

| PLAN - ORIGEN | PLAN - PROCESO ORIGEN | CODIGO PLAN | DESCRIPCIÓN DEL PLAN | FECHA INICIO PLAN | FECHA FIN PLAN | ESTADO PLAN | NÚMERO DE ACCIONES |
|-----------------------------|-----------------------|-------------|---|-------------------|----------------|-------------|--------------------|
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-010 | Se levanta plan de acción del grupo de estándares de gerencia del talento humano con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019. La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años. Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de gerencia del talento humano relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque. ESTABLECER MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO REFERENTES A LA VULNERACIÓN ... | 2018-10-17 | 2019-01-15 | Cerrado | 45 |
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-012 | Se levanta plan de acción del grupo de estándares de gestión de la Tecnología con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019. La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años. Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de Gestión de la tecnología relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque Establecer los procesos de planeación de la tecnología (equipo biomédico, equipo de soporte, equipo ... Establecer la política Gestión de la Tecnología Institucional. Replantear la gestión de compras (Definir los criterios, ajustar los integrantes de la junta, estan... Ajustar la ronda de seguridad del paciente. Identificar los riesgos de las tecnologías. Identificar los planes de contingencia para garantizar la continuidad de la atención Fortalecer la Cultura de reporte de fallas en el uso de medicamentos, equipos biomédicos. Garantizar la integración a lo solicitado en el estándar de los equipos de cómputo Ampliar el alcance de los documentos actuales a lo solicitado en el estándar. ... Establecer mecanismo de medición en la puesta en marcha, monitorización y control. Definir los protocolos de limpieza y desinfección de equipos previa y posterior al mantenimiento cua... DISEÑAR EL PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN DE TECNOLOGÍA ESTABLECER MECANISMOS DE PLANEACION ,OPERATIVIZACION Y EVALUACION PARA LA UNIFICACIÓN DE LAS TECNOLO... INTEGRAR AL PROCEDIMIENTO PARA LA ADOPCION, ADAPTACION O DESARROLLO DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA MC... ESTABLECER EN LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS LA DESCRIPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA UTILIZADA PARA LA REALIZACIÓN ... IMPLEMETAR EL PROGRAMA DE CREDENCIALES Y PRERROGATIVAS IMPLEMENTAR EL ANÁLISIS DE LA TECNOLOGÍA EN LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS | 2018-10-18 | 2019-01-15 | Cerrado | 39 |
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-013 | Se levanta plan de acción del grupo de estándares de mejoramiento continuo con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019. La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años. Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de de mejoramiento continuo relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque Ajustar los derechos de los pacientes para incluir el derecho a la segunda opinión. Realizar la integración de todas las fuentes de mejoramiento solicitadas en el estándar (referenci... Realizar la integración de todas las fuentes de mejoramiento solicitadas en el estándar (referenci... Estructurar el modelo de mejoramiento institucional integrando las diferentes fuentes de mejoramien... Definir los mecanismos para que las sedes de la red reciban información detallada y oportuna acerca ... Definir los mecanismos de evaluación de impacto Definir los mecanismos para que las sedes de la red reciban información detallada y oportuna acerca ... Estructurar el tablero de mando con los indicadores actuales Establecer los mecanismos a través de los cuales la alta dirección promueve, participa y evalúa en e... Establecer los mecanismos de comunicación a las partes interesadas de los resultados de mejoramient... Definir la metodología para realizar la evaluación de la gestión clínica Documentar el procedimiento de barreras de acceso. 3. Documentar mecanismos para evaluar la demanda... | 2018-11-16 | 2019-01-15 | Cerrado | 12 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------|--|------------|------------|---------|----|
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-015 | <p>Se levanta plan de acción del grupo de estándares de cliente asistencial con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019. La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años.</p> <p>Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de cliente asistencial relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque.</p> <p>Elaborar en material para divulgar los derechos y deberes en dialecto indígenas, braille, inglés y ...</p> <p>Medir el grado de comprensión de los deberes y derechos por parte del cliente interno y el cliente ...</p> <p>Incluir dentro del sistema de gestión documental los documentos que no tienen versión y se encuentran...</p> <p>Incluir en la resolución de comité de ética hospitalaria o en una norma interna del mismo los criterios...</p> <p>Ajustar el manual de contratación, el modelo de atención y otros documentos para garantizar que los...</p> <p>Consolidar en un plan o documento anual las estrategias para fomentar la cultura de seguridad de man...</p> <p>Establecer mecanismo para que en a referencia y contrareferencia se informe a las instituciones en d...</p> <p>Implementar los procesos institucionales seguros en las sedes de la institución.</p> <p>Ajustar los procedimientos "Asignación de citas GAA-P-01 y PROCEDIMIENTO PROGRAMACION DE CIRUGIA GQ...</p> <p>Revisar el proceso de atención y fijar tiempos de espera en aquellas actividades o pasos que se con...</p> <p>Documentar el procedimiento para informar al usuario sobre como acceder a los servicios cuando no ti...</p> <p>Estandarizar estrategias para disminuir la inasistencia a las citas ejemplo mensajes de textos, llam...</p> <p>Definir para los usuarios que contacten el call center y/o PBX si este u otra instancia de la insti...</p> <p>Ajustar el protocolo de aislamiento para que incluya : a.como identificar el paciente en todos los s...</p> <p>En el procedimiento IM-p-02 definir que el radiólogo o profesional que realiza imágenes Dx verifiqu...</p> <p>Armonizar la guía de manejo integral del parto con el protocolo de cesárea comparándolo con la guía ...</p> <p>Ampliar el alcance de GH-G-12 para que se pueda brindar apoyo emocional a otras situaciones que lo ...</p> <p>Documentar la asesoría que realiza el laboratorio clínico al usuario y su familia, tanto a nivel hos...</p> <p>Estandarizar los mecanismos para informar al paciente sobre la preparación previa a la toma de exáme...</p> <p>Realizar la guía para la consejería previa y posterior para los laboratorios que pueden afectar la ...</p> <p>Ajustar el protocolo de entrega de resultados de laboratorio LC-Pt-15 y el de imagenología IM-P-02</p> | 2018-11-27 | 2019-01-01 | Cerrado | 91 |
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-016 | <p>Se levanta plan de acción del grupo de estándares de Direcciónamiento con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019. La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años.</p> <p>Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de Direcciónamiento estratégico con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque.</p> <p>Establecer las metas de cada uno de los objetivos estratégicos, proyectadas a dos años.</p> <p>Revisar y ajustar el procedimiento del plan operativo anual y el instructivo.</p> <p>Establecer la metodología para planes operativo anual por procesos.</p> <p>Implementar la metodología para plan operativo anual por procesos.</p> <p>Estructurar las estrategias a través de las cuales se realiza socialización continua de la plataform...</p> <p>Establecer los mecanismos a través de los cuales la alta dirección promueve, participa y evalúa en e...</p> <p>Establecer la metodología de creación de políticas institucionales con el fin de garantizar en la in...</p> <p>Establecer la política de prestación de servicios según los lineamientos institucionales de creación...</p> <p>Establecer el proceso de asesoría y educación continuada a la Junta Directiva.</p> <p>Implementar el proceso de asesoría y educación continuada a la Junta Directiva.</p> <p>Evaluar el proceso de asesoría y educación continuada a la Junta Directiva.</p> | 2019-02-01 | 2020-03-30 | Cerrado | 21 |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|------------|---|------------|------------|---------|----|
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-018 | <p>Se levanta plan de acción del grupo de estándares de Acreditación ambiente físico con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019.</p> <p>La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años.</p> <p>Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de ambiente físico relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque</p> <p>Generar la cultura del buen uso de los mecanismos para la identificación de las necesidades relacion...</p> <p>Establecer la metodología para evaluar la utilización de los servicios.</p> <p>Establecer los mecanismos de medición de la satisfacción y efectividad de las respuestas de las nece...</p> <p>Fortalecer el programa de cultura ambiental que incluya la identificación de los riesgos de contamin...</p> <p>Revisar y actualizar toda la documentación referente a manejo de residuos hospitalarios.</p> <p>Implementar los procesos de manejo seguro de desechos en todas las sedes (centros de salud).</p> <p>Revisar y actualizar la documentación relacionada con el servicio de alimentos.</p> <p>validar que el programa de emergencias y desastres incluya todos los elementos solicitados en el est...</p> <p>Fortalecer el número de brigadistas</p> <p>Implementar el programa de emergencias y desastres en las sedes de la institución</p> <p>Establecer el proceso implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (Cuando oc...</p> <p>Ampliar el alcance de todos los procedimientos anteriores a los demás profesionales que realizan imá...</p> <p>Ampliar el alcance del protocolo de prevención y acción ante una fuga a toda pérdida de usuarios.</p> <p>Dar alcance a las sedes (centros de salud) de las actividades realizadas.</p> | 2018-11-28 | 2019-01-01 | Cerrado | 26 |
| Eventos Adversos | Mejoramiento Continuo | PA190-001 | <p>Según la clasificación de incidentes y eventos adversos reportados por el aplicativo se pudo evidenciar que la frecuencia de caídas aumentó durante el año 2018, paso de 10 caídas registradas y reportadas a 29 caídas en los diferentes servicios, se realizó análisis causal para determinar la causa raíz, con el fin de alinearnos con las estrategias de seguridad para prevenir, y de ser posible eliminar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en la institución relacionados con caídas.</p> | 2019-02-01 | 2019-02-01 | Cerrado | 4 |
| Reportes de actos o condiciones inseguras. | Mejoramiento Continuo | PA190-002 | <p>Se crea plan de acción derivado de análisis causal de identificación redundante de paciente de acuerdo a la frecuencia de reporte anual, identificados por el aplicativo de eventos, donde oportunidad de mejora en el proceso de identificación está de primera causa de incidentes en los diferentes servicios.</p> | 2019-02-05 | 2019-02-05 | Cerrado | 4 |
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-017 | <p>Se levanta plan de acción del grupo de estándares de Gerencia con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019.</p> <p>La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años.</p> <p>Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de Gerencia con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque.</p> <p>Ajustar el manual de contratación, el modelo de atención y otros documentos para garantizar que los...</p> <p>Ajustar el modelo de atención del cliente para fortalecer el enfoque en promoción de la salud y pre...</p> <p>Establecer los lineamientos institucionales para definir tipo suficiencia, cobertura, tipo y amplitud...</p> <p>Fortalecer la cultura del auto control, que los líderes realicen seguimiento a sus planes de acción...</p> <p>Fortalecer la cultura del enfoque en riesgos en los colaboradores de la organización</p> <p>Revisar y ampliar el alcance del procedimiento de conferenciación comparativa a referenciación inte...</p> <p>Realizar ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa.</p> <p>Estructurar un procedimiento para la elaboración del presupuesto institucional</p> <p>Estandarizar y documentar los mecanismos a través de los cuales la alta dirección soporta los rec...</p> <p>Establecer los mecanismos para prevenir controlar comportamientos agresivos y abusivos de colaborado...</p> <p>Empoderar los líderes en los procesos en la asignación y gestión de sus recursos.</p> <p>Implementar los lineamientos institucionales para definir tipo suficiencia, cobertura, tipo y ampli...</p> <p>Establecer los lineamientos para la gestión de seguros institucionales</p> <p>establecer los criterios para evaluación de las IES en las que suscribirá convenio.</p> | 2018-11-27 | 2019-02-15 | Cerrado | 26 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------------|---|------------|------------|---------|----|
| Autoevaluación Acreditación | Mejoramiento Continuo | PA1816-014 | <p>Se levanta plan de acción del grupo de estándares de Gerencia de la información con las oportunidades de mejora priorizadas para el año 2019.</p> <p>La última autoevaluación de acreditación realizada por la institución fue en el año 2013, en los cinco años posteriores se han realizado planes de mejoramiento con las oportunidades priorizadas en ese momento, sin embargo el % de cumplimiento de los planes de acción no ha superado el 82 % en ninguno de los años.</p> <p>Al realizar la autoevaluación en el año 2018, se identifican oportunidades de mejora en el grupo de estándares de Gestión de la tecnología relacionadas con enfoque, implementación y resultado, por lo cual la organización prioriza en este plan de mejoramiento las oportunidades relacionadas con enfoque</p> <p>1, ELABORAR UN PROCEDIMIENTO QUE PERMITA CONOCER DE MANERA INTEGRAL Y SISTEMÁTICA DE TODAS LAS NE...</p> <p>3. Elaborar un plan de gerencia de la información que articule todos los procesos existentes en la or...</p> <p>8. Realizar un inventario de activos de información de todos los procesos, donde se especifique la c...</p> <p>9. Articular o unificar el manual de seguridad de la información de acuerdo a los solicitado en el e...</p> <p>11. Elaborar el procedimiento para la gestión y minería de datos de la institución. Socializar el p...</p> <p>12. Crear un mecanismo formal para integrar la información asistencial y administrativa (procedimi...</p> <p>15. Ajustar el manual de historia clínica para que incluya detalladamente el procedimiento de solicit...</p> <p>18. Retomar las auditorías a la calidad del registro de la historia clínica.</p> <p>Implementar la evaluación sistemática de los riesgos del paciente, con el uso de las herramientas qu...</p> <p>Ajustar el procedimiento para incluir la identificación de posibles eventos adversos al ingreso del ...</p> <p>Ajustar el procedimiento para incluir la identificación de posibles eventos adversos al ingreso del ...</p> <p>Actualizar las matrices de riesgo en la institución incluyendo en ellas los riesgos relacionados con...</p> <p>22. Fortalecer la capacidad de análisis de la información y aprovechamiento de la misma, para la t...</p> <p>16. Activar las alertas de riesgo del dashboard médico.</p> | 2018-11-16 | 2019-02-08 | Cerrado | 28 |
| Auditoría Externa | Recursos Físicos | PA190-003 | <p>Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de Octubre de 2018.</p> <p>Requisito: 7.1.3 ISO 9001:2015.</p> <p>Hallazgo: La organización debe determinar proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios</p> <p>Evidencia: Durante el recorrido por las instalaciones del hospital se observó:</p> <p>En el área de fisioterapia se evidencia un vidrio vencido que es fuente de riesgo para trabajadores y visitantes ya que es un área de circulación de personal por el exterior de la edificación.</p> <p>La falta de pasamanos e iluminación en 3 de las 4 escaleras por donde circulan pacientes, familiares y personal del hospital.</p> <p>En varios pasillos en diferentes servicios ciegos sin las respectivas láminas y se evidencian cables y otras estructuras posiblemente lesivas a quienes circulan por estos pasillos.</p> | 2019-03-20 | 2019-03-07 | Cerrado | 6 |
| Auditoría Externa | Gestión Ambulatoria y Atención Primaria | PA190-004 | <p>Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de Octubre de 2018.</p> <p>Requisito: 8.5.1 a</p> <p>Hallazgo: La organización no implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable:</p> <p>b) La disponibilidad de recursos de seguimiento y medición adecuados.</p> <p>Evidencia: Durante el recorrido por las instalaciones de la institución en el servicio de consulta externa en los consultorios 3, 6 y 10 y en el área de terapia física no se evidencia la presencia del aviso indicando la técnica de lavado de manos.</p> | 2019-03-20 | 2019-03-20 | Cerrado | 4 |
| Auditoría Externa | Laboratorio Clínico | PA190-005 | <p>Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de Octubre de 2018.</p> <p>Requisito: 8.5.1.g</p> <p>Hallazgo: La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable</p> <p>g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos</p> <p>Evidencia: Durante el recorrido por microscopía se evidencia en uno de los mesones la presencia de una jeringa con aguja y capuchón. En este lugar no está justificada la presencia de la misma ni se encuentra guardián para depositarla.</p> | 2019-03-20 | 2019-03-20 | Cerrado | 4 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|--|------------|------------|-----------|----|
| Auditoría Externa | Gestión de Urgencias y Obstetricia | PA190-006 | Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de de Octubre de 2018. Requisito: 8.5.1.g Hallazgo: La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos Evidencia: Durante la visita al servicio de urgencias se observó a un médico acompañado por una jefa de enfermería realizando un procedimiento de sutura en un menor de edad sin acompañamiento de un adulto, sin seguir con los protocolos médicos de asepsia antisepsia y aislamiento de la región a suturar con el paciente y el médico en una posición incómoda para la realización del procedimiento médico, con malas condiciones de iluminación. | 2019-03-20 | 2019-03-20 | Cerrado | 5 |
| Auditoría Externa | Gestión de Urgencias y Obstetricia | PA190-007 | Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de de Octubre de 2018. Requisito: 8.5.1.g Hallazgo: La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Evidencia: Durante un desplazamiento por un área entre los servicios de urgencias e imagenología se evidencia un traslado de un paciente en camilla que se encontraba en el servicio de imagenología, realizado por los familiares del mismo sin el acompañamiento del personal de la institución encargado para tal fin (camillero). | 2019-03-20 | 2019-03-20 | Cerrado | 3 |
| Auditoría Externa | Banco de Sangre | PA190-008 | Se suscribe Plan de Acción para subsanar la No Conformidad generada en auditoría realizada por el ICONTEC del 22 y 26 de de Octubre de 2018. | 2019-03-20 | 2019-03-20 | Cerrado | 5 |
| Auditoría Externa | Tecnología e Información | PA190-009 | De acuerdo a informe de visita de inspeccion por parte del Archivo General de la Nacion del 25 de febrero de 2019, se evidencio presuntos incumplimientos a la ley 594 del 2000, decretos y acuerdos reglamentarios. Se anexa Acta de visita. Acta_de_vigilancia_hospital.pdf plan de accion aprobado por comite Institucional de gestion y Desempeño Plan_AGN_-_2019.pdf. | 2019-03-29 | 2022-07-30 | Ejecución | 10 |
| Auditoría Interna | Tecnología e Información | PA190-011 | Se crea plan de acción por de acuerdo al informe de auditoría realizada por el proceso de gestión de control interno, auditoría del 7 de mayo de 2019 e informe del 5 de junio de 2019. informe publicado en la página Web de la Institución. | 2019-06-26 | 2019-06-25 | Cerrado | 8 |
| Investigaciones Accidentes Laborales | Talento Humano | PA190-012 | Se crea plan de mejora e intervención como resultado de la investigación de accidentes laborales en manos por punción, | 2019-06-27 | 2019-06-26 | Cerrado | 3 |
| Auditoría Interna | Gestión Financiera | PA190-010 | Se crea plan de accion con el fin de subsanar los hallazgos presentados en el informe de auditoria interna de gestion, realizada por el proceso de Gestion de Control Interno. Informe Final (1).pdf . | 2019-07-05 | 2019-06-06 | Cerrado | 22 |
| Auditoría Interna | Direccionamiento Estratégico | PA190-013 | Se suscribe Plan de Acción como producto de la No Conformidad generada en auditoria interna realizada del 3 al 12 de abril 2019 . Se anexa informe informe_final_de_auditoria_2019.docx La organización no registra el seguimiento de la medición de los controles de riesgos de los proceso en el Módulo de Riesgos Aplicativo Daruma, como se encuentra establecido en el [DE-Pg-01] Programa gestión del riesgo - V5. Se realiza entrevista en el servicio de Banco de Sangre donde comentan que el aplicativo no está funcionando por lo cual se envió el seguimiento de los mismos a través del formato de AMEF por solicitud de la oficina de Planeación para la medición del control del riesgo. Se realiza entrevista en el proceso de LC donde explican que a través del formato de GR-F-01 Versión 01 Aprobado por resolución del 18 de octubre de 2013 en el cual se realizó seguimiento de los controles del proceso por solicitud de la oficina de Planeación para medición de los mismos. En el proceso de GUO se evalúan los riesgos, pero no se realizan de acuerdo al Procedimiento Gestión y administración del riesgo DE-P-10 versión 003 | 2019-07-15 | 2020-03-20 | Cerrado | 5 |

| | | | | | | | |
|-------------------|---------------------|-----------|--|------------|------------|---------|----|
| Auditoría Interna | Laboratorio Clínico | PA190-015 | <p>Se crea Plan de Acción derivado de la auditoria interna realizada en el mes de Abril de 2019. La organización no asegura que los formatos se encuentren actualizados. Evidencia: Se realiza revisión de las actividades establecidas en el protocolo de coloraciones con código No. LC-Pt-06 Versión 004 con fecha de aprobación del 2016-012-20 en la actividad No. 3-Leer e Interpretar la coloración realizada, donde se evidencia el diligenciamiento en físico del formato sin actualización respecto a los ajustes realizados en el mapa de procesos mediante Resolución 895 del 16 de Noviembre de 2018 con el código LC-F-28 Formato Registro Diario Frotis Vaginal - versión 001 con fecha de aprobación del 31/01/2013, se evidencia en el área de química en el [LC-M-11] Manual Control De Calidad Interno Y Externo - V5 del 2017-10-05, que se encuentra el documento con información documentada obsoleta, al realizar verificación del paso a paso de la realización del procedimiento se observa que en el ítem de marco normativo se encuentra derogado los decretos y resoluciones descriptos en el documento, también se evidencia que los formatos anexos al documento como lo son LC-F-74 Mantenimiento ABX Pentra 120 y LC-f-73 Mantenimiento ABX Pentra 60 ES, no están actualizados a los criterios del equipo Pentra 80 XL existente en el servicio. La organización no controla que la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad sea adecuada para su uso. Se evidencia en urgencias formato de entrega y recibo de equipo de sutura que es llevado desde diciembre 2018 y no se encuentra como documento controlado del Sistema integrado de calidad. Se evidencia formato de toma de signos vitales en unidad mental sin control del sistema de gestión de calidad.</p> | 2019-09-05 | 2019-09-05 | Cerrado | 6 |
| Auditoría Interna | Imagenología | PA190-016 | <p>Se crea Plan de Acción derivado de auditoria interna realizada en abril de 2019, no conformidad del numeral ISO 9001:2015 - 8.1. Planificación y control operacional. La organización no planifica, implementa y controla el proceso. ? Se evidencia en Unidad Gineco-obstétrica el ingreso a sala de atención de partos personal Médico y Especialista sin elementos completos de protección personal. ? Se evidencia ingreso de acompañante a sala de trabajo de parto sin las medidas de bioseguridad adecuadas para la atención de un parto humanizado. ? Al realizar trazabilidad al Procedimiento, Recepción, Direccionamiento y Toma de Estudios Imagenológicos se identifica que el formato IM-F-01 Programación de citas y Procedimientos Intervencionistas No es diligenciado. El procedimiento indica los formatos LC-F-17 Formato Registro Diario Temperatura Ambiente y LC-F-16 Formato Registro Diario Humedad de Áreas. El formato que se lleva es el RF-F-17 Registro Diario Temperatura y Humedad de Ambiente, no coincidiendo con los amarrados en el procedimiento antes mencionado, adicional a esto se evidencia la falta de diligenciamiento en los meses de marzo de la persona responsable en el control de humedad en el equipo Digitalizador y en abril no se encontraba registrados los días 01, turno tarde, día 02 y el día 03. Finalizando el mes de marzo en el control de humedad del Desfibrilador se evidencia unos picos sobre 70% no se evidencia el control. ? Realizando trazabilidad a los procedimientos GAA-P-03 ver. 003, Egreso del Paciente GAA-P-05 y GQ-P-01 Programación de Cirugía, se evidencia que el personal conoce los documentos del proceso y donde están ubicados para poder consultarlos, las actividades diarias las ejecutan de acuerdo a ciertas partes del mismo ya que los procedimientos enuncian actividades que no corresponden a las actividades diarias del proceso, con respecto al procedimiento de programación de cirugía se establece que el formato en el cual se controla oportunidad en la programación no tiene codificación, se verifica el registro en el formato GQ-F-50 el cual se está realizando de acuerdo al procedimiento. ? Al realizar trazabilidad al Procedimiento, Recepción, Direccionamiento y Toma de Estudios Imagenológicos, se identifica el formato IM-F-01 Formato Programación de citas y Procedimientos Intervencionistas el cual no es diligenciado, evidenciando que el procedimiento no está definido de acuerdo a las actividades realizadas. ? Se evidencia procedimiento IM-P-02 PROCEDIMIENTO INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y ENTREGA DE RESULTADOS Y IM-P05PROCEDIMIENTO CUSTODIA DE CDS los cuales no están definidos de acuerdo al proceso ejecutado diariamente.</p> | 2019-09-05 | 2019-09-05 | Cerrado | 10 |

| | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------|-----------|---|------------|------------|---------|-----|
| Auditoría Externa | Direccionamiento Estratégico | PA190-018 | <p>Se crea Plan de Mejora derivado de auditoría externa realizada del 5 al 10 de junio de 2019 por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, al no requerir cada año el formato de declaración de bienes y renta del Dr. Jhon Galvis Quintero y no mantener la hoja de vida actualizada en el formato.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, al no tener completa la conformación de la junta directiva, toda vez que no cuenta con uno de los representantes de los usuarios.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no viene realizando sus reuniones ordinarias de junta directiva cada mes.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, tiene vinculadas 665 personas, contratadas indiscriminadamente, sin realizar un estudio técnico actualizado, que demuestre las necesidades del servicio, mejoramiento o introducción de procesos, redistribución de funciones y cargas de trabajo, y que se encuentre aprobado por la Junta Directiva; denotando un presunto incumplimiento del artículo 2.2.12.1. del Decreto 1083 de 2015 y artículo 228 del Decreto 019 de 2012, e incurriendo presuntamente en la configuración de una ineficiencia de la utilización de los recursos financieros y falta de austeridad del gasto.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no verifica que todos sus funcionarios se encuentren debidamente acreditados para el ejercicio de su profesión, según se evidenció en el registro único nacional de talento humano en salud, del Ministerio de Salud y protección social.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no verifica la declaración de bienes y rentas o éstas no se encuentran actualizadas, según se evidenció de la revisión de las carpetas con las historias laborales.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no realiza la suscripción de acuerdos de gestión con el personal de libre nombramiento y remoción.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no realiza la evaluación del desempeño a los funcionarios inscritos en carrera administrativa.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, en la organización de las historias laborales no aplica el criterio de la "secuencia propia de su producción".</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, no verifica que los funcionarios asistenciales obligados a contar con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas y soporte vital avanzado de mínimo 48 horas, se encuentren actualizados, toda vez que se evidenció que no tienen la certificación de los mencionados cursos, en algunos casos los tienen vencidos.</p> <p>El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, realiza pagos a los contratistas sin que los supervisores hagan el seguimiento técnico del cumplimiento del contrato, al evidenciarse que efectúan pagos sin el soporte de verificación de informes en el desarrollo de la</p> | 2019-09-10 | 2019-09-10 | Cerrado | 110 |
| Auditoría Interna | Central de Esterilización | PA190-019 | <p>Se crea Plan de Acción derivado de auditoría interna realizada en abril de 2019,</p> <p>8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>La organización no implementa la prestación del servicio bajo condiciones controladas de acuerdo al procedimiento.</p> <p>Evidencia:</p> <p>En Gestión Hospitalaria Se evidenció Carro de paro con candado el cual es seleccionado para realizar verificación al transcurrir 8 minutos es aperturado por falta de la llave.</p> <p>En Gestión Hospitalaria Se evidencia en los carros de paro aperturados hojas de laringo vencidas, algunas no funcionan, medicamentos e insumos faltantes y otros que no están en el carro, pero si en el inventario, presentado no adherencia a lo definido por la organización en sus protocolos y procedimientos.</p> <p>Se evidencia en los servicio almacenamiento de medicamentos hidróxido de aluminio de usuaria la cual ya había egresado de la institución; Con HC 1117940340 que el día 16/02/2019.</p> <p>Hojas de laringoscopia # 1 y 2 vencida 22/03/2019 una de ellas destapada.</p> <p>Muestras medicas en el servicio, se encuentra una jeringa con medicamento envasado sin rotular.</p> <p>Parche AQUACEL destapado y perdió la estabilidad.</p> <p>6 ampollas de enoxaparina de 60 mg en el cuarto de medicamentos.</p> <p>Lidocaína al 2% destapada sin rotulo de fecha ni hora de inicio.</p> <p>Boja lengua y aplicadores vencidos 29/21 de marzo 2019 ICF R-041 PROCEDIMIENTO ESTERILIZACION, ALMACENAMIENTO Y ENTREGA</p> | 2019-09-12 | 2019-09-12 | Cerrado | 5 |
| Auditoría Interna | Talento Humano | PA190-020 | <p>Se crea Plan de Acción derivado de auditoría interna realizada en abril de 2019.</p> <p>7.2 Competencia. Literal b.</p> <p>La organización no asegura que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia adecuadas.</p> <p>Evidencia</p> <p>Al verificar la hoja de vida de la Dra. Yicet María Ruiz Pacheco se identifica que no reposa Curso de soporte vital avanzado, registra curso con fecha 2014.</p> | 2019-09-16 | 2019-09-16 | Cerrado | 5 |

| | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------|--|------------|------------|---------|----|
| Auditoría Interna | Servicio Farmacéutico | PA190-021 | <p>Se crea Plan de Acción derivado de auditoría interna realizada en abril de 2019, 8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. La organización no implementa la prestación del servicio bajo condiciones controladas de acuerdo al procedimiento.</p> <p>Evidencia:</p> <p>En Gestión Hospitalaria Se evidencio Carro de paro con candado el cual es seleccionado para realizar verificación al transcurrir 8 minutos es aperturado por falta de la llave.</p> <p>En Gestión Hospitalaria Se evidencia en los carros de paro aperturados hojas de laringo vencidas, algunas no funcionan, medicamentos e insumos faltantes y otros que no están en el carro, pero si en el inventario, presentado no adherencia a lo definido por la organización en sus protocolos y procedimientos.</p> <p>Se evidencia en los servicio almacenamiento de medicamentos hidróxido de aluminio de usuaría la cual ya había egresado de la institución; Con HC 1117940340 que el día 16/02/2019.</p> <p>Hojas de laringoscopia # 1 y 2 vencida 22/03/2019 una de ellas destapada. Muestras medicas en el servicio, se encuentra una jeringa con medicamento envasado sin rotular. Parche AQUACEL destapado y perdió la estabilidad. 6 ampollas de enoxaparina de 60 mg en el cuarto de medicamentos. Lidocaína al 2% destapada sin rotulo de fecha ni hora de inicio.</p> <p>Baja lenguas y aplicadores vencidos 29/31 de marzo 2019. ICF-P-041 PROCEDIMIENTO ESTERILIZACIÓN, ALMACENAMIENTO Y ENTREGA</p> | 2019-09-17 | 2019-09-17 | Cerrado | 6 |
| Auditoría Interna | Talento Humano | PA190-017 | <p>Se crea plan de acción derivado de la Auditoría Interna al sistema de seguridad y salud en el trabajo, con el fin de subsanar las siguientes no conformidades:</p> <p>No se evidencio la revisión de la política de SST, integrada mediante Resolución N.000308 del 10/05/2017 durante la vigencia 2018 y 2019 a corte del mes de Junio. Art. 2.2.4.6.6, Numeral 5, Decreto 1072 de 2015, Art.16, Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se encuentra definido el Indicador de estructura para medir la asignación de responsabilidades de los distintos niveles de la empresa frente al desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Art. 2.2.4.6.20 Numeral 4, Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia Indicador de Estructura para la medición de la ejecución de los recursos Financieros de lo planeado en la vigencia 2018 y en el 2019, no reflejó planeación, ni ejecución. Art. 2.2.4.6.20 Numeral 5, Decreto 1072 de 2015; Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No evidencia el funcionamiento del cumplimiento de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo -COPASST, durante la vigencia 2018 y a corte del Junio de 2019. Art.2.2.4.6.11, Parágrafo 2 Decreto 1072 de 2015; Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia la actualización de la identificación de Peligros y evaluación y valoración de los riesgos con participación trabajadores de todos los niveles de la empresa, de acuerdo a los ATEP presentados y a los cambios en los procesos, instalaciones, maquinaria o equipos. Art.2.2.4.6.15 Parágrafo 1, Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia la divulgación y socialización de los resultados de las evaluaciones de los ambientes de trabajo al COPASST, para que emitan las recomendaciones a que haya lugar. Art. 2.2.4.6.15 Parágrafo 3, Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia la Revisión del Plan de Capacitación en SST de la vigencia 2018 ya junio de 2019, con la participación del COPASST y la alta dirección de la empresa, con el fin de identificar las acciones de mejora. Art. 2.2.4.6.11 Parágrafo 1 Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No cuentan con la tabla retención documental, para los registros y documentos que soportan el Sistema de Gestión de SST, que permita asegurar y proteger contra daño y pérdida. Art. 2.2.4.6.13 Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia registros documentales de la rendición de cuenta anual en SST del 2018 y corte de Junio de 2019, interior de la empresa. La rendición de cuentas debe incluir todos los niveles de la empresa ya que en cada uno de ellos hay responsabilidades sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo. Art. 2.2.4.6.08 numeral 3 Decreto 1072 de 2015, Art.16 Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No se evidencia la entrega y reposición de los elementos de protección personal Individual a los trabajadores, Contratistas y Subcontratista durante la vigencia 2018 y corte a junio de 2019, aunque existe un formato de Suministro de Protección Personal Código: TH-F-12 Versión 02, no hay evidencia de la firma del recibido Individual para cada trabajador. Art. 2.2.4.6.12 numeral 2 Decreto</p> | 2019-09-23 | 2020-06-30 | Cerrado | 43 |
| Auditoría Interna | Gestión Jurídica | PA190-022 | <p>Se crea plan de acción derivado de auditoría interna de Gestión realizada el 10 de junio de 2019 por Control Interno.</p> <p>6_informe_final.pdf</p> | 2019-09-27 | 2019-09-27 | Cerrado | 9 |
| Auditoría Interna | Mejoramiento Continuo | PA190-023 | <p>Se suscribe plan de acción, con fin de eliminar la no conformidad generada en auditoría interna a continuación se describe la evidencia: ISO 9001:2015 - 8.7.1. Control de las salidas no conformes. La organización no se asegura de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional.</p> <p>Evidencia:</p> <p>No se evidencia identificación de las salidas no conformes en los servicios de internación 1, 2,3, unidad mental, y UCIN.</p> | 2019-10-20 | 2019-10-20 | Cerrado | 4 |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------|---|------------|------------|---------|----|
| Auditoría Interna | Gestión Financiera | PA190-024 | Se crea Plan de Acción para subsanar los hallazgos generados de acuerdo a la Auditoría Interna realizada el día 02 de septiembre de 2019 por el proceso Gestión Control Interno. Se adjunta Informe | 2019-12-03 | 2020-05-31 | Cerrado | 16 |
| Reportes de actos o condiciones inseguras. | Mejoramiento Continuo | PA190-025 | Se crea plan de acción derivado de las rondas de seguridad realizadas del 13 de marzo de 2019 al 6 de noviembre de 2019 en los servicios de la institución: Internación I, II y III, Urgencias y Obstetricia, Pediatría, UCIN, Unidad Mental, Cirugía, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Servicio Transfusional y Consulta Externa. | 2019-11-28 | 2020-03-30 | Cerrado | 11 |
| Auditoría Interna | Talento Humano | PA190-026 | Se crea plan de mejor con el fin de subsanar los hallazgos generado de la Auditoría Interna realizada al proceso de Talento Humano (Nómina): 1. Se están registrando y aplicando las novedades por libranzas sin tener en cuenta que se está afectando el salario mínimo legal vigente de los servidores públicos, como quedó evidenciado en la muestra seleccionada por esta auditoría, donde se aprecia que el 13% presenta esta situación. 2. En las actividades descritas en el procedimiento, no precisa cual es el trámite, ni quien es el responsable para autorizar otros descuentos por concepto de aportes a Cooperativas, Sindicatos, seguros de vida, seguros funerarios, entre otros. 3. De acuerdo a la actividad N° 07 descrita en el procedimiento, en la cual indica que una vez revisada la nómina por la oficina de Talento Humano, ésta se remite a la oficina de Contabilidad para una revisión y aprobación, se evidenció que no se está dando cumplimiento, debido a que la oficina de Contabilidad revisa únicamente lo relacionado con la liquidación de Retención en la fuente, informando así cuando se genere alguna inconsistencia relacionada con esta acción, utilizando para ello el formato "GF-F-27, relación de inconsistencias de nómina". (Se anexa evidencia). 4. De acuerdo con la actividad No. 02 descrita en el procedimiento, en la cual indica que se analiza la capacidad de pago del funcionario, teniendo en cuenta de no afectar el salario mínimo mensual legal vigente, se evidenció que no se está dando cumplimiento, debido a que se están autorizando créditos sin tener en cuenta la totalidad de las deducciones del servidor público, afectando así el salario mínimo como quedó evidenciado en la muestra seleccionada por esta auditoría, donde se aprecia que el 13% presenta esta situación. | 2019-12-30 | 2020-07-15 | Cerrado | 3 |