

PLAN - ORIGEN	PLAN - PROCESO ORIGEN	CODIGO PLAN	DESCRIPCIÓN DEL PLAN	FECHA INICIO PLAN	FECHA FIN PLAN	ESTADO PLAN	NÚMERO DE ACCIONES
Plan derivado Plan Estratégico de Seguridad Vial	Recursos Físicos	PA210-001	Se crea plan de acción para dar cumplimiento a las actividades establecidas en el Plan Estratégico de Seguridad Vial para la vigencia 2021.	2021-01-27	2022-01-30	Cerrado	36
Auditoría Interna	Laboratorio Clínico	PA210-002	Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada en el mes de Noviembre de 2020, se adjunta informe final de Auditoría Hallazgos: 1. Se evidencia desconocimiento de la plataforma estratégica. 2. Se evidencia el incumplimiento en cuanto al cargue de los soportes en el aplicativo Daruma que responden al correcto control de cada uno de los riesgos priorizados pertenecientes al proceso laboratorio clínico.	2021-02-24	2021-03-19	Cerrado	2
Auditoría Interna	Gestión Quirúrgica	PA210-003	Se crea plan de acción derivado de auditoría interna realizada en el mes de Noviembre 2020, se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: 1. Se evidencia que el formato con código GQ-F-12 versión 2 Formato centro de administración de anestesia, en su diligenciamiento a mano realizado por el personal responsable la letra no es legible. Hallazgo: 1. Se evidencia mediante evaluación de historia clínica de N. R. C. No. Ingreso 1062881 que el formato GQ-F-17 versión 03 no es diligenciado. (Evidencia reposa en el archivo de la oficina Mejoramiento Continuo).	2021-02-24	2021-07-30	Cerrado	3
Auditoría Interna	Gestión de Urgencias y Obstetricia	PA210-004	Se crea plan de acción derivado de auditoría interna realizada en el mes de Noviembre de 2020, se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: 1. Se evidencia en el servicio de sala de partos impresiones del formato con código GQ-F-70 Versión 01 "Formato de consentimiento informado para analgesia regional en trabajo de parto" con fecha de aprobación 30 de abril de 2019, dicho formato se encuentra desactualizado encontrándose en la plataforma Daruma la versión número 2. Hallazgo: 1. Se evidencia el desconocimiento por parte del personal de sala de partos en cuanto a los documentos de su proceso. 2. Se evidencia en la revisión del carro de paro del servicio de urgencias que uno de los dos laringoscopios se encuentra incompleto faltando una hoja de laringo.	2021-02-24	2021-03-19	Cerrado	3
Auditoría Interna	Gestión Hospitalaria	PA210-005	Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada en el mes de Noviembre de 2020, se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: 1. En el proceso de Gestión Hospitalaria no se evidencia adherencia al Procedimiento de control y tratamiento de salidas no conformes MC-P-07. Hallazgos: 1. Se evidencia el desconocimiento por parte del personal de hospitalización 2 y pediatría en cuanto a los documentos de su proceso. 2. Se evidencia en internación 1 la existencia de un computador en el cuarto limpio de preparación de medicamentos, donde este es utilizado para la realización de las evoluciones médicas. El equipo de computo debe ser trasladado o reubicado con el fin de cumplir con los requisitos de un adecuado almacenamiento y preparación de medicamentos. 3. Se evidencia en internación 3 incumplimientos en el porte de los elementos de protección personal.	2021-02-24	2021-03-31	Cerrado	4
Resultados de las inspecciones de seguridad	Gestión Hospitalaria	PA210-006	Se crea plan de mejora derivado de Ronda de Seguridad realizada el 28 de enero del 2021, en el Area de sala ERA. Se adjunta informe con los resultados obtenidos de la Ronda de Seguridad. /uploads/assets/user6/acta_de_informe_a_ronda_de_seguridad.pdf	2021-03-02	2022-01-30	Cerrado	7
Auditoría Externa	Gestión Jurídica	PA210-007	Se crea Plan de Acción como producto del informe de Auditoría realizada por la Contraloría Departamental del Caquetá al proceso de contratación del Hospital Departamental María Inmaculada, se anexa informe.	2021-03-05	2022-01-19	Cerrado	18

Plan derivado Política de participación social	Servicio de Información y Atención al Usuario	PA210-008	Se crea plan de mejora derivado de la Resolución 2063 Política de Participación Social y eje de participación ciudadana de MIPG. Participacion_social_2021_hdmi.xlsx	2021-04-20	2021-12-30	Cerrado	19
Auditoría Externa	Mejoramiento Continuo	PA210-009	Se crea plan de acción derivado de la auditoría externa realizada por el Icontec durante los días 24 - 25 - 26 del mes de marzo del año 2021. Se adjunta informe de auditoría. El plan de acción corresponde a la no conformidad: En el proceso de talento humano, no se consideran acciones correctivas por el incumplimiento sistemático del indicador de cultura de humanización del servicio. Evidencia de la no conformidad: Meta del indicador de cultura de humanización del servicio 16% máximo de inconformidades presentadas sobre el total de inconformidades en el trimestre. Resultados: trimestrales del año 2020: primer trimestre 25%, segundo trimestre 38,41, tercer trimestre 19.05% y cuarto trimestre 39.02%.	2021-04-20	2021-11-21	Cerrado	5
Auditoría Externa	Mejoramiento Continuo	PA210-010	Se crea plan de acción derivado de la auditoría externa realizada por el Icontec durante los días 24 - 25 - 26 del mes de marzo del año 2021. Se adjunta informe de auditoría. El plan de acción corresponde a la no conformidad: La organización no evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de las no conformidades, con el fin de que no vuelvan a ocurrir ni ocurra en otra parte. Evidencia de la no conformidad: En la verificación de dos de las tres no conformidades halladas en la auditoría interna, no se encontró evidencia del análisis y determinación de la causa raíz, encontrándose en las acciones solo correcciones.	2021-04-20	2021-11-21	Cerrado	4
Auditoría Externa	Laboratorio Clínico	PA210-011	Se crea plan de acción derivado de la auditoría externa realizada por el Icontec durante los días 24 - 25 - 26 del mes de marzo del año 2021. Se adjunta informe de auditoría. El plan de acción corresponde a la no conformidad: En el laboratorio clínico no se revisa la eficacia de las acciones correctivas tomadas para dar tratamiento a las no conformidades. Evidencia de la no conformidad: Acciones correctivas implementadas de la no conformidad desde el año 2015 de hemolisis en las muestras tomadas y aún se presenta la no conformidad.	2021-04-20	2021-11-30	Cerrado	5
Resultados de Indicadores	Mejoramiento Continuo	PA210-012	Se crea plan de acción como resultado del no cumplimiento según meta nominal del indicador de adherencia a protocolos institucionales durante el primer y segundo semestre del 2020. fueron evaluados ocho protocolos institucionales y para el plan de mejoramiento se toman los protocolos con menor adherencia (Protocolo de aislamiento 67%, protocolo de prevención de úlceras por presión 54%, Protocolo de acción y prevención ante una fuga 62%, y recibo y entrega de turno 72%.	2021-05-06	2022-04-24	Cerrado	4
Auditoría Interna	Talento Humano	PA210-013	Disminuir el índice de las quejas presentadas por buen trato y humanización a través de la implementación del programa de humanización.	2021-06-16	2022-04-30	Ejecución	4
Auditoría Interna	Seguridad y Salud en el Trabajo	PA210-014	Se crea plan de mejora derivado de la auditoría interna con apoyo de la ARL Positiva, se anexa informe de auditoría.	2021-06-18	2022-01-30	Cerrado	31
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-015	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Direccionamiento, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-23	2021-12-30	Cerrado	8
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-016	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Talento Humano, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-23	2022-03-06	Cerrado	10
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-017	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Gestión Tecnológica, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-23	2022-03-06	Cerrado	4
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-018	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Gerencia de Información, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-23	2022-03-06	Cerrado	6
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-019	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar Cliente asistencial, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-29	2022-03-06	Cerrado	38
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-020	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Gerencia, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-29	2021-12-30	Cerrado	6
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-021	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Ambiente físico, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-29	2022-03-06	Cerrado	11
Autoevaluación Acreditación	Varios	PA210-022	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación del estándar de Mejoramiento, se adjunta oportunidades de mejora.	2021-06-29	2022-03-09	Cerrado	1
Auditoría Interna	Varios	PA210-023	Se crea plan de acción derivado de auditoría interna realizada por la oficina de Control Interno al proceso de Gestión Financiera - Tesorería, del 4 de mayo al 18 de junio de 2021, se adjunta informe final de auditoría.	2021-07-14	2021-10-30	Cerrado	4
Resultados de las inspecciones de seguridad	Gestión Hospitalaria	PA210-024	Dando cumplimiento a la Ronda de Seguridad del Paciente realizada el día 29 de junio, y de acuerdo a las mejoras evidenciadas a través de la aplicación de las listas de verificación se levanta el siguiente plan de acción donde participan diferentes procesos. el acta con el informe se puede consultar en DARUMA modulo de actas N° 62 proceso MC	2021-08-11	2021-10-30	Cerrado	5

Evaluación del Sistema de Control Interno_MECI	Mejoramiento Continuo	PA210-025	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación realizada del I semestre del 2021 al Sistema de Control Interno de la entidad (MECI), se adjunta evaluación.	2021-09-07	2021-11-30	Cerrado	20
Auditoría Interna		PA210-034	Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. La organización debe controlar los procesos, productos y servicios suministrados externamente. No se evidencia en el proceso Recursos Físicos (biomédica) la supervisión de verificaciones o calibraciones de los equipos biomédicos desde la vigencia del 2020. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios. Recursos Físicos (biomédica)	2021-11-12	2021-12-17	Cerrado	1
Auditoría Interna		PA210-031	Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 6.3. Planificación de los cambios La organización debe planificar los cambios. No se evidencia en el proceso Gestión Hospitalaria la adherencia al procedimiento DE-P-15-V6 Procedimiento gestión del cambio, en cuanto a la aplicación del formato DE-F-07-V4 Formato gestión del cambio, ya que se habilitó el servicio de UCIA y se adecuaron habitaciones para la atención de pacientes con COVID-19 en internaciones. No se evidencia en el proceso Recursos Físicos (biomédica) la adherencia al procedimiento DE-P-15-V6 Procedimiento gestión del cambio en cuanto a la aplicación del formato DE-F-07-V4 Formato gestión del cambio, ya que la entidad adquirió nueva tecnología médica. No se evidencia en el proceso Central de Esterilización la adherencia al procedimiento DE-P-15-V6 Procedimiento gestión del cambio en cuanto a la aplicación del formato DE-F-07-V4 Formato gestión del cambio, ya que al proceso llegó una tecnología nueva (autoclave). Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios. Gestión Hospitalaria Recursos Físicos (biomédica) Central de Esterilización	2021-11-12	2021-12-29	Cerrado	3
Auditoría Interna		PA210-028	Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 4.1. Comprensión de la organización y de su contexto. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. Se evidencia que los colaboradores del proceso Gestión Hospitalaria (internaciones), Recursos físicos (almacén y mantenimiento), Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (Centro de Salud La Montañita) y Gestión Financiera (Subgerente administrativo – contabilidad) no interiorizan la plataforma estratégica de la entidad. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios. Gestión Hospitalaria (internaciones) Recursos físicos (almacén y mantenimiento) Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (Centro de Salud La Montañita) Gestión Financiera (Subgerente administrativo – contabilidad)	2021-11-11	2022-01-19	Cerrado	5

Auditoría Interna		PA210-038	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría.</p> <p>No conformidad: Numeral 9.1.2. Satisfacción del cliente. La organización debe realizar seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. Se evidencia en el proceso Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (centro de salud Morelia) que no se realiza apertura del buzón de sugerencias del periodo evaluado. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (centro de salud Morelia)</p>	2021-11-12	2022-01-19	Cerrado	1
Auditoría Interna	Contratación	PA210-041	<p>Se crea plan de mejora derivado de auditoría interna realizada por el proceso de Gestión de Control Interno al proceso de Gestión Jurídica, del 16 de junio al 20 de agosto de 2021.</p> <p>Se adjunta informe final y nota aclaratoria al informe final de Auditoría.</p>	2021-11-18	2022-01-26	Cerrado	8
Auditoría Interna		PA210-040	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría.</p> <p>No conformidad: Numeral 10.1. literal b y c, Mejora La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para mejorar la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>No se evidencia en el proceso Gestión Financiera (facturación) la adherencia del procedimiento MC-P-02-V6 Formulación y seguimiento de planes de mejora, en cuanto a la actividad número uno (1) que refiere realizar plan de mejora a indicadores que presenten incumplimientos continuos según la periodicidad del reporte, ya que en la auditoría se evidenció que el indicador GF-13 Porcentaje de facturas anuladas presenta cinco (5) meses seguidos en incumplimiento a la meta.</p> <p>No se evidencia en el proceso Servicio Farmacéutico la adherencia del procedimiento MC-P-02-V6 Formulación y seguimiento de planes de mejora, en cuanto a la actividad número uno (1) que refiere realizar plan de mejora a indicadores que presenten incumplimientos continuos según la periodicidad del reporte, ya que en la auditoría se evidenció que el indicador SF-02 Porcentaje de revisiones de stocks realizadas presenta tres (3) meses seguidos en incumplimiento a la meta.</p> <p>Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Financiera (facturación) Servicio Farmacéutico</p>	2021-11-12	2022-01-30	Cerrado	2
Auditoría Externa	Dirección de Talento Humano	PA210-044	<p>Se crea plan de mejora derivado de la auditoría externa ICONTEC realizada en las fechas 24, 25 y 26 de noviembre del año 2021.</p> <p>Se anexa informe de auditoría y las correcciones y acciones correctivas aprobadas por el ente.</p> <p>La no conformidad relacionada con el presente plan corresponde a: La organización no toma acciones para adquirir la competencia necesaria ni evalúa la eficacia de las acciones tomadas</p> <p>Se evidencia que: Como resultado del examen de la capacitación de Toma de muestra realizada por Annar Diagnóstica en el primer semestre del año 2021 y la cual fue dirigida a las auxiliares de enfermería de la Institución, se identificó que 7 colaboradores reprobaron con una calificación menor al 50%(Alexandra Ariza – Jhon Cuellar, Alba Carvajal, Lizceny Sandoval, Karen Ibarra, Yudi Pillimue con el 40% y Doris Ibarra con el 20%) y debían asistir a una nueva capacitación y según refirió la coordinadora del laboratorio, no realizarían toma de muestra hasta tanto aprobaran el nuevo examen ; sin embargo, no se encontró evidencia de las nuevas acciones realizadas para lograr la competencia, ni hubo evidencia del control de las actividades de la toma de muestra por parte del personal reprobado.</p>	2021-12-21	2022-01-30	Cerrado	4

Auditoría Interna		PA210-030	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría.</p> <p>No conformidad: Numeral 6.1.2. La organización debe evaluar la eficacia de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades. No se evidencia en los procesos Control Interno Disciplinario, Gestión Hospitalaria (internaciones), Recursos Físicos (almacén – mantenimiento), Gestión de Urgencias y Obstetricia y Servicio Farmacéutico el reporte del seguimiento a los controles de los riesgos priorizados por parte del proceso a la oficina de calidad. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Control Interno Disciplinario Gestión Hospitalaria (internaciones) Recursos Físicos (almacén– mantenimiento) Gestión de Urgencias y Obstetricia Servicio Farmacéutico</p>	2021-11-11	2022-03-02	Cerrado	11
Auditoría Interna		PA210-029	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría.</p> <p>No conformidad: Numeral 4.4.1. literal g La organización debe evaluar los procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos.</p> <p>Se evidencia que el proceso Direccionamiento Estratégico no se adhiere a lo establecido en los procedimientos DE-P-11-V2 Implementación del plan de comunicaciones y el DE-P-12-V2 Administración de las comunicaciones.</p> <p>Se evidencia que el proceso Control Interno Disciplinario no se adhiere a lo establecido en el procedimiento CID-P-01-V5 Procedimiento acción disciplinaria, ya que no están verificando la implementación y uso del libro de reconocimientos y llamados de atención, y no se están realizando el plan de capacitaciones, último registro con fecha del 17/12/2019.</p> <p>Se evidencia que el proceso Gestión Hospitalaria (internaciones) no se adhiere a lo establecido en el procedimiento GH-P-01-V2 Procedimiento admisión del paciente en los servicios de hospitalización, en cuanto a la aplicación del formato GH-F-19-V3 Formato lista de chequeo de traslado de pacientes. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Direccionamiento Estratégico Control Interno Disciplinario Gestión Hospitalaria (internaciones)</p>	2021-11-11	2022-03-30	Cerrado	4

Auditoría Interna		PA210-036	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 8.5.1., literal c Control de la producción y de la provisión del servicio La organización debe implementar la prestación del servicio bajo condiciones controladas, la implementación de actividades de seguimiento en las etapas apropiadas para verificar que se cumplan los criterios de control de los procesos.</p> <p>Se evidencia en el proceso Gestión Hospitalaria (UCIA) que el formato GH-F-46-V1 Consentimiento informado de hospitalización unidad de cuidado intensivo-intermedio, se encuentra sin la firma del médico. Se evidencia en el proceso Gestión Hospitalario (UCIA) el formato RF-F-16-V2 Formato chequeo desfibrilador se encuentra diligenciado para el mes de agosto en fechas posteriores al día que se realiza la auditoría. Se evidencia en el proceso Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (Centro de Salud Morelia en el área de laboratorio clínico) que el formato RF-F-17-V2 Formato registro diario de temperatura y humedad de ambiente, se encuentra diligenciado en fechas posteriores al día que se realiza la auditoría y no cuentan con el dispositivo para la toma de la misma. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Hospitalaria (UCIA) Gestión Hospitalario (UCIA) Gestión Ambulatoria y Atención Primaria (Centro de Salud Morelia en el área de laboratorio clínico)</p>	2021-11-12	2022-03-30	Cerrado	5
Auditoría Interna		PA210-039	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 9.1.3. Análisis y evaluación. La organización debe analizar y evaluar los datos de información que surgen por el seguimiento y la medición.</p> <p>No se evidencia en el proceso Control Interno Disciplinario el diligenciamiento del indicador CID-01 Tasa de atención de QIA de la competencia de CID, para el segundo trimestre del año 2021. No se evidencia en el proceso Gestión Hospitalaria (internaciones) el diligenciamiento del indicador GH-PLG-13 evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida para el año 2020. No se evidencia en el proceso Recursos Físicos (almacén) desde el año 2020 el diligenciamiento del indicador RF-20 Porcentaje de proveedores que cumple con especificación en SST. No se evidencia en el proceso Gestión Financiera (facturación) el diligenciamiento de los indicadores GF-14 Control ingresos en estado registrado y GF-13 Porcentaje de facturas anuladas, desde el mes de julio y, GF-12 Radicación a cartera del valor facturado desde el mes de junio. No se evidencia en el proceso Gestión de Urgencias y Obstetricia (epidemiología) desde el mes de junio el diligenciamiento de los once (11) indicadores de epidemiología. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Control Interno Disciplinario Gestión Hospitalaria (internaciones) Recursos Físicos (almacén) Gestión Financiera (facturación) Gestión de Urgencias y Obstetricia (epidemiología)</p>	2021-11-12	2022-03-30	Cerrado	5
Resultados de las inspecciones de seguridad.		PA210-042	Se crea plan de mejora derivado de la ronda de seguridad realizada al proceso de Gestió Quirúrgica el 30 de septiembre de 2021, se adjunta informe.	2021-12-07	2022-03-30	Cerrado	7

Auditoría Externa	Dirección de Talento Humano	PA210-043	<p>Se crea plan de mejora derivado de la auditoría externa ICONTEC realizada en las fechas 24, 25 y 26 de noviembre del año 2021. Se anexa informe de auditoría y las correcciones y acciones correctivas aprobadas por el ente.</p> <p>La no conformidad relacionada con el presente plan corresponde a: La organización no proporciona la persona(s) con la competencia especializada exigida para la operación y control del proceso de imagenología. Se evidencia que: El Hospital ESE no cuenta con un oficial de protección radiológica, según las exigencias reglamentarias</p>	2021-12-21	2022-03-31	Cerrado	2
Habilitación		PA210-027	<p>Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019, realizada en el 2021. Este plan se realiza para dar cumplimiento al estándar de Procesos prioritarios. Se adjunta autoevaluación de habilitación.</p>	2021-11-11	2022-04-29	Ejecución	16
Auditoría Interna		PA210-032	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 7.5.3. Control de la información documentada. La organización debe controlar la información documentada.</p> <p>Se evidencia en el proceso Gestión Hospitalaria (UCIA) el uso de un documento llamado "lista de chequeo de traslado hospitalario del paciente crítico" sin codificación. Se evidencia en el proceso de Gestión Jurídica (contratación) que el formato de "verificación de requisitos contractuales" se encuentra sin codificación y es usado en las carpetas de los contratos. Se evidencia en el proceso Gestión Financiera (subgerencia administrativa – contabilidad) se están usando documentos que no se encuentran codificados (estados financieros). Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Hospitalaria (UCIA) Gestión Jurídica (contratación) Gestión Financiera (subgerencia administrativa – contabilidad)</p>	2021-11-12	2022-04-30	Ejecución	2
Auditoría Interna		PA210-035	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio. La organización debe implementar la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Se evidencia que en el proceso Gestión Quirúrgica el formato GQ-F-05-V3 Formato consentimiento informado general, se encuentra sin huella del usuario OEC identificado con C.C. 17.674.480. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Quirúrgica</p>	2021-11-12	2022-04-30	Pendiente por ejecuta	1
Auditoría Interna		PA210-037	<p>Se crea plan de acción derivado de la auditoría interna realizada por el proceso de Mejoramiento Continuo, durante las fechas comprendidas del 2 al 20 de agosto de 2021. Se adjunta informe final de auditoría. No conformidad: Numeral 8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras este bajo el control de la organización o este siendo utilizado por la misma. Se evidencia que en los procesos Gestión Hospitalaria (internaciones) y Gestión Urgencias y Obstetricia (urgencias) no hay adherencia al protocolo GUO-Pt-02-V3 Protocolo para identificar proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del usuario. Se adjuntan análisis causales por proceso y/o servicios.</p> <p>Gestión Hospitalaria (internaciones) Gestión Urgencias y Obstetricia (urgencias)</p>	2021-11-12	2022-04-30	Ejecución	2

Habilitación	Dirección de Talento Humano	PA210-026	Se crea plan de mejora derivado de la autoevaluación de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019, realizada en el 2021. Este plan se realiza para dar cumplimiento al estándar de Talento Humano. Se adjunta autoevaluación de habilitación.	2021-11-11	2022-05-20	Ejecución	18
Auditoría Externa	Banco de Sangre	PA210-046	Se crea plan de mejora derivado de la auditoría externa ICONTEC realizada en las fechas 24, 25 y 26 de noviembre del año 2021. Se anexa informe de auditoría y las correcciones y acciones correctivas aprobadas por el ente. La no conformidad relacionada con el presente plan corresponde a: La Organización no determina los controles a aplicar a los procesos de proveedores externos que están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización Se evidencia que: El banco de sangre no cuenta con controles a aplicar al Laboratorio Clínico Colcán, proveedor externo de referencia, con quien tiene convenio para la realización de pruebas confirmatorias	2021-12-21	2022-07-30	Ejecución	3
Auditoría Externa	Servicio de Urgencias	PA210-045	Se crea plan de mejora derivado de la auditoría externa ICONTEC realizada en las fechas 24, 25 y 26 de noviembre del año 2021. Se anexa informe de auditoría y las correcciones y acciones correctivas aprobadas por el ente. Se anexa análisis causal por espina de pescado La no conformidad relacionada con el presente plan corresponde a: La organización no implementa los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; Se evidencia que: En el proceso de Gestión de Urgencias, al revisar la atención del paciente de 40 años CC30507198 40 quien ingreso 22 de nov se verifica que el triage no reporta la escala análoga del dolor necesaria para la valoración que se asigna, el médico que lo ingresa no ratifica el Triage, no se evidencia la toma de paraclínicos ordenados el 23 y no se evidencia la valoración de evolución oportuna durante la estancia. Estancia del paciente en observación mayor a 48h	2021-12-21	2022-11-30	Pendiente por ejecución	10
Auditoría Externa	Contratación	PA210-047	Se crea plan de mejora derivado de la auditoría externa ICONTEC realizada en las fechas 24, 25 y 26 de noviembre del año 2021. Se anexa informe de auditoría y las correcciones y acciones correctivas aprobadas por el ente. Se anexa análisis causal por espina de pescado La no conformidad relacionada con el presente plan corresponde a: La organización no se asegura que los servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes, teniendo en consideración: el impacto potencial de los productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Se evidencia que: Revisados los informes de supervisión aplicables a los contratos por servicios de Patología y Otorrinolaringología, no se evidencia que en ellos haya sido considerado lo respectivo a las desviaciones registradas en el cumplimiento de las obligaciones contractuales que impactaron de manera negativa el servicio y que se correlacionan así: Patología: Queja del usuario (abril 2021) por Trato inadecuado al paciente e informe emitido de patología errado. ORL- cancelación de procedimientos quirúrgicos por no disponibilidad del instrumental a cargo del contratista. (mes de junio 2021)	2021-12-21	2022-11-30	Pendiente por ejecución	6