su respectiva ficha, desde Planeación y Calidad, dicho indicador continuará siendo medido por el área de Talento Humano.	04/12/2018														