

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TERMINACION (MES/AÑO)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Regra	Comp	Voluntad	Tras															
DESARROLLO DE SERVICIOS	24.2.2	ACREDITACION	Diciembre de 2016	No realizan referenciaci3n interna estructurada, con excepci3n de las reuniones de los equipos de autoevaluaci3n de los est3ndares de acreditaci3n. Para otros temas no son sistem3ticas y escasas documentadas.	NA	EFFECTIVIDAD	Atenci3n Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestaci3n de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contar con el cronograma de Referenciaci3n comparativa del HUS.	4	4	5	80	Falta de realizaci3n de referenciaci3n internas.	OP	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Incluir en el cronograma de Referenciaci3n Comparativa, las Referenciaci3n internas y documentadas.	Cronograma de Referenciaci3n comparativa	02/01/2017	28/04/2017	Jazmine Lara Dilaz - Lider de Proyecto	Realizaci3n de Cronograma de Referenciaci3n comparativa de la vigencia						
	24.2.5	ACREDITACION	Diciembre de 2016	No obstante las acciones realizadas es necesario estructurar y establecer un plan de referenciaci3n institucional externa e interna, que contemple temas especifcos relacionados con los servicios y plan estrat3gico, que sean sistem3ticas, monitoreadas, con mejoras implementadas y comunicadas a nivel interno y grupos de inter3s externos.	NA	EFFECTIVIDAD	Atenci3n Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestaci3n de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contar con la implementaci3n de las Referenciaci3n comparativas realizadas internas y externas.	4	4	5	80	Falta de implementaci3n de Referenciaci3n comparativa	OP	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Contar con el cronograma de Referenciaci3n Externas e internas a realizar 2. Contar con el cronograma de las Referenciaci3n Recibidas 3. Contar con los informes de Referenciaci3n comparativas realizadas por los l3deres de proceso - 4. Realizar seguimiento de la implementaci3n de las referenciaci3n internas y externas realizadas por los l3deres de cada proceso.	Seguimiento de la implementaci3n de las Referenciaci3n comparativas internas y externas realizadas.	02/20/2017	29/12/2017	Jazmine Lara Dilaz - Lider de Proyecto	Porcentaje de realizaci3n de referenciaci3n comparativas de la vigencia Meta:						
	NA	AUTOCONTROL	Febrero de 2017	Resoluci3n: en el mes de febrero el Hospital Universitario CABEZA DE LA RED de Servicios de Salud de Cundinamarca, SEREMOS RECONOCIDOS por NUESTRO MODELO DE GESTI3N HUMANIZADA Y SUSTENTABLE, con un MODELO DE EDUCACION E INVESTIGACION PROPIO, basados en el desarrollo de CENTROS DE	NA	EFFECTIVIDAD	Atenci3n Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestaci3n de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contar con la definici3n del servicio a elegir como Centro de Excelencia	3	3	4	36	Falta de definici3n de servicio	OP	PLANEACI3N - ESTRATEGIA	1. Definir un servicio del HUS por parte de la Direcci3n Identificar el centro de excelencia.	Acta de Reuni3n	15/03/2017	15/09/2017	Dr. Nelson Arizabal - Director Cientifco	Realizaci3n de Reuni3n que defina el servicio a ser centro de excelencia.						
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		AUTOCONTROL	#####	Estrategias insuficientes de comunicaci3n y despliegue de informaci3n a l3deres de proceso y equipos primarios.	1. Porque hace falta actualizar el PECOS 2. Porque falta mejorar las estrategias actuales de comunicaci3n 3. Porque se requiere definir lineamientos de comunicaci3n m3s efectivos.	COORDINACI3N	Proceso de transformaci3n Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Informaci3n Integral, eficiente y eficaz.	Actualizar e incluir estrategias efectivas de comunicaci3n en PECOS.	5	5	5	125	No actualizarlo oportunamente	AC	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar PECOS. 2. Realizar Bolet3n informativo de la alta gerencia a todos los funcionarios y colaboradores del Hospital. 3. Aumentar la frecuencia del Comit3 directivo ampliado 4. Generar espacios de socializaci3n de experiencias y aprendizajes institucionales	1. Documento actualizado PECOS 2. Bolet3n informativo 3. Actas comit3 directivo ampliado 4. Actas de reuniones	05/06/2017	31/12/2017	subdirector de sistemas y jefe Asesor de Planeaci3n y calidad.	Fortalecer el procedimiento de comunicaciones						
		AUTOCONTROL	#####	Inoperatividad en las acciones de mejora diarias generadas en la entrega de turno administrativo.	1. Porque falta mejorar la respuesta de las acciones de mejora diarias 2. Porque falta generar compromisos con respuestas oportunas 3. Porque falta realizar seguimiento diario de las acciones.	OPORTUNIDAD	Atenci3n Centrada en el usuario de los servicios de salud	Atenci3n Integral	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestaci3n de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Seguimiento de los compromisos diarios	5	5	5	125	No llevar a cabo claramente el seguimiento y el cumplimiento de las acciones de mejora diaria.	C	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Generar y responsabilizar las acciones de mejora con respuesta oportuna. 2. Realizar seguimiento diario a las acciones de mejora. 3. Realizar acciones de articulaci3n con entes externos de manera m3s efectiva.	1. Acta de turno administrativo	05/08/2017	continuo	Director Cientifco - Directo Administrativo	Fortalecer el procedimiento de entrega de turno					
FACULTAD	2	GESTI3N DEL RIESGO	Mayo de 2015	Sobreexcepci3n de los Contratos	Porque: No se realiza el envio a las entidades del informe de ejecuci3n de acuerdo a lo contratado Porque: Existe un inadecuado seguimiento de las ejecuciones de los contratos Porque: No hay concordancia entre los servicios prestados y el informe presentado a la entidad contratante	EFICIENCIA	Gesti3n del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudaci3n de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Realizaci3n de informes de ejecuci3n con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentaci3n de informes de ejecuci3n presupuestal	3	5	5	75		AP	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Revisi3n de los contratos de la vigencia para determinar la obligaci3n de presentar informe de ejecuci3n a la entidad contratante	Seguimiento en medio mensual de los contratos legalizados de la vigencia revisados para determinar si se debe revisar informe de ejecuci3n	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturaci3n y recaudo	Contratos sobreejecutados						
	3	GESTI3N DEL RIESGO	Mayo de 2015	Inadecuado registro de la ratificaci3n de la glosa y/o devoluci3n	Porque: No se realiza la clasificaci3n de la glosa inicial y glosa referida por parte de la ERP Porque: No se tiene establecido el concepto para la clasificaci3n de la glosa Porque: Falta de control acerca de las glosas/devoluciones referidas por parte de las ERP	EFFECTIVIDAD	Gesti3n del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudaci3n de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Registro de las cuentas en la Subcuenta de ratificaci3n	5	5	3	75		AC	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Generaci3n de archivos planos para entrega a contabilidad de las cuentas ratificadas por las distintas ERP.	Informe en archivo plano	02/10/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturaci3n y recaudo	Porcentaje de glosa recibida						
	4	GESTI3N DEL RIESGO	Mayo de 2015	Identificaci3n inadecuada del paciente	Porque: Existe un error en el ingreso de los datos personales del paciente en el sistema de informaci3n Porque: No se verifican los datos con el documento Fiso del paciente Porque: No se tiene establecida la forma adecuada para la confirmaci3n de los datos	SEGURIDAD	Gesti3n del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudaci3n de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Socializaci3n de los errores encontrados en el ingreso del paciente	5	3	5	75		AP	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Socializaci3n y retroalimentaci3n de las inconsistencias encontradas en el registro del ingreso del paciente	Acta de socializaci3n del informe generado por el 3rea de estadfstica de las inconsistencias presentadas en el ingreso del paciente	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturaci3n y recaudo	Porcentaje de radica3n de facturas						
	5	GESTI3N DEL RIESGO	Mayo de 2015	Que se genere subfacturaci3n o sobrefacturaci3n	Porque: No se cobijan adecuadamente los servicios Porque: No se tiene una revisi3n adecuada de la factura Porque: No se realiza capacitaci3n de los hallazgos encontrados en las auditorfas de facturaci3n	EFICIENCIA	Gesti3n del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudaci3n de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Socializaci3n de los hallazgos encontrados en las auditorfas internas en el 3rea de cuentas m3dicas	3	5	5	75		AP	GESTI3N POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Auditorfa a facturaci3n y socializaci3n de los hallazgos encontrados a los funcionarios de facturaci3n Documentar procedimiento de facturaci3n en el cual se contemple que se debe realizar cuando se presente la subfacturaci3n o sobrefacturaci3n. Socializar procedimiento de facturaci3n Realizar seguimiento al indicador de errores de facturaci3n	1. Informe de auditorfas y retroalimentaci3n a los funcionarios de facturaci3n 2. Procedimiento publicado en la Intranet del Hospital 3. Acta de socializaci3n del procedimiento a los colaboradores que facturan en el hospital 4. Realizar seguimiento y an3lisis al indicador de errores de facturaci3n	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturaci3n y recaudo	Porcentaje de radica3n de facturas						

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRÓ LA CAUSA RAÍZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUÓ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Requis	Costo	Voluntad	Tiempo																
C A U D O	6	ACREDITACIÓN	Enero de 2016	Inadecuado seguimiento a los Indicadores de Oportunidad en Consulta Ambulatoria, Urgencias y Hospitalización	Porque: Los datos no han sido suficientes para la medición Porque: Se no se ha estipulado la ficha técnica del indicador Porque: No se cuenta con la herramienta para obtener toda la información	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudado de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Control indicadores de oportunidad en servicios específicos. Socialización de tiempos de egreso desde facturación.	3	1	3	9	OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Seguimiento a los indicadores de oportunidad en la facturación por cada servicio Medir indicador de egreso desde que el se hace la evolución con orden de salida hasta que el paciente se va. Analizar el resultado del primer trimestre 2016, presentado en el comité directivo ampliado de mayo de 2016.	1. Seguimiento al indicador 2. Análisis del indicador	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturación y recaudo	Tiempo en oportunidad en la facturación								
	7	AUDITORÍA INTERNA/SESA	#####	4.2.3 literal d. No se asegura que los procedimientos que se encuentran documentados los conozcan todos los colaboradores del proceso. Se realiza seguimiento al procedimiento Q2403 - V1 'ADMISIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTE' el cual no conocen los colaboradores que realizan esta actividad	Porque: No se han socializado los procedimientos a los colaboradores del área Porque: No se han actualizado los procedimientos Porque: No se ha realizado el estudio de las actividades realizadas.	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudado de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Documentar los procedimientos del área de facturación y recaudo	3	1	3	9	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Documentar, publicar y socializar los procedimientos correspondientes	Procedimiento publicado en la Intranet y socializado a los colaboradores	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturación y recaudo	Documento socializado								
	8	OTRAS	may-16	No se cuenta con el análisis de indicadores de comportamiento y causas de la glosa	Porque: No se tenía información de causas de glosa Porque: No se realizaban consultas del sistema DGI ni respecto de información Porque: No había un adecuado seguimiento y control al proceso.	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudado de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Análisis de comportamiento y causas de glosa	3	5	3	45	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Se realizará seguimiento mensual a los motivos de glosa para determinar los planes de mejora y socialización orientados a la disminución de los motivos más significativos de objeción	Informe de seguimiento en medio magnético	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturación y recaudo	Porcentaje de glosa aceptadas								
	9	OTRAS	Jul-17	Pérdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	Porque: No se tenía información de cuentas prescritas Porque: No se realizaban consultas del sistema DGI ni respecto de información Porque: No había un adecuado seguimiento y control al proceso.	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudado de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	control de la facturación radicada para evitar la prescripción de las facturas en el cobro	3	5	5	75	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Se realizará seguimiento bimensual a las facturas susceptibles de prescripción para que de este modo no se pierda el derecho a reclamar por los servicios prestados.	Informe de seguimiento en medio magnético	02/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso facturación y recaudo	Porcentaje de recuperación de cartitas.								
1	AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	#####	OP1. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto se evidenció el registro de limpieza de área de aire medicinal sin las firmas de verificación desde el 20 de junio, así mismo por cuanto se evidenció el registro de limpieza de equipos con la fecha pre diligencia del 30 de junio de 2017.	¿Por qué? No se realizó la verificación oportuna del registro de limpieza de la planta y se prescribió registro con fechas futuras ¿Por qué? Falta adherencia al protocolo Q3AF18-V3 Limpieza de área y equipos del sistema de generación de aire medicinal ¿Por qué? Se priorizaron otras actividades dado el tiempo disponible del jefe de producción de gases medicinales	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Socializar nuevamente el documento de limpieza a todo el personal que tiene relación con el protocolo Q3AF18 Limpieza de área y equipos del sistema de generación de aire medicinal Se debe contratar por tiempo completo al jefe de producción de gases medicinales	3	5	5	75	No hay	AC	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1. Socializar nuevamente el documento de Limpieza a todo el personal que tiene relación con el protocolo Q3AF18 Limpieza de área y equipos del sistema de generación de aire medicinal 2. Solicitar al proceso de Gestión del Talento Humano mediante requisición cambiar la contratación de tiempo completo del jefe de producción de gases medicinales 3. Contratación por tiempo completo del jefe de producción de gases medicinales a tiempo completo	1. Formato de socialización del protocolo Q3AF18 Limpieza de área y equipos del sistema de generación de aire medicinal 2. Requisición solicitando la contratación de tiempo completo del jefe de producción de gases medicinales 3. Contrato de jefe de producción de gases medicinales a tiempo completo	1. 28/06/2017 2. 30/06/2017 2.3. 30/06/2017	1. 28/06/2017 2. 30/06/2017 3. 30/06/2017	1. OF. jefe de control y Garantía de Calidad de Gases Medicinales 2. Líder de Farmacia 3. Subdirector de Talento Humano	Objetivo específico: Capacitar al personal que tiene relación con el protocolo Q3AF18 Limpieza de área y equipos del sistema de generación de aire medicinal								
2	AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	#####	OP13. Aclarar y tomara las acciones correctivas por incumplimiento al numeral 10.6 del informe 32 de la OMS en cuanto a que los cargos principales deben llenarse con personal de tiempo completo.	¿Por qué? Se evidenció que el jefe de Producción de Gases Medicinales tiene contratación de medio tiempo ¿Por qué? Así lo tiene estipulado el tercer contrato por el hospital ¿Por qué? No se había contemplado el impacto de tener al jefe de producción sob medio	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Maparamiento	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Solicitar al proceso de Gestión de la Infraestructura las adecuaciones de mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior.	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO														
3	AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	#####	OP2. Realizar el mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior.	No aplica ya que es una corrección	ACEPTABILIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Solicitar al proceso de Gestión de la Infraestructura las adecuaciones de mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior.	5	3	5	75	Due no hay el recurso	C	OTRA	Solicitar al proceso de Gestión de la Infraestructura las adecuaciones de mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior. Realizar el mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior.	Evidencia Fotográfica	28/06/2017	30/06/2017	Lider de Farmacia Lider de Gestión de la Infraestructura	Objetivo específico: Realizar el mantenimiento al acrílico de la lámpara del área de vestier de ingreso, así como al de la puerta del área de producción hacia el exterior.								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FOLIO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUARÁ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Resga	Clas	Volunt	Tasa															
8		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP6. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto se solicitaron certificados de calibración del analizador de oxígeno y de la celda de punto de noción de los años anteriores y se informa que no se tienen dichos registros.	¿Por qué?: No se archivaron los registros documentales de las calibraciones en el SAM ¿Por qué?: No se realizó el adecuado seguimiento y activo de los mismos al proceso de calibración y a su vez de los mismos ¿Por qué?: No hay una adecuada inducción al puesto de trabajo en el área de gases medicinales	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia. Realizar una adecuada inducción al puesto de trabajo del personal principal de gases medicinales	Actualizar el documento O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL en el relacionado con los seguimientos desde la Dirección Técnica Estandarizar y documentar el proceso de inducción al puesto de trabajo para el personal propio de gases medicinales, actualizando el documento O1AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES y generando formatos para realizar la inducción	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Documento disponible en la intranet del hospital O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL y soportes socialización al personal principal de gases medicinales Documento disponible en la intranet del hospital O1AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES y soportes socialización al personal principal de gases medicinales y formatos de inducción al puesto de trabajo	27/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documento disponible en la intranet del hospital							
9		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP7. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto no se cuenta con trazabilidad de las fechas de ejecución, revisión y aprobación de los informes de calificación (diseño, instalación y operación) del sistema de producción de aire medicinal.	¿Por qué?: El formato del tercero contratado no cuenta con las fechas de ejecución, revisión y aprobación ¿Por qué?: Así lo tiene establecido el tercero contratado, sin embargo por parte del hospital no se le realizó esta exigencia al proveedor ¿Por qué?: No está documentado un seguimiento adecuado a	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia. Establecer que el cronograma de validación debe estar alineado al plan maestro de validación, adicionalmente establecer dentro de las actividades del Director técnico en el manual de garantía de calidad que anualmente se vea por la revisión del cumplimiento de la totalidad de los cronogramas establecidos para el cumplimiento de las BPM de aire medicinal	Actualizar los documentos O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL y O3AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA DE GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA BOGOTA	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Documento disponible en la intranet del hospital O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL O3AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA DE GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA BOGOTA y soportes socialización del	27/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documentos disponible en la intranet del hospital							
10		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP8. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto los datos presentados del registrador de la celda de CO no concuerdan con los datos presentados en la validación del analizador de CO en la fecha del 16 de enero de 2017.	¿Por qué?: No se evidencian los datos de la validación del CO en la memoria del registrador ¿Por qué?: Durante la realización de la prueba de acuerdo al protocolo del tercero contratado se realiza la desconexión del registrador, sin embargo el registrador desconectado genera una señal de cero ¿Por qué?: No se verificó y aprobó el protocolo del tercero contratado	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia. Realizar la validación de la técnica analítica nuevamente Previa a la validación del sistema de generación de aire medicinal y sistema de reserva, la Dirección Técnica en compañía de control de calidad y producción se aprobaron los protocolos a ejecutar por los terceros contratados	Actualizar el documento O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL y socialización del mismo	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Documento soporte de la validación de la técnica analítica el CO Documento disponible en la intranet del hospital O1AF01 MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD AIRE MEDICINAL y soportes socialización del	27/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documento disponible en la intranet del hospital							
11		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP9. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto las fechas de ejecución de la validación del manifiesto se realizó antes de la calificación de diseño del sistema, así mismo por cuanto la validación del manifiesto se realizó sin estar dicho sistema.	¿Por qué?: Así se determina, sin embargo este se debe realizar con datos reales y después de la calificación de diseño donde se dimensiona el sistema ¿Por qué?: Al realizar después de la calificación de diseño se garantiza que el sistema está calificado para poder retirar el sistema de	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia. Incluir en el plan maestro de validaciones prueba de reto al manifiesto y orden cronológico de las calificaciones y validación	Actualizar el documento O3AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA DE GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA BOGOTA	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Documento disponible en la intranet del hospital O3AF11 PLAN MAESTRO DE VALIDACION SISTEMA DE GENERACION Y SISTEMA DE RESERVA BOGOTA y soportes socialización	27/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documento disponible en la intranet del hospital							
12		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP12. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto se evidenció que no se realiza seguimiento diario a las condiciones de operación del sistema de producción de aire medicinal, según se establece en los procedimientos internos.	¿Por qué?: está documentado que se realiza registro diario de controles en proceso, sin embargo esto no se está cumpliendo ¿Por qué?: se evidenció que los frías de semana no hay registros de controles en proceso ¿Por qué?: no hay capacitación del personal químico farmacéutico que esta de turno los	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia. Realizar registro diario de las condiciones de operación del sistema de producción de aire medicinal, conforme esta documentado, para esto se deberá capacitar a los profesionales químicos farmacéuticos que están de turno los frías de semana	Socializar a todos los profesionales químicos farmacéuticos el diligenciamiento del formato O3AF02 CONTROLES EN PROCESO SISTEMA COMPRESOR DE AIRE	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Formato de socialización del formato O3AF02 CONTROLES EN PROCESO SISTEMA COMPRESOR DE AIRE a los todos los químicos farmacéuticos	29/06/2017	29/06/2017	Químico Farmacéutico Jefe de Producción gases medicinales	Objetivo específico: Capacitar los profesionales químicos farmacéuticos en el diligenciamiento del formato O3AF02 CONTROLES EN PROCESO SISTEMA COMPRESOR DE AIRE							

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FOLIO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Reaga	Clase	Voluntad	Tasa																
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	13	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP14. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto en la lista de asistencia de la capacitación técnica de producción de aire medicinal, no se evidenciaron las evaluaciones a Gisela Mora y Fabián Mateus quienes firman como asistente, así mismo por cuanto no se realizaron capacitaciones en el año 2015.	¿Por qué? en su momento los dos funcionarios faltantes de evaluación debieron ocuparse en actividades del servicio farmacéutico y luego no se garantizó su evaluación ¿Por qué? no se realizó una revisión posterior de que todos los registrados en la socialización realizaron la evaluación ¿Por qué? No se realizó un seguimiento	COMPETENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	En caso de que se aplique una evaluación a un capacitado o socialización realizada se deberá garantizar que todos los asistentes a la misma la realicen	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Actualizar el documento 01AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES Realizar la evaluación de la socialización de producción de aire medicinal al personal faltante (Gisela Mora y Fabián Mateus)	Documento disponible en la intranet del hospital 1AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES y soportes socialización Soportes de evaluación al personal faltante (Gisela Mora y Fabián Mateus)	28/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documento disponible en la intranet del hospital							
	14	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	OP15. Ajustar a la realidad el cargo del Jefe de Control y Garantía de calidad en el Organigrama del Proceso de aire medicinal.	¿Por qué? En el manual de funciones del personal principal de gases medicinales se evidenció que no es clara la realidad del cargo del Jefe de Control y Garantía de calidad en el Organigrama del Proceso de aire medicinal ¿Por qué? En una parte del documento se menciona como Jefe de control de calidad y en otras como jefe de garantía de calidad ¿Por qué? La realidad es que el cargo es jefe de control y garantía de calidad. Y en su momento no hubo una redacción clara	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Documentar adecuadamente la realidad del cargo del Jefe de Control y Garantía de calidad	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Actualizar el documento 01AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES	Documento disponible en la intranet del hospital 1AF03 MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL PRINCIPAL DEL AREA DE GASES MEDICINALES y soportes socialización	28/06/2017	30/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Documento disponible en la intranet del hospital							
	15	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Observación 3. Aclarar y tomar las acciones correctivas por incumplir los requisitos de ingreso al área de producción (ingreso con cadena).	¿Por qué? Uno de los integrantes del personal principal de gases medicinales ingreso al área con una cadena ¿Por qué? El personal principal no se percato de que llevaba puesta la cadena ¿Por qué? Los nervios de la auditoria evitan que se ejecutara el procedimiento	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Resocialización de protocolo de ingreso al área al personal principal del sistema de generación de aire medicinal	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Resocialización de protocolo 03AF01 INGRESO Y EGRESO AL AREA DE GASES MEDICINALES	Formato de socialización de protocolo 03AF01 INGRESO Y EGRESO AL AREA DE GASES MEDICINALES y evaluación de la misma	28/06/2017	29/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Resocialización de protocolo 03AF01 INGRESO Y EGRESO AL AREA DE GASES MEDICINALES							
	16	AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Observación 12. Aclarar y tomar las acciones correctivas por cuanto en los registros de recepción de tubos colométricos indican temperaturas superiores a las especificadas en algunos tubos colométricos ≤10°C	¿Por qué? Se evidenció que en el formato recepción de tubos colométricos la especificación indica menor a 25°C, sin embargo no hay una especificación por cada tubo ¿Por qué? Porque se contemplaron las condiciones de almacenamiento en las fichas técnicas y no en el documento de recepción ¿Por qué? Porque se estimaba en el momento que una temperatura inferior a los 10 grados se encontraba en el rango	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Modificación del formato de recepción técnica de reactivos, en donde se especifiquen los rangos de temperatura a los que se debe recibir	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Modificar formato 05AF30-V2 RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS con las especificaciones técnicas de temperatura	Formato disponible en la intranet del Hospital	29/06/2017	29/06/2017	Químico Farmacéutico	Objetivo específico: Formato disponible en la intranet del Hospital							
17	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	Ausencia de Kit de derrames de Medicamentos en la Farmacia y los Servicios	¿Por qué? En algunos servicios no conocen la ubicación ni el manejo del Kit de derrames ¿Por qué? No hay adherencia al protocolo desplegado en el 2016 ni identificación plena del KIT ¿Por qué? Rotación del personal y no hay	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Dar cumplimiento efectivo a lo establecido en la resolución 2004 de 2014: "Cuenta con el paquete de derrames de derrames y nuplas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización"	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Realizar inventario de los kits en todos los servicios y Farmacias del HUS 2. Identificar la ubicación de los kits y entregarlos en los servicios que haga falta 3. Socializar el protocolo de manejo de derrames 03AF43 a proceso de Hotelaria y a los servicios asistenciales 4. Realizar cronograma de capacitación continuada de periodicidad semestral	1. Soporte de verificación del inventario 2. Registro de entrega 3. Formato de Socialización 4. Cronograma de Capacitación	01/09/2017	30/11/2017	Químico Farmacéutico	Kit de derrames disponible en las farmacias y en los servicios de enfermería								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA											DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA											RESULTADOS			SEGUIMIENTOS					
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TERMINACION (MES/AÑO)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Requis	Objet	Volunt	Rec																
18		AUDITORIA EXTERNA EPS	#####	Establecer y documentar la periodicidad de las revisiones del kit de violencia sexual y kit de emergencia obstetrica de urgencia en el que se incluye el control de las fechas de vencimiento. Y contar con soporte de las revisiones realizadas	¿Por qué? No se cuenta con soporte de revisiones del kit de violencia sexual y el formato de revisión del kit de emergencia obstetrica no está codificado ¿Por qué? Si bien el kit de emergencia obstetrica se revisa trimestralmente y el kit de violencia sexual mensualmente, no hay un control ¿Por qué? No se tiene estandarizado un control que garantice la	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Seguro	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Establecer un control periodico de revisión de los kit de emergencia obstetrica y kit de violencia sexual	5	5	5	123	No hay	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Codificar el formato de revisión del kit de emergencia obstetrica 2. Actualizar el formato de kit de violencia sexual de acuerdo al instructivo del ministerio 3. Desplegar y controlar la periodicidad de revisión	1. Formato de revisión de kit de emergencia obstetrica codificado y publicado en la Intranet 2. Formato de revisión de kit de violencia sexual actualizado y codificado en la intranet 3. Capacitar al personal de urgencias para que realice el control mensual en el formato de revisión de kit de violencia sexual y socializar el formato codificado de kit de emergencia obstetrica	01/09/2017	30/11/2017	Químicos farmacéuticos	% de adherencia al protocolo Meta: 50%							
19		AUTOCONTROL	#####	Algunos procesos, procedimientos y formatos están desactualizados	¿Por qué? Se requiere alineación al nuevo mapa de procesos																									
20		AUDITORIA INTERNA HSE	#####	7.1 Aunque el proceso tiene definidos los procedimientos dentro de la caracterización, algunos no se encuentran documentados Evidencia: En el documento D0AF01-VI "CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA" se tiene estipulado la actividad farmacológica, la actualización procedimiento recepción técnica (Inferos devoluciones)	¿Por qué? Se requiere todo el proceso de Atención Farmacéutica en el Modelo de Red Departamental. ¿Por qué? Falta el 25% de la reingeniería del proceso	CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Finalizar con la reingeniería del proceso de atención farmacéutica de acuerdo a la nueva caracterización.	5	5	3	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar la caracterización del proceso y el procedimiento de ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES 2. Documentación en la Intranet 3. Listado de asistencia de socialización de documentación	1. Documentación en la Intranet 2. Listado de asistencia de socialización de documentación	01/09/2017	30/11/2017	Químico farmacéutico	Documentos Disponibles en la Intranet actualizados							
21		OTRAS	#####	Actualizar procedimiento recepción técnica (Inferos devoluciones)																										
22		SEGURIDAD DEL PACIENTE	#####	87 y 88. NEONATOS. Reacción Adversa a Nutrición Parenteral	¿Por qué? Atribuye a los componentes de la mezcla a estado de la venta del catéter central al proceso de atención hospitalaria (Formulación y Administración) ¿Por qué? Se realizó análisis con metodología ANCLA del caso dejando en evidencia	SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Solicitar a la Empresa Unidosis análisis de desviaciones en el marco de Buenas Prácticas de Elaboración (que incluye plan de mejora) Realizar Auditoría por parte del interventor del contrato a la Empresa Unidosis para verificar el cumplimiento del mis	5	5	3	75	No hay	OP	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	Solicitar a la Empresa Unidosis análisis de desviaciones en el marco de Buenas Prácticas de Elaboración (que incluye plan de mejora)	Respuesta por parte de la empresa Unidosis en donde se evidencie el análisis de las desviaciones	01/09/2017	30/11/2017	Químico Farmacéutico líder de proceso Atención Farmacéutica	Número de RAMA asociadas a nutriciones parenterales Meta: 0							
23		ACREDITACION	#####	El Documento de Uso Prudente de Antibióticos en el HUS no es conocido por todo el personal que requiere conocerlo ¿Por qué? Falta de socialización del documento Uso prudente de antibióticos ¿Por qué? El documento se encuentra desactualizado ¿Por qué? Falta complementar el grupo interdisciplinario de Infectología mediante la articulación con el servicio	¿Por qué? Falta de socialización del documento Uso prudente de antibióticos ¿Por qué? El documento se encuentra desactualizado ¿Por qué? Falta complementar el grupo interdisciplinario de Infectología mediante la articulación con el servicio	SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Actualización, articulación, socialización e implementación del documento uso prudente de antibióticos (Manual de antibióticos)	5	5	5	123	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Socializar al personal Médico el "VIGILANTE" MANUAL DE USO PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIMICÓTICOS EN EL HUS 2. Medir adherencia al Manual	1. Registro de las socializaciones 2. Registro de medición de adherencia al Manual	01/09/2017	30/11/2017	Químico farmacéutico líder de proceso Atención Farmacéutica	% de adherencia al protocolo Meta: 50%							
24		INDICADORES DE GESTIÓN	#####	El indicador de % entregas perfectas para el primer trimestre de 2016 tuvo una disminución abrupta ubicándose en el 0% para el mes de marzo de 2016 ¿Por qué? Ningún proveedor cumplió con todos los requerimientos exigidos para realizar una entrega perfecta, los cuales son que lleguen a la hora específica, conforme al cronograma, cumplí con los requerimientos de facturación, certificados de calidad, producto completo, producto en buen estado. ¿Por qué? Hubo solicitudes de las convocatorias de las vigencias 2016 en las que los porcentajes de productos farmacéuticos desiertos ha sido muy ¿Por qué? La persona encargada de gestionar las novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos y dispositivos médicos, no cuenta con el tiempo necesario para realizar estas funciones ¿Por qué? Esta persona no tiene exclusividad en	¿Por qué? Ningún proveedor cumplió con todos los requerimientos exigidos para realizar una entrega perfecta, los cuales son que lleguen a la hora específica, conforme al cronograma, cumplí con los requerimientos de facturación, certificados de calidad, producto completo, producto en buen estado. ¿Por qué? Hubo solicitudes de las convocatorias de las vigencias 2016 en las que los porcentajes de productos farmacéuticos desiertos ha sido muy ¿Por qué? La persona encargada de gestionar las novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos y dispositivos médicos, no cuenta con el tiempo necesario para realizar estas funciones ¿Por qué? Esta persona no tiene exclusividad en	SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Replantear el indicador y documentarlo en la caracterización del proceso	5	5	3	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Replantear el indicador en la caracterización del proceso 2. Documentar el indicador en la caracterización del proceso	1. Indicador replanteado en el TUCI 2. Caracterización actualizada en la intranet	01/09/2017	30/11/2017	Químico farmacéutico líder de proceso Atención Farmacéutica	% de entregas perfectas Meta: Mayor o igual al 40% para el segundo semestre de 2016							
25		INDICADORES DE GESTIÓN	#####	El indicador de % Porcentaje de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos para el periodo Enero-Mayo de 2016 se ubico en el 31% muy alejado de la meta, la cual es mayor o igual al 90% Y el indicador de Porcentaje de gestión	¿Por qué? La persona encargada de gestionar las novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos y dispositivos médicos, no cuenta con el tiempo necesario para realizar estas funciones ¿Por qué? Esta persona no tiene exclusividad en	SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Replantear el indicador y documentarlo en la caracterización del proceso	5	5	3	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Replantear el indicador en la caracterización del proceso 2. Documentar el indicador en la caracterización del proceso	1. Indicador replanteado en el TUCI 2. Caracterización actualizada en la intranet	01/09/2017	30/11/2017	Químico farmacéutico líder del proceso de Atención Farmacéutica	% de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos % de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a dispositivos médicos Meta: Mayor o igual al 90%							

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Regra	Clase	Volumen	Tasa												SEGUIMIENTO 1. TECNICO			
26		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Algunos documentos de gases medicinales se encuentran desactualizados Se evidencia uso de formato obsoleto para el registro de la inspección del área de producción de gases medicinales y el registro de limpieza de equipos. La farmacosas referenciada en 1	¿Por qué? La normativa internacional de referencia tiene nuevas versiones y el HUS le asigna o no tiene Unidades Funcionales frecuentemente ¿Por qué? Actualmente cambia la normativa internacional y el HUS se no cuenta con la Unidad Funcional Giradot	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Revisión de todos los documentos de gases medicinales y actualización de los que haya lugar	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Revisión de todos los documentos de gases medicinales y actualización de los que se requieran	Documentos en la Intranet actualizados	30/04/2017		Químicos farmacéuticos Gases Medicinales	Número de documentos actualizados en la Intranet / Número de documentos que requieren actualización Meta: 100%						
27		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Calificación: No hay calificaciones vigentes de diseño, instalación, operación y desempeño. Validaciones No hay validaciones del sistema de aire medicinal vigentes	¿Por qué? No había mantenimiento de equipos vigente ¿Por qué? No había control para la realización del mantenimiento ¿Por qué? No hubo seguimiento a la solicitud de contratación	CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Validación del sistema de producción de aire medicinal	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Realizar seguimiento a la solicitud de contratación de mantenimiento para su suscripción Contratar al proveedor para la realización de las validaciones que incluyen las calificaciones Validar el sistema de producción de aire medicinal	Informes de validación del sistema de producción de aire medicinal	28/02/2017		Químicos farmacéuticos Gases Medicinales	sistema de producción de aire medicinal validado Meta: 1 sistema de producción de aire medicinal validado						
28		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Autospección y Auditorías de Calidad No se evidencia seguimiento para verificar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas en respuesta a las observaciones de las auto inspecciones. No se observa seguimiento a las desviaciones encont	¿Por qué? Se encontraron hallazgos sin seguimiento ¿Por qué? No se estaban realizando Planes de Mejora en el PUMP de Atención Farmacéutica ¿Por qué? No se estaban realizando Planes de Mejora en el PUMP de Atención Farmacéutica	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Incluir las acciones de mejora de gases medicinales en el PUMP de Atención Farmacéutica Dar cumplimiento al protocolo de Auditoría a Proveedores	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Incluir las acciones de mejora de gases medicinales en el PUMP de Atención Farmacéutica Realizar auditoría de calidad a proveedores conforme al cronograma	Acciones de mejora incluidas de gases medicinales en el PUMP de Atención Farmacéutica Informe de auditoría de calidad a proveedores conforme al cronograma	15/12/2016		Químicos farmacéuticos Gases Medicinales (Proveedor de Gases Medicinales) Lider de Gestión de la Infraestructura (Proveedores de Mantenimientos de equipos,	Número de acciones de mejora de gases medicinales / Número de acciones de mejora de gases medicinales incluidas en el PUMP *100 Meta 100%						
29		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Personal El programa de Salud Ocupacional no incluye el área de Gases medicinales. Las capacitaciones no se realizan de manera continuada ni se evalúa su efectividad de manera periódica. No se cuenta con cartiles alusivos en áreas de lavados de ma	¿Por qué? a. Falta cronograma de capacitación continuada en el proceso de gases medicinales No esta incluido el área de gases medicinales en el programa de Salud Ocupacional ¿Por qué? a. No estaban incluidas las capacitaciones del proceso de gases	COMPETENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	capacitación continuada del personal del proceso de Atención Farmacéutica sobre Gases Medicinales Inclusión del área de gases medicinales al programa de Salud Ocupacional	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Articular el área de gases medicinales con el programa de salud ocupacional Incluir las capacitaciones de gases medicinales en el cronograma de capacitación continuada del proceso de atención Farmacéutica Evaluar la efectividad de manera periódica Solicitar al área administrativa de cartiles	Documento de Salud Ocupacional que contemple el área de gases medicinales Soportes de socialización y evaluación Solicitud al área administrativa de cartiles	15/12/2016		Químicos farmacéuticos Gases Medicinales	0						
30		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Instalaciones. El vestidor presenta comunicación directa con las áreas de producción. No se evidencia registro de control y medición de temperatura. Se observa que en algunas partes de los pisos se encuentran deterioradas tanto en el área de prod	¿Por qué? No se han realizado los mantenimientos y las adecuaciones de infraestructura requeridas ¿Por qué? Se le ha solicitado por diferentes médicos a Gestión de la Infraestructura estas adecuaciones, pero no han realizado las obras requeridas	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Mantenimientos y adecuación de infraestructura a las diferentes áreas de gases medicinales	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Informe al Líder del proceso Gestión de la Infraestructura sobre las adecuaciones físicas que se requieren en las áreas de gases medicinales Seguimiento del cumplimiento de las adecuaciones físicas	Evidencia de Informe enviado al Líder del proceso Gestión de la Infraestructura sobre las adecuaciones físicas que se requieren en las áreas de gases medicinales Evidencia Fotográfica de las adecuaciones físicas	15/12/2016		Químicos Farmacéuticos Gases Medicinales Lider de Gestión de la Infraestructura	0						
31		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	Equipos No se cuenta con la calibración de los equipos requeridos para controlar la producción. No se realizan las pruebas hidrostáticas y/o hidráulicas a las líneas de abastecimiento, tuberías y conexiones, ni se verifica de forma periódica la ter	¿Por qué? No se había evidenciado que no se estaban realizando los mantenimientos y calibraciones ¿Por qué? No se han realizado los mantenimientos y calibraciones respectivas ¿Por qué? No se le ha solicitado al área respectiva las calibraciones	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar pruebas hidrostáticas y/o hidráulicas de tuberías y conexiones. Realizar ajuste de alarmas. Contar con termohigómetros y manómetros calibrados. Solicitud de calibración para termohigómetros y manómetros	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Solicitud de pruebas hidrostáticas y/o hidráulicas de tuberías y conexiones Soporte de mantenimiento de alarmas realiado Solicitud de calibración para termohigómetros y manómetros	Soporte de pruebas hidrostáticas y/o hidráulicas a tuberías y conexiones realizadas. Soporte de mantenimiento de alarmas realiado Solicitud de calibración para termohigómetros y manómetros	31/10/2016		Químicos Farmacéuticos Gases Medicinales Lider de Gestión de la Infraestructura Lider de Gestión de Tecnología Biomédica	0						
32		AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	No se encuentra incluido en el PGRS el manejo de material de desecho (tubos colorímetros).	¿Por qué? No se había evidenciado que no se encontraba incluido en el PGRS el manejo de material de desecho (tubos colorímetros). ¿Por qué? No se tiene documentado en el PGRS el como debe hacerse el desecho de tubos colorimétrico	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Incluir en el PGRS el manejo de material de desecho (tubos colorímetros) del área de gases medicinales	5	3	5	75	No hay	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Solicitud al proceso de Hotelería Hospitalaria la inclusión en el PGRS el manejo de material de desecho (tubos colorímetros).	Soporte de solicitud de inclusión en el PGRS el manejo de material de desecho (tubos colorímetros).	15/11/2016		Químicos Farmacéuticos Gases Medicinales Lider de Hotelería Hospitalaria	0						

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS								
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUARÁ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO		
											Reaga	Cons	Volunt	Terce												Avance	Avance	Avance	Avance	Avance	Avance
3		AUTOCONTROL	#####	Cambio de caracterización Actualización de procedimientos	1. ¿Por qué? Los documentos actuales procedimientos tienen vigencia de dos años los cuales se terminan en junio de 2015. 2. ¿Por qué? es necesario revisar y actualizar los pesos necesarios para llevar las adquisiciones de bienes y servicios. 3. ¿Por qué? es necesario actualizar los procedimientos los cuales se deben actualizar cada dos años.	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Reingeniería del proceso de gestión de bienes y servicios de acuerdo a la nueva caracterización. 2. Socialización de los procedimientos.	5	5	5	100	Resistencia a la implementación de los nuevos procedimientos	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Revisar y documentar los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios de acuerdo a la caracterización del área. 2. Socializar los procedimientos documentados al personal que los va usar.	1. procedimientos a probados y publicados en la intranet. 2. Registro de socialización.	01/01/2017	31/12/2017	Subdirector de Compras y contratación financiera	Porcentaje de procedimientos actualizados y socializados del proceso Meta: 100%								
4		AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	#####	No se cumplen las disposiciones establecidas respecto a la periodicidad de la reevaluación de los proveedores. Evidencia: El proveedor de mantenimiento correctivo y preventivo para equipo Tomografía General Electric (Contrato No.0396 de 2014 Duración 12 meses) no fue reevaluado cada cuatro (4) meses, incumpliendo lo dispuesto en el documento 02SU08 V3 'Procedimiento Reevaluación de Proveedores'.	1. La institución definió que los contratos de proveedores tendrán una vigencia hasta el 31 de diciembre, pero los contratos de mantenimiento para poder garantizar la continuidad de servicio en la vigencia se dejaron a 12 meses. 2. No se contemplaron las vigencias definidas al momento de realizar la evaluación y reevaluación de proveedores.	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	1. Actualizar, socializar e implementar el procedimiento de evaluación de proveedores	5	3	5	75		AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Actualizar procedimiento 02SU08 V3 Reevaluación de Proveedores definiendo la periodicidad y controles, para la evaluación y reevaluación de proveedores. 2. Socializar e implementar el procedimiento de evaluación de proveedores a los colaboradores del proceso de Gestión de Bienes y servicios así como los Supervisores enfatizando en la periodicidad con que se deben realizar. 3. Verificar por medio del sistema de información que contemple la información definida para la generación de	procedimiento disponible en la intranet del HUS. Formato de socialización diligenciado por los supervisores de los contratos. Evaluaciones realizadas	01/01/2017	31/12/2017	Subdirector de Compras y contratación financiera	Adherencia al procedimiento de evaluación de proveedores Meta: 100%								
5		GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Demora en la legalización del contrato	1. ¿Por qué? Demora firma del contratista y supervisor del contrato. 2. ¿Por qué? No hay tiempos estipulados para las firmas de los contratos. 3. ¿Por qué? No hay un procedimiento que determine los tiempos para las firmas de los contratos y tampoco se está llevando registro	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	1. Documentar, desplegar, implementar procedimiento de elaboración de contratos donde se estipulen los tiempos de firmas y un formato para hacer seguimiento a los tiempos de elaboración de contrato	5	5	5	100				1. Documentar el procedimiento de elaboración de contratos, en el cual se estipule los tiempos para las firmas de los contratos. 2. Socializar el procedimiento a los responsables de los contratos. 3. Implementar el procedimiento de elaboración de contratos	procedimiento disponible en la intranet del HUS. Formato de socialización diligenciado por los supervisores de los contratos. Evaluaciones realizadas	01/01/2017	31/12/2017	Subdirector de Compras y contratación financiera	Adherencia al procedimiento de elaboración de contratos								
6		GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	1. ¿Por qué? falencias en el sistema de control de inventarios. 2. ¿Por qué? Falta de entrenamiento en manejo del sistema por parte de los funcionarios. 3. ¿Por qué? El procedimiento existente actualmente no es claro en cuanto al manejo de los inventarios	CONTINUIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	1. Actualizar el procedimiento de gestión y control del almacén. 2. Socializarlo.	5	5	3	75		AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	Actualizar procedimiento de gestión y control del almacén. Socializar procedimiento de gestión y control del almacén. Implementar el procedimiento	Procedimiento disponible en la intranet Formatos de socialización diligenciado por el equipo de colaboradores que hacen parte del almacén	01/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso gestión de bienes y servicios	1 procedimiento disponible en la intranet								
7		GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Direccionamiento de mercadería y/o laboratorios en momento de las convocatorias sin la justificación técnica u el previo soporte técnico con el fin de obtener contraprestaciones para los profesionales	1. ¿Por qué? Entreda de dades por parte del proveedor. 2. ¿Por qué? Falta de especificaciones técnicas claras. 3. ¿Por qué? Falta de claridad en el diligenciamiento en los estudios previos	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Realización de los estudios previos y las convocatorias de muestras para contar la ficha técnica, de acuerdo al procedimiento establecido en el hospital	5	5	3	75		AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Estudios previos por cada solicitud de compra con el visto bueno de la gerencia. 2. Realizar reuniones del comité de compras para recomendar la adjudicación de compras por convocatoria o para resolver las quejas por parte de los proponentes	Estudios previos realizados por cada proceso de contratación. Actas de comité para cada convocatoria	01/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso gestión de bienes y servicios	# total de estudios previos realizados con visto bueno de la gerencia / # total de procesos de contratación								
8		GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Mala descripción del insumo o servicio																											
10		GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Supervisión no adecuada que permita omitir sanciones a contratistas /supervisión legal	1. ¿Por qué? falta de conocimiento en cuanto al objeto propio de la supervisión. 2. ¿Por qué? No contar con el perfil profesional para poder dar conceptos propios del contrato. 3. ¿Por qué? Falta de descripción de actividades que detallan los pasos para llevar acabo una adecuada supervisión	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Actualizar procedimiento de ejecución contractual	4	4	3	48	No se auditan los informes de supervisión	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Actualizar procedimiento Socializar procedimiento Realizar informes de supervisión Auditar informes de supervisión	1. Procedimiento disponible en la intranet del hospital. 2. Formatos de socialización del procedimiento a los supervisores de contrato. 3. Informes de supervisión. 4. Informe de auditoría	01/01/2017	31/12/2017	Lider de proceso gestión de bienes y servicios	# total de informes de supervisión / # total de pagos realizados en virtud del contrato # de Informes de supervisión mal elaborados / # total de informes de supervisión auditados									

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Riesgo	Costo	Voluntad	Tiempo															
T O N D E B I E N E S Y S E R V I C I O S	11	AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	2. No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas. Incumpliendo el requisito 7.5.1 de la Norma ISO 9001:2008 Evidencia: No se evidencia el mapa de riesgos que incluya la identificación de los riesgos y los controles establecidos para prevenir su ocurrencia vigencia 2016	Por qué 1: No claridad en el diligenciamiento de la matriz de riesgos Por qué 2: Cambio de formato de matriz de riesgos 2016 Por qué 3: Se incluyeron nuevos criterios en la matriz de gestión del riesgo	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Capacitación a líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo	5	5	5	100	No se genere cultura de gestión del Riesgo.	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	Solicitar a gestión de la calidad la capacitación en el diligenciamiento de la matriz de gestión del riesgo Documentar mapa de riesgos vigencia 2016 del proceso.	Registro de socialización en el diligenciamiento de la matriz de gestión del riesgo. Mapa de riesgos vigencia 2016 disponible en la Intranet	01/01/2017	31/12/2017	Líder de proceso gestión de bienes y servicios	Porcentaje de cultura de gestión del riesgo Meta: Aumento 5% sobre el valor del periodo anterior						
	12	AUDITORIA INTERNA HSEO	#####	No se cumplen con métodos apropiados para el seguimiento y medición del proceso incumpliendo el requisito 8.2.3 de la Norma ISO 9001:2008 Evidencia: No se encuentran definidos los indicadores de impacto (oportunidad del suministro de bienes y servicios) del proceso que permitan medir y analizar la gestión del mismo que facilite la toma de decisiones	1. ¿Por qué? No se ha identificado la necesidad de medir la oportunidad en el suministro de bienes y servicios. 2. ¿Por qué? Se tenía la confusión en cuanto a la medición de indicador. 3. ¿Por qué? Dentro del proceso no se contemplaba la importancia de la oportunidad y no se había tenido ningún inconveniente frente a la oportunidad de las adquisiciones.	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Documentar, socializar y analizar los resultados del indicador de oportunidad.	3	5	5	75	No se realice la recolección de los datos por parte de los encargados de estos	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	documentar indicador de oportunidad en el suministro de bienes y servicio de manera desagregada, por tipo de proceso de selección socializar el resultado y análisis del indicador en el comité directivo ampliado.	indicador en el tablero único de control de indicadores (tu). Listado de asistencia al comité directivo ampliado del mes de agosto de 2016 y informe de gestión con el análisis del indicador.	01/01/2017	31/12/2017	Líder de proceso gestión de bienes y servicios	Oportunidad en el suministro de bienes y servicios Meta: 15 días						
	1	ACREDITACION	ENERO 15 DE 2015	Contar con una herramienta para evaluar la rentabilidad por proceso	1. Por qué la información de rentabilidad del Hospital se consolida periódicamente a través de los costos contables? 2. Por qué esta información se consolida en contabilidad y se socializa en comité de sostenibilidad y en algunas áreas? 3. Por qué se implementó una herramienta para control de indicadores pero se priorizaron los que corresponden al área asistencial y estas es	1. Por qué la información de rentabilidad del Hospital se consolida periódicamente a través de los costos contables? 2. Por qué esta información se consolida en contabilidad y se socializa en comité de sostenibilidad y en algunas áreas? 3. Por qué se implementó una herramienta para control de indicadores pero se priorizaron los que corresponden al área asistencial y estas es	EFECTIVIDAD	Gestión de la Tecnología	Maparamiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recuento de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita revertir.	Generación del informe de costos por proceso. (Medio)	5	5	5	100	Supresión de servicios por desahorro financiero (Mayor el costo-gasto que el ingreso que genera el servicio).	OP	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Consolidar un cuadro de Costos y Gastos, facturación, y proyección de costos y gastos. 50% 2. Solicitar a Estadística el cargue del cuadro de Costos y Gastos e Ingresos por Proceso en la base de datos oficial 10% 3. Estadística cargará este cuadro de Costos y Gastos e Ingresos por Proceso en la base de datos oficial y verificará que no tenga errores y se encargará de que siga automáticamente los indicadores con procesos. 40%	1. Un (1) Cuadro de costos y gastos, facturación y proyección de costos y gastos elaborado (Semestral). 2. Un (1) Comunicación con solicitud realizada al área de Estadística. 3. Un (1) Pantallazo con el cuadro de costos y gastos cargados a una (1) hoja de captura de datos de la intranet.	15/01/2015	31/12/2017	Director proceso de Gestión Financiera Profesional en misión costos subcontrato de contabilidad Líder de Estadística	Información Disponible en el TUCI de cada uno de los procesos del Hospital que Generan Producción.					
2	AUDITORIA CONTROL INTERNO	Febrero 14 de 2017	Realizar arqueos a todas las cajas de la E.S.E. incluyendo las cajas menores.	1. Por qué los arqueos de caja se han venido haciendo pero solo en las cajas del Hospital? 2. Por qué en las cajas del Hospital se maneja dinero en efectivo con entradas y salidas a diario y en las demás cajas (cajas menores) no? 3. Por qué no hay una directriz clara para efectuar arqueos permanentes a todas las cajas del Hospital?	1. Por qué los arqueos de caja se han venido haciendo pero solo en las cajas del Hospital? 2. Por qué en las cajas del Hospital se maneja dinero en efectivo con entradas y salidas a diario y en las demás cajas (cajas menores) no? 3. Por qué no hay una directriz clara para efectuar arqueos permanentes a todas las cajas del Hospital?	SEGURIDAD	Proceso de Transformación Cultural permanente	Seguro	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recuento de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita revertir.	Efectuar arqueos selectivos permanentes a las cajas y cajas menores de la E.S.E. (Medio)	3	5	3	45	Pérdida de dinero en el recuento de las cajas de la E.S.E.	AC	OTRA	1. Realizar arqueos selectivos permanentes a las cajas y cajas menores de la E.S.E.	1. Documento de los arqueos a cajas y cajas menores efectuados durante el año.	14/02/2017	31/12/2017	Líder área de tesorería	Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la institución.						
3	AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016 / Febrero 14 de 2017 / Junio 7 de 2017	a) El mapa de riesgos del proceso contable debe contener la identificación de los riesgos reales del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. b) En los riesgos de los procesos institucionales y puntualmente los riesgos del proceso contable de la E.S.E., al identificarse y realizar la construcción el mapa de riesgos: los directos responsables del proceso y los facilitadores deberán tener muy claro para no confundir las causas y efectos con los riesgos del proceso. c) Si bien es cierto el proceso contable no está identificado en el acto administrativo de los procesos institucionales, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo adoptado mediante actos administrativos No. 373 y 385 de 2016, para lo cual la gestión del riesgo del proceso contable es inminente e inmodificable.	1. Por qué el proceso de identificación de riesgos dando la metodología de priorización de riesgos por procedimiento? 2. Por qué se determinó para cada uno la probabilidad de ocurrencia de eventos que se puedan presentar y efectos a la entidad? 3. Por qué esta es la metodología que se sigue actualmente para la identificación de riesgos?	1. Por qué el proceso de identificación de riesgos dando la metodología de priorización de riesgos por procedimiento? 2. Por qué se determinó para cada uno la probabilidad de ocurrencia de eventos que se puedan presentar y efectos a la entidad? 3. Por qué esta es la metodología que se sigue actualmente para la identificación de riesgos?	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recuento de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita revertir.	Identificación de riesgos inherentes al proceso de gestión financiera aplicando la metodología actualizada (Documentado- Desplegado).	5	3	5	75	Inexistencia y/o desactualización en los controles para mitigar riesgos en el proceso de Gestión Financiera	AC	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Identificar e incluir dentro de la matriz de riesgo del proceso de gestión financiera los riesgos inherentes a este.	1. Matriz de riesgo actualizada y publicada en el sistema de gestión documental	14/02/2017	30/09/2017	Director proceso de Gestión Financiera	Identificar los riesgos inherentes al proceso de gestión financiera para responder con medidas efectivas para su manejo.						

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FOLIO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (d/m/año)	FECHA DE TERMINACION (d/m/año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Regra	Cont	Volunt	Tras																
4		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Febrero 14 de 2017	a) Elaborar los procedimientos del proceso contable que no se encuentran establecidos (procedimiento de arqueo a los recursos públicos, procedimiento de conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos, custodia de títulos valores). b) El proceso de gestión financiera no asocia en ninguno de los procedimientos el tratamiento que debe darse a los activos intangibles. c) Se evidenció en los activos intangibles una diferencia en la cuenta 17007 fiancias de \$710.355.903,53 diferencia que no se pudo establecer a que corresponde.	1. Porqué para la elaboración de los procedimientos se priorizan las actividades principales del proceso? 2. Porqué en el proceso de gestión financiera confluyen varias áreas contables, cuentas por pagar, presupuestos, costos y tesorería, de las cuales se identifican las actividades que se llevan a cabo con mayor frecuencia? 3. Porqué con aquellas actividades que no se realizan con mucha frecuencia se referenciaba el procedimiento de acuerdo al marco normativo que le corresponde a la entidad?	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Elaboración y ajuste de procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería para incluir arqueo a los recursos públicos, conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos y custodia de títulos valores y contable para el tratamiento activo de intangibles incluyendo la conciliación entre sistemas y contabilidad (Implementado).	5	3	3	45	Definición parcial de los procedimientos asociados al proceso de gestión financiera	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Revisar y reajustar procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería (autorizaciones para manejo de dineros públicos y custodia de títulos valores). 2. Elaborar procedimientos que se consideren faltantes dentro del proceso de gestión financiera - tesorería (arqueo a los recursos públicos, conciliaciones diferentes a las bancarias) y tratamiento a los activos intangibles. 3. Avanzar en el proceso de conciliación de los saldos de activos intangibles con la contabilidad.	1. (8) procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería (OGF01-V1, O2GF04-V1, O2GF09-V1, O2GF11-V1, O2GF12-V1, O2GF13-V1) revisados y reajustados en lo que corresponde a autorizaciones para manejo de dineros públicos y custodia de títulos valores. 2. (3) procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería de arqueo a los recursos públicos, conciliaciones diferentes a las bancarias y tratamiento a los activos intangibles elaborados y publicados en el sistema de gestión documental. 3. Documento con avance en la conciliación de activos intangibles con la contabilidad.	14/02/2017	31/10/2017	Lider área de tesorería	Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso.							
5		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Febrero 25 de 2014 / Abril 27 de 2016	a) La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la cantidad y la clasificación de todos los hechos contables (financieros, económicos, sociales y ambientales) y procesamiento lo que corresponde al Grupo 16 - Propiedad, Planta y equipo, de las Cuentas 588 - Otros Gastos Ordinarios, Grupo 8 - Cuentas de orden deudoras, Grupo 9 - Cuentas de orden acreadoras. b) Se evidenció de forma parcial y/o ausente de los hechos, transacciones y operaciones en las cuentas de orden, algunas de ellas: procesos de responsabilidad en cabeza de funcionarios y/o servidores públicos, inventario de clasificados y vendidos (registro de medicamentos vendidos de Zupará y Digdig), bienes entregados en custodia y/o tenencia y bienes recibidos en garantía.	1. Porqué el sistema de información de la entidad tiene un módulo de contabilidad el cual le llega la información directamente desde otros módulos de gestión? 2. Porqué el sistema Dinámica General Hospitalera funciona de esta forma y los hechos que no necesariamente se registran por módulos en muchos casos no son contables? 3. Porqué no existen lineamientos frente a los pasos a seguir en el caso de aquellos hechos contables susceptibles de ser registrados y que no se ingresan directamente por algún módulo del sistema?	OPORTUNIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Seguro	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Comunicación dirigida a los procesos generadores de información a fin de solicitar que sea reportado todo hecho que afecte financieramente a la entidad a favor y en contra y el cual deba ser reconocido contable. (Documento- Desplegado).	3	5	3	45	Entrega de información parcial o sin el debido soporte documental para efectuar los registros contables	AC	ARTICULACIÓN	1. Elaborar y remitir una comunicación escrita dirigida a los líderes de los procesos administrativos y de apoyo solicitando el reporte oportuno de todo hecho económico que afecte financieramente a la entidad. 2. Hacer reunión para informar a la parte administrativa de la recomendación.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental ORFEC. 2. (1) Acta informado de la recomendación a la parte administrativa.	25/02/2014	31/08/2017	Subdirector de Contabilidad	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que le presentaran en los institucion.							
6		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	La guía adoptada contiene de manera general las políticas que serán aplicadas por la empresa de manera uniforme para todas las transacciones, hechos y operaciones similares. Sin embargo, considerando lo definido en el régimen de contabilidad y a partir de los aspectos contables, las reflexiones y la madurez de los profesionales con funciones contables de la entidad, en los casos específicos la entidad documenta una política definida, determinada e implementada para el reconocimiento de un hecho económico atendiendo las características de la información financiera. En aquellas políticas determinadas en la guía en donde una vez realizado su análisis, se determine su inaplicabilidad a las características de la información financiera será necesario aplicar un cambio a la política y documentarla.	1. Porqué la entidad debe tomar de manera particular los lineamientos del marco normativo que le aplicó de acuerdo a su actividad? 2. Porqué el marco normativo está permanentemente siendo actualizado de acuerdo a los fundamentos de doctrina pública contable? 3. Porqué el entorno actual presenta diferentes circunstancias por las cuales debe revisarse y replantearse la política para cumplir con las características de relevancia y representatividad del de la.	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Revisión y análisis para posibles ajustes de las guías de políticas contables en concordancia con el marco normativo y los procedimientos identificados en la entidad. (Documento- Desplegado)	3	3	5	45	Identificación incompleta de los aspectos relevantes que concierne la información financiera de la entidad	AC	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Analizar, revisar y ajustar de acuerdo con las características de la información financiera de la entidad, la guía de política contable en concordancia con el marco normativo y los procedimientos identificados en la entidad.	1. (1) Resolución de la Guía de política contable actualizada y publicada en la intranet.	27/04/2016	31/12/2017	Director Financiero Subdirector de Contabilidad	Considerar un documento de política contable institucional como una herramienta para el proceso de reconocimiento, medición, revelación y presentación de todos los hechos, operaciones y transacciones financieras, económicas, sociales y ambientales.							
7		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	a) El macro proceso institucional para el registro de todos los datos originados en los hechos económicos transacciones y operaciones que afectan la estructura financiera y económica de la E.S.S. Hospital Universitario de la Samaritana debería identificarse plenamente, permitiendo definir intenciones y prácticas que permitan desarrollar la Contabilidad pública de la entidad, ampliar los procesos de reconocimiento y revelación. b) Dar aplicabilidad a la totalidad de los procedimientos vigentes diseñados por la E.S.S. por la CGN. c) Crear directivos de carácter contable y vincularlos con para obtener contabilidad relevante y comprensible de la información que genera el sistema de contabilidad de la entidad. Entiendo de esta forma que la información carezca de objetividad, comparabilidad y efectividad con las políticas, métodos y procedimientos establecidos por la CGN.	1. Porqué los procedimientos se han definido en concordancia con la metodología definida en la entidad? 2. Porqué en los procedimientos contienen las actividades macro que corresponden a los riesgos? 3. Porqué las características de reconocimiento y relevancia se han definido de manera intrínseca dentro de cada una de las actividades?	CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Revisión y análisis para posibles ajustes de los procedimientos del proceso de gestión financiera en los aspectos de reconocimiento y revelación. (Implementado)	3	3	3	27	Definición parcial de los procedimientos asociados al proceso de gestión financiera	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Analizar, revisar y efectuar ajustes según corresponda de los procedimientos de gestión financiera en aspectos de reconocimiento y revelación.	1. (1) Acta de análisis y revisión de procedimientos del proceso de gestión financiera.	27/04/2016	31/10/2017	Director Financiero Subdirector de Contabilidad	Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso.							

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FOLIO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Regra	Clase	Nivel	Tray																
GESTIÓN FINANCIERA	8	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	En las conciliaciones bancarias las partidas en activo y/o pasivo contienen acciones de mejora permanente, para disminuir estos valores, haciendo siempre la oportunidad y/o perfeccionamiento. 2. Porqué se actúa en áreas de identificar de manera adecuada la partida para aplicar? 3. Porqué a pesar de las gestiones que se efectúan no se ha podido determinar a que corresponden las partidas por aclarar y no se atienden los tiempos para aplicar de acuerdo	1. Porqué las gestiones dependientes de un tercero externo (bancos) y se espera respuesta de estos para la aplicación? 2. Porqué se actúa en áreas de identificar de manera adecuada la partida para aplicar? 3. Porqué a pesar de las gestiones que se efectúan no se ha podido determinar a que corresponden las partidas por aclarar y no se atienden los tiempos para aplicar de acuerdo	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	6. Lograr la auto sustentabilidad financiera por recursos de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Seguimiento a las partidas conciliatorias sin aclarar para su aplicación de una manera oportuna y oportuna. (Documentado-Desplegado)	5	5	3	75	Información deficiente o inoportuna para la asociación de las partidas conciliatorias	AC	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Hacer seguimiento permanente a las partidas conciliatorias por aclarar dejando evidencia de este. 2. Medir el nivel de adherencia al procedimiento de conciliaciones bancarias 02GF01-V2 principalmente a lo que corresponde con la actividad No. 14	1. Actas de revisión de partidas conciliatorias suscrita con los responsables. 2. Socialización del procedimiento en formato 05OC10-V1 con soporte acciones adelantadas para realizar gestión y seguimiento partidas conciliatorias.	27/04/2016	31/10/2017	Subdirector de Contabilidad Técnico contable en misión Lider área de tesorería Lider de cartera Profesional del área de cartera	Mantener control sobre los recursos públicos que se manejan en la institución.							
	9	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	El aplicativo Dinámica General Hospitalaria cuenta con la herramienta para la elaboración de las conciliaciones bancarias, herramienta que deberá emplearse por el área correspondiente, previa parametrización de los requerimientos demandados para el uso óptimo del aplicativo. 3. Porqué no se ha analizado desde el punto de vista técnico esta herramienta?	1. Porqué el procedimiento para la elaboración de las conciliaciones bancarias se estableció de forma manual? 2. Porqué para dar celeridad a la elaboración de las conciliaciones se ha optado por esta opción? 3. Porqué no se ha analizado desde el punto de vista técnico esta herramienta?	PERTINENCIA	Gestión de la Tecnología	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Análisis de la herramienta de Dinámica General Hospitalaria para determinar su funcionalidad a nivel técnico y para evaluar su posible aplicabilidad en el procedimiento de elaboración de conciliaciones bancarias. (Mejorar)	3	3	3	27	Soporte técnico inadecuado o insuficiente para el proceso de implementación de la herramienta	AC	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACIÓN	1. Solicitar al área de sistemas soporte técnico para la revisión de la herramienta conciliaciones y para la evaluación técnica de aplicabilidad de esta en la elaboración de las conciliaciones bancarias en la entidad.	1. (1) Ticket con solicitud de soporte técnico de Sistemas. 2. (1) Acta con evaluación técnica de la herramienta.	27/04/2016	30/09/2017	Subdirector de Contabilidad Subdirector de Sistemas Ingeniero de Sistema designado	Mantener control sobre los recursos públicos que se manejan en la institución.							
	10	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	Se elabora de manera general, no individualizados los registros de flujos de bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados. 3. Porqué de los flujos y demandas, está en la información con la que cuenta el área que reporta y en bienes el sistema no da la opción para ingreso de bienes	1. Porqué el registro se hace con informes individualizados pero para el caso de flujos y demandas el reporte viene por procesos y para el caso de bienes se ingresa por cuentas de orden de manera general? 2. Porqué en los flujos y demandas el reporte lo hace la Oficina Jurídica y en su formato solo nombra el los demandas con flujos y para los bienes no se pueden ingresar ítem por ítem Porqué esta opción solo se permite para bienes propios de la entidad y se ingresan por el módulo de activos fijos? 3. Porqué de los flujos y demandas, está en la información con la que cuenta el área que reporta y en bienes el sistema no da la opción para ingreso de bienes	1. Porqué el registro se hace con informes individualizados pero para el caso de flujos y demandas el reporte viene por procesos y para el caso de bienes se ingresa por cuentas de orden de manera general? 2. Porqué en los flujos y demandas el reporte lo hace la Oficina Jurídica y en su formato solo nombra el los demandas con flujos y para los bienes no se pueden ingresar ítem por ítem Porqué esta opción solo se permite para bienes propios de la entidad y se ingresan por el módulo de activos fijos? 3. Porqué de los flujos y demandas, está en la información con la que cuenta el área que reporta y en bienes el sistema no da la opción para ingreso de bienes	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Comunicación dirigida a la Oficina Asesora Jurídica y el proceso de gestión de bienes y servicios: al fin de que tenga en cuenta la recomendación de suministrar la información para registro individualizado de flujos y demandas y de equipos recibidos y entregados. (Documentado-Desplegado)	3	5	3	65	No suministro de la información de flujos y demandas y de bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados con registros individualizados	AC	ARTICULACIÓN	1. Elaborar y remitir una comunicación escrita dirigida a la Oficina Asesora Jurídica y el proceso de Gestión de Bienes y Servicios solicitando el reporte individualizado de flujos y demandas y de bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental OFFICE.	27/04/2016	31/12/2017	Subdirector de Contabilidad	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en los institucion.						
	11	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	a) Las cuentas, bienes entregados en garantía (810), entre otras cuentas, no existen registros en el rango seleccionado (01/01/2015 hasta 31/12/2015) b) Las cuentas de orden de control que indican las operaciones, los hechos realizados con terceros, compromisos contractos que afectan la estructura financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana NO se encuentran registradas dentro de la vigencia 2016, el ingreso de los activos fijos entregados como contraprestación del convenio con la UNIVERSIDAD DE LA GABIANA. 3. Porqué se registra en estos cuentas todo lo que corresponde y lo que es informado por las áreas al área contable? 2. Porqué para hacer el registro contable se debe tener un soporte y las áreas deben remitir e informar todo hecho que deba ser registrado? 3. Porqué todo hecho que afecte financieramente a la entidad debe estar debidamente soportado y justificado por el área que	a) Las cuentas, bienes entregados en garantía (810), entre otras cuentas, no existen registros en el rango seleccionado (01/01/2015 hasta 31/12/2015) b) Las cuentas de orden de control que indican las operaciones, los hechos realizados con terceros, compromisos contractos que afectan la estructura financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana NO se encuentran registradas dentro de la vigencia 2016, el ingreso de los activos fijos entregados como contraprestación del convenio con la UNIVERSIDAD DE LA GABIANA. 3. Porqué se registra en estos cuentas todo lo que corresponde y lo que es informado por las áreas al área contable? 2. Porqué para hacer el registro contable se debe tener un soporte y las áreas deben remitir e informar todo hecho que deba ser registrado? 3. Porqué todo hecho que afecte financieramente a la entidad debe estar debidamente soportado y justificado por el área que	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Comunicación dirigida a las áreas productoras de información al fin de que tengan en cuenta la recomendación y suministren la información para registro en garantía o en custodia u otro tipo de bienes susceptibles de registro en cuentas de orden para su control. (Documentado-Desplegado)	3	5	5	75	Registro parcial de bienes entregados en garantía o en custodia u otro tipo de bienes susceptibles de registro en cuentas de orden para su control.	AC	ARTICULACIÓN	1. Elaborar y remitir una comunicación escrita dirigida a los líderes de los procesos administrativos y de apoyo solicitando se suministre la información para registro en caso de estar de bienes entregados en garantía o en custodia u otro tipo de bienes susceptibles de registro en cuentas de orden para su control.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental OFFICE.	27/04/2016	30/09/2017	Subdirector de Contabilidad	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en los institucion.							
12	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	Los soportes de los datos contables con parte integral de la contabilidad y deben estar adjuntando la normatividad vigente y las Tablas de Retención Documental de la E.S.E. 3. Porqué con estos se identifica el origen de los registros?	1. Porqué para hacer análisis de la información contable y financiera es necesario dejar debidamente soportado todo lo que se registra? 2. Porqué los soportes que constituyen en evidencia para los procesos de auditoría y control? 3. Porqué con estos se identifica el origen de los registros?	PERTINENCIA	Proceso de Transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Soportes asociados a los registros contables imputados en el área de contabilidad, mantenidos en debida forma y atendiendo la normatividad vigente de archivo y de acuerdo con las tablas de retención documental. (Implementado)	5	3	5	75	Hallazgos por incumplimiento de los lineamientos para el archivo y manejo de las tablas de retención documental en el área	AC	OTRA	1. Socializar y medir adherencia al procedimiento 02GIS05-V1 Custodia del Activo Documental y del conocimiento del contenido y manejo del formato 02GIS05-V2 Tabla de Retención Documental en el área de contabilidad. 2. Solicitar gestiones para el suministro de condiciones para la organización de la información.	1. (1) Socialización del procedimiento 02GIS05-V1 y del formato 02GIS05-V2 2. (1) Acta con medición de adherencia al procedimiento 02GIS05-V1 Custodia del Activo Documental y del conocimiento del contenido y manejo del formato 02GIS05-V2 Tabla de Retención Documental 3. Comunicación escrita	27/04/2016	31/10/2017	Subdirector de Contabilidad Equipo de trabajo del área de Contabilidad	Dar cumplimiento con el marco normativo vigente y la reglamentación interna frente al proceso de manejo y control del activo documental del proceso de gestión financiera.								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FEJALAZO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Reaga	Cont	Volunt	Tras															
13		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	Las actuaciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera, determinadas en las funciones deberán tener contenidos dentro de sus actuaciones de forma objetiva, completa, identificada y demostrada documentalmente y soportada siempre que sea lugar.	1. Porqué las reorientaciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera revisan trascendencia para las decisiones financieras del Hospital? 2. Porqué una de las funciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera, determinadas en los enfoques deberán tener contenidos dentro de sus actuaciones de forma objetiva, completa, identificada y demostrada documentalmente y soportada siempre que sea lugar? 3. Porqué como instancia asesora debe soportar debidamente los conceptos que se emiten para el cumplimiento de las funciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera (implementado)	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Documentación adecuada y completa de todas las actividades trasladadas en el marco del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera (implementado)	3	3	5	45	Incumplimiento de los compromisos adquiridos en el comité de sostenibilidad social	AC	OTRA	1. Dejar explícito mediante actas las actuaciones del Comité de Sostenibilidad Contable de forma objetiva, identificadas y demostradas documentalmente.	1. Actas de comité de sostenibilidad	27/04/2016	31/12/2017	Gerente (Presidente Comité) Subdirector de Contabilidad (Secretario Comité)	Dar cumplimiento con el marco normativo y la legislación interna en lo que corresponde al cumplimiento en las funciones del comité de sostenibilidad contable y financiera de la entidad, con el debido soporte documental.						
14		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	Los Back Up de la información financiera y económica de la E.S.E. deberán de estar debidamente custodiados, deberán estar debidamente identificados, clasificados, organizados y con actas de entrega y verificación de las situaciones ambientales y de entorno.	1. Porqué la información contable pública de una entidad debe estar a disposición para cualquier revisión o por cualquier circunstancia que se requiera de manera posterior? 2. Porqué la información contable pública hace parte del archivo de gestión de la entidad? 3. Porqué esta información permite garantizar la verificación de la exactitud en el registro de los hechos económicos en la entidad?	SEGURIDAD	Gestión de la Tecnología	Seguro	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Comunicación con solicitud de documentación del procedimiento de custodia, identificación, clasificación, organización, entrega y verificación de esta. (Documentado - Desplegado)	3	3	5	45	Pérdida de información por la no adecuada custodia, identificación, clasificación, organización, entrega y verificación de esta	AC	OTRA	1. Elaborar y remitir una comunicación escrita dirigida al Subdirector de Sistemas solicitando la documentación del procedimiento de custodia, identificación, clasificación, organización, entrega y verificación de esta.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental ORFEC.	27/04/2016	31/12/2017	Director Financiero	Propender porque se den las condiciones adecuadas para la identificación, clasificación, organización y control de la información digital que se produce a través del sistema de gestión documental ORFEC y de las carpetas compartidas que contienen información relevante del proceso de gestión financiera.						
15		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	a) Previamente los responsables de las áreas generadoras de hechos económicos financieros que afectan la información contable, se reúnan con el objeto de realizar el Plan de Sostenibilidad Contable y periódicamente con los funcionarios a su cargo, para analizar y evaluar el avance al Plan de Sostenibilidad Contable (definido previamente) y establecer las acciones administrativas y contables tendientes a ser presentadas oportunamente ante el comité. b) Sendo la definición de política una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos y teniendo en cuenta que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana mediante acto administrativo adopta las políticas contables y que dentro del sistema de gestión documental registra las políticas de la entidad, todas ellas con la misma metodología no se extiende la política y/o las políticas del proceso de gestión financiera y la política del proceso contable. POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE.	Porqué es necesario que toda transacción, hecho y operación realizada en las dependencias sea informado al área contable para su seguimiento o registro? Porqué la contabilidad debe reflejar fielmente la situación financiera de la entidad? Porqué los datos contables permitan evaluar el comportamiento de los indicadores de gestión para la toma de decisiones?	OPORTUNIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Diseño de un plan sostenibilidad contable con las actividades, fechas de cumplimiento, responsables y dependencias generadoras de hechos, transacciones u operaciones a ser reportadas en el proceso contable, incluirle la adopción de la directiva para el reporte de todos los hechos y transacciones generadas en cualquier dependencia. (Documentado - Desplegado)	5	5	5	100	Presentación de información a entes externos o internos incompleta por la oportunidad en el reporte de las áreas a contabilidad para el registro.	AC	PLANEACION – ESTRATEGIA	1. Elaborar y socializar un plan de sostenibilidad contable.	1. (1) Plan de sostenibilidad contable	27/04/2016	31/10/2017	Director Financiero Subdirector de Contabilidad	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en los institutos.						
16		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016	a) Adicionalmente cuando se trate de ajustes contables originados en depuración y análisis de datos, deben sustentarse adecuadamente informando el registro de origen y ajustando todos los documentos soportes pertinentes. b) El nivel de formación adquirido por los responsables de las áreas financieras y contables contrasta entera al impacto y aplicación inadecuada de los que es un hecho o suceso de carácter económico y del proceso contable de varios de los actores de los procesos de la entidad.	1. Porqué todo movimiento contable debe atender a la característica de representación? 2. Porqué para tener representación fiel, se debe hacer una descripción completa, neutral y libre de error? 3. Porqué el usuario de la información debe comprender el hecho	EFICIENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Medición de adherencia de los encargados de realizar ajustes contables originados en depuración y análisis de datos del procedimiento OZGF03-VI Generación de estados financieros y presentación de informes y requerimiento de capacitación para fortalecer el equipo de trabajo mediante capacitaciones. (Mejorar)	5	3	5	75	Sanciones por la presentación de información a entes externos o internos con inconsistencias o con requisitos de revelación incompletos	OP	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACION	1. Solicitar capacitación específica en temas contables. 2. Socializar y medir adherencia al procedimiento OZGF03-VI. Generación de estados financieros y presentación de informes.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental ORFEC. 2. (1) Acta con medición de adherencia al procedimiento OZGF03-VI. Generación de estados financieros y presentación de informes.	27/04/2016	31/12/2017	Director Financiero Subdirector de Contabilidad Equipo de trabajo del proceso de Gestión Financiera	Dar sostenibilidad al cumplimiento del procedimiento de generación de estados financieros y presentación de informes mediante la actualización consistente de los funcionarios y la continua retroalimentación del mismo.						

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION. RAZON DE NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZA DEL HALLAZO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUARA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Regra	Costo	Voluntad	Tiempo															
17		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Abril 27 de 2016 / Junio 7 de 2017	a) En el anexo 17 de "asesor asesor" más establece que la información financiera y contable debe estar acompañada de las notas como presentación de las prácticas contables, teniendo en cuenta los criterios que se deben reconocer para la revelación, medición, relevancia y presentación de los hechos económicos en los estados financieros. Las notas deben contener los asuntos de importancia relativa, ser lógicas, claras, de fácil lectura y comprensión y secuenciales. b) Siendo las revelaciones incluidas en las mismas notas de los estados financieros se constituyen en una declaración explícita, la fiel representación de los hechos económicos, otros eventos y el cumplimiento de las condiciones económicas, medición y revelaciones, deberán resumir sus políticas y prácticas contables, referenciando adecuadamente el campo de los estados financieros, contener cada elemento de los estados financieros, revelar la información, explicar adecuadamente la información y otras presentadas en los estados financieros, los saldos desagregados y los asuntos de importancia relativa. c) Verificado el proceso de ingreso de activos fijos de la vigencia 2016 se concluye que los activos fijos equipos de cómputo no se identifican como suceso que ha ocurrido, susceptible a ser reconocido dentro de todo el proceso contable de la E.S.E. Hospital	1. Porqué los datos que no se puedan comprender fácilmente a través de los Estados Financieros que sea relevantes deben acompañarse con una descripción detallada de las notas? 2. Porqué la información contable debe ser de fácil acceso e interpretación para los usuarios internos para los usuarios internos? 3. Porqué a nivel interno esta información debe convertirse en un instrumento para la toma de decisiones financieras y extenderse para garantizar la transparencia en el manejo de los recursos del estado?	EFFECTIVIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Identificación de los hechos económicos en los estados financieros para su respectiva revelación en las notas a los estados financieros según lo establecido en la normatividad contable vigente, en la guía de política contable de la entidad, en lo que corresponda a la revelación, medición, relevancia y presentación. (Documentar- Desplegar)	3	5	5	75	Sancciones por la información a entes externos o internos con inconsistencias o con requisitos de revelación incompletos	OP	ARTICULACION	1. Elaborar notas a los estados financieros con revelaciones de acuerdo a la normatividad vigente y a la guía de política contable de la entidad.	1. (1) Notas a los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2017	27/04/2016	31/03/2016	Subdirector de Contabilidad	Hacer la revelación completa de todos los hechos económicos relevantes en la entidad, en concordancia con el marco normativo vigente y con el propósito de que estas se constituyan en un documento de apoyo en la toma de decisiones financieras institucionales.						
18		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Junio 7 de 2017	a) La estimación de costos de los servicios que presta la E.S.E., consiste en realizar una aproximación de los recursos monetarios necesarios para prestarlos, con estas aproximaciones realizadas, según consta en los planes operativos POMA y Plan de Atención de Salud "PAS, en la E.S.E. estas aproximaciones no es suficiente para determinar realmente los costos directos e indirectos y la rentabilidad en la venta de los servicios, no es suficiente para el sistema de costos. b) La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. El establecimiento de un sistema de costos efectivo y consecuente con la prestación de los servicios en la E.S.E. es obligatorio y necesario ya que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de un servicio o los costos estimados que hoy se han establecido para algunos servicios en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	1. Porqué con la información de costos comparados con las ventas se puede determinar la rentabilidad? 2. Porqué con la rentabilidad, se puede establecer si la entidad está siendo eficiente? 3. Porqué se pueden tomar decisiones frente a la maximización de los recursos en función de la productividad?	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recuento de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto (Medir)	5	5	5	100	Sugerencia de servicios por desbalance financiero (Mayor el costo, bajo que el ingreso que genera el servicio).	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Solicitar oficina Asesora de Planeación tramite resolución para definir: Centros de costos según más de proceso institucional. 2. Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 10 Unidades de Negocio.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental ORFEO. 2. Actas de consecución de información actividades tiempos y movimientos 10 Unidades de Negocio.	07/06/2017	31/12/2017	Director proceso de Gestión Financiera	Dar continuidad al mejoramiento en la estimación de costos por producto institucional.						
19		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Junio 7 de 2017	En los mismos procedimientos no evidencian las interfaces para la transformación de los insumos producidos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación a que da lugar cada uno de ellos y como parte integral del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	1. Porque no se evidencian las interfaces en los procedimientos? 2. Porque el formato para la elaboración de procedimientos del Sistema de Gestión Documental, no tiene implícito esta interfaz? 3. Porque con este formato se atienden los lineamientos del área de Gestión de la Calidad?	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Comunicación a la Oficina Asesora de Planeación a fin de que tengan en cuenta la recomendación y se evidencie la interfaz para la transformación de los insumos producidos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación del proceso de gestión financiera. (Documentar - Desplegar)	3	3	5	45	Presentación de información a entes externos o internos incompleta por la oportunidad en el reporte de las áreas a contabilidad para el registro.	AC	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Elaborar y remitir una comunicación escrita dirigida a la Oficina Asesora Planeación remitiendo la observación para evidenciar la interfaz para la transformación de los insumos producidos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación del proceso de gestión financiera.	1. (1) Comunicación radicada a través del sistema de gestión documental ORFEO.	07/06/2017	31/12/2017	Director proceso de Gestión Financiera	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en los institucion.						
20		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Junio 7 de 2017	NO se evidencian directos alguna, que tenga por objeto las conclusiones periódicas? 2. Porque las directrices para elaborar conclusiones periódicas están dadas en la normatividad? 3. Porque la información es susceptible de comprobaciones internas y externas?	1. Porque no se evidencia directos alguna, que tenga por objeto las conclusiones periódicas? 2. Porque las directrices para elaborar conclusiones periódicas están dadas en la normatividad? 3. Porque la información es susceptible de comprobaciones internas y externas?	COORDINACION	Proceso de transformación Cultural permanente	Seguro	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recuento de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Diseño, publicación y socialización de procedimiento para conclusión de módulos con contabilidad. (Documentar - Desplegar)	5	3	5	75	Sancciones por la presentación de información a entes externos o internos con inconsistencias o con requisitos de revelación incompletos	AC	ARTICULACION	1. Elaborar, publicar y socializar un procedimiento para la conciliación de módulos con contabilidad. 2. Avanzar en la conciliación de los módulos con la contabilidad (Facturación, tesorería, presupuesto, inventarios, activos fijos, cartera)	1. (1) Procedimiento de conciliación de módulos con contabilidad publicado y socializado. 2. Actas de conciliación entre contabilidad y los módulos	07/06/2017	31/12/2017	Director Financiero Subdirector de Contabilidad	Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener con un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso.						
21		AUDITORIA CONTROL INTERNO	Junio 7 de 2017	Los Estados Financieros - Balance General, Estado de Actividad Financiera, Economía y Social, Estado de Cambios en la Situación Financiera e indicadores comparados en elaborados conforme el marco normativo aplicable; la publicación de estos Estados Financieros durante la vigencia 2016 presento de manera irregular y extemporanea.	1. Porque los Estados Financieros se consolidan trimestralmente? 2. Porque cada trimestre se reporta información a los entes de control en la publicación interna de Estados Financieros? 3. Porque una vez hecho el reporte no se hace la publicación de estos?	OPORTUNIDAD	Responsabilidad Social	Oportuno	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Publicación mensual en las dependencias de la entidad, en lugar visible y público los Estados Financieros de acuerdo a la normatividad vigente.	3	5	5	75	Sancciones por la oportunidad en la publicación interna de Estados Financieros	AC	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Publicar mensualmente los Estados Financieros de la entidad.	1. (1) Soporte de publicación mensual de Estados Financieros	07/06/2017	31/12/2017	Subdirector de Contabilidad	Dar cumplimiento con la normatividad vigente en lo que corresponde a la publicación en lugar visible de los informes de resultados, financieros y contables de la entidad.						

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA EL COMPLETAMIENTO DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Resg.	Com.	Volunt.	Tras.															
22		AUDITORÍA CONTROL INTERNO	Junio 7 de 2017	<p>1. Porqué las pólizas de la entidad contienen amparos generales de manejo y confianza para los funcionarios de planta?</p> <p>2. Porqué la cobertura de las pólizas solamente abarca el cobramiento de personas con vinculación directa con la entidad?</p> <p>3. Porqué en la entidad hay funcionarios con vinculación indirecta con la entidad que se encargan del recaudo en caja?</p>	1. Porqué las pólizas de la entidad contienen amparos generales de manejo y confianza para los funcionarios de planta? <p>2. Porqué la cobertura de las pólizas solamente abarca el cobramiento de personas con vinculación directa con la entidad?</p> <p>3. Porqué en la entidad hay funcionarios con vinculación indirecta con la entidad que se encargan del recaudo en caja?</p>	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Comunicación con el área de personal para que sea tenida en cuenta la inclusión de pólizas de manejo de recursos para trabajadores en misión de las cajas.	3	5	5	75	Señores por la oportunidad en la publicación interna de Estados Financieros	AC	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Solicitar la inclusión de la inclusión de pólizas de manejo de recursos públicos para trabajadores en misión de las cajas.	1. (1) Comunicación radcada a través del sistema de gestión documental OPFECU.	07/06/2017	30/09/2017	Subdirector de Contabilidad	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.						
1		AUTOCONTROL	#####	<p>Durante las respuestas a los requerimientos judiciales y administrativos se han advertido algunas fallas en el diligenciamiento de los historiales clínicos de los consentimientos informados por parte del personal médico asistencial de la institución y de las unidades funcionales.</p>	1. ¿Por qué? Multiplicidad de funciones durante la atención a los pacientes	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Desplegar en el personal asistencial las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con el debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico (Despigue)	5	5	5	125	Poca participación del personal médico en las capacitaciones	AC	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Realizar capacitaciones al personal médico asistencial del Hospital y de las unidades funcionales sobre la responsabilidad por indebido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico	1) Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados: contratistas)	01/05/2017	31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica	% de Adherencia al diligenciamiento de Historia clínica Línea Base: Meta:						
2		AUTOCONTROL	#####	<p>La Oficina Asesora Jurídica asumió desde el mes de diciembre de 2013, el cobro jurídico de la cartera del Hospital, razón por la cual es necesario ajustar el procedimiento con el fin de determinar la documentación necesaria para dar inicio a las acciones judiciales y administrativas a que haya lugar, una vez agotado el trámite propio de la Dirección Financiera.</p>	1. ¿Por qué? La gestión de recuperación de cartera era un trámite más administrativo.	COORDINACIÓN	Responsabilidad Social	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Definir e implementar las directrices sobre el cobro jurídico de acreencias por parte de la entidad con el fin de lograr una mayor recuperación de los dineros que las entidades del sistema general de seguridad social en salud adeuden a la institución	5	5	5	125	Poca participación del personal del área de financiera	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Actualizar el procedimiento de cobro jurídico de acreencias en el sistema general de seguridad social en salud, con participación de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección Financiera, entre los que se encuentran conciliación de glosas, pago de servicios de salud, etc.	1) Procedimiento aprobado.	01/07/2017	31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Documento disponible en la Intranet del Hospital						
3	Gestión Jurídica	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	#####	<p>No se cumple con la prevención de uso no intencionado de documentos y registros obsoletos incumpliendo el requisito 4.2.3 de la Norma ISO 9001:2008. Se evidencia que están usando formatos que no están establecidos en el procedimiento y que no garantizan la trazabilidad del producto 05G01-V1 y 05G03-V1</p>	1. ¿Por qué? Porque se están realizando revisiones a la normatividad y al estatuto de contratación	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Definir y elaborar los formatos establecidos en los procedimientos de la oficina asesora Jurica	5	5	5	125	los formatos no sean utilizados por los responsables	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Elaboración de los formatos que hacen parte de los procedimientos del Área jurídica.	1) Formatos de los procedimientos codificados.	01/07/2017	31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Formatos del proceso de Gestión Jurídica disponibles en la Intranet del Hospital y diligenciados						
4		AUDITORÍA INTERNA HSEQ	#####	<p>No se cumple con la planificación definida en la caracterización del proceso para la realización del producto incumpliendo el requisito 7.1 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: Se evidencia que algunos procedimientos planificados y definidos en la caracterización del proceso (OC01-V1 no están documentados de acuerdo a la reingeniería del proceso.</p>	1. ¿Por qué? Porque se están realizando revisiones a la normatividad y al estatuto de contratación	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Documentar y realizar los procedimientos que se deriban de la caracterización del área jurídica	5	5	5	125	se omiten pasos de los procedimientos por los responsables	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Actualizar y elaborar los procedimientos que hacen parte de la caracterización de la oficina asesora jurídica, de acuerdo a la normatividad vigente y al estatuto de contratación	1) Procedimientos aprobados.	01/07/2017	31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Documentos del proceso de Gestión Jurídica disponibles en la Intranet del Hospital y socializados						
5		AUDITORÍA INTERNA HSEQ	#####	<p>No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas incumpliendo el requisito 7.5.1 de la norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se evidencia el mapa de riesgos que incluye la identificación de los riesgos y los controles establecidos para prevenir su ocurrencia vigencia 2016</p>	1. ¿Por qué? No hubo claridad en el diligenciamiento de la matriz de riesgos	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Identificar los riesgos y controles más comunes dentro del proceso de la oficina asesora jurídica	5	5	5	125	Que los controles del riesgo no mitigan la ocurrencia del dato	AC	ARTICULACIÓN	1. Realizar mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica 2. Socializar los Riesgos del Proceso a los colaboradores del Proceso	1. Mapa de riesgos disponible en la Intranet del Hospital 2. Socializar los riesgos de los riesgos identificados	01/07/2017	31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Porcentaje de cultura de gestión del riesgo Línea Base: 27% Meta: 32%						

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUÓ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
										Requis.	Obj.	Normas	Tipos																
9		AUDITORIA INTERNA HSECO	#####	No cumple con la identificación del producto no conforme. Incumpliendo el requisito 8.3 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se evidencia la identificación de productos no conformes del proceso como (Etiquetas equipadas de documentos en consulta y/o no reclamación de órdenes de pacientes y Órdenes de servicio por fuera del sistema)	PORQUE 1. No se había documentado el producto no conforme. PORQUE 2. Se buscaba la solución al paciente si identificar que era un producto no conforme. PORQUE 3. Ha sido difícil su identificación y reconocimiento, en razón de reclamación de órdenes de pacientes y Órdenes de servicio por fuera del sistema	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Documentar y Socializar los Productos no conformes del Proceso Ambulatorio a Colaboradores del mismo (Auxiliares de enfermería, administrativos y facturadores)	3	3	3	27	Insatisfacción del usuario Novedad de Seguridad Requiere documentación y/o registros	AP	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	Socializar Productos no conformes del proceso a colaboradores del mismo	Acta de socialización de Productos no conformes	02/01/2017	30/09/2017	Alexandra Beltrán Subdirectora Consulta Externa	NA						
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	1	AUDITORIA INTERNA HABILITACIÓN	#####	Pérdida de Pacientes durante el proceso de Programación	1. ¿Por qué?: El 80% de los casos de Pacientes con Diagnóstico Quirúrgico tramitan la autorización de los procedimientos externamente con la aseguradora. 2. ¿Por qué?: No existe una base de datos de información que conecte los pacientes con Diagnóstico Quirúrgico y su respectivo seguimiento frente a la autorización por parte de la Aseguradora. 3. ¿Por qué?: No está estructurada una Oficina de Autorizaciones y tramites, basados en contratos definidos que soporten la autorización desde el HUS, y un sistema de información que garantice el seguimiento a oportunidad con alertas de seguimiento. De manera que asegure la	OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo basado en observación y registros la pérdida de Pacientes por procesos relacionados con tramites de Autorizaciones ante las aseguradoras. Definir estrategias de mejora para establecer el proceso de Autorizaciones la Consulta externa. (Plan de acción de implementación de mejores practicas Quirúrgico)	5	5	5	125	Ninguna	OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Validar propuesta con las directivas de la organización para el procesamiento, responsabilidades procesos y personal necesario. Implementar el Proceso de gestión de Autorizaciones y admisiones del Paciente Quirúrgico desde el HUS.	1. Cronograma de vigencia de las acciones. 2. Base de datos de pacientes que salen con conducta quirúrgica de consulta externa en el HUS con seguimiento de órdenes quirúrgicas tramitadas versus ordenes quirúrgicas autorizadas. 3. Gestionar la contratación de un profesional para la gestión de programación quirúrgica desde la oficina de programación quirúrgica Esta pendiente la actividad 3 para el 2017 la dos primeras se cumplieron en 2016	ene-17	may-17	Lider de Atención al paciente Quirúrgico	Productividad quirúrgica Linea base promedio 1300 procedimientos 2016 Meta 1500 procedimientos						
	2	AUDITORIA INTERNA HSECO	#####	No se cumple con la planificación definida en la caracterización del proceso para la realización del producto incumpliendo con el requisito 7.1 de la norma ISO 9001:2008 Se evidencia que algunos de los procedimientos definidos de la caracterización del proceso DPOX01-V1, no están documentados de acuerdo a la reingeniería del proceso	1. ¿POR QUÉ?: existen todos los procedimientos que soportan el proceso de Atención Quirúrgico no se han documentado en el nuevo formato, la planificación de la reingeniería del proceso estaba a espera de los ajustes pendientes de acuerdo a un estudio que se estaba realizando, y al apoyo por parte de la administración de un profesional que apoye el proceso. 2. ¿POR QUÉ?: Con el resultado del estudio se debían realizar unos ajustes a los procedimientos. La revisión de Guías, procedimientos y protocolos de la Unidad Quirúrgica y la actualización en la nueva versión demanda tiempo y dedicación, esta delegada a un solo funcionario quien ejecuta todo el proceso	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Actualizar los procedimientos de acuerdo a la caracterización.	3	3	3	27		OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Actualizar los documentos faltantes de acuerdo a la caracterización	1. Documentos actualizados de acuerdo a la caracterización del proceso	ene-17	sep-17	Lider de Atención al paciente Quirúrgico	Procedimientos documentados y publicados en la intranet de acuerdo a la caracterización del proceso						
	3	GESTIÓN DEL RIESGO	#####	Inoportunidad en la Programación Quirúrgica	1. ¿Por qué?: Demora en el Proceso de Autorización de Procedimiento y de Insumos. 2. ¿Por qué?: No disponibilidad de horas Quirúrgico en algunas supresesionalidades (Cabeza y cuello, retina, resaca, perfectorio, Otorrino). 3. ¿Por qué?: No está monitorizada la relación horas quirófano contratadas vs hora Quirófano ocupadas por	OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo por un periodo de tiempo, basado en observación y registros el porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y noeventos, cancelaciones, retrazos, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Evaluar la demanda de Quirófano vs la utilización historica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electronicos y divulgación de resultados.	5	5	5	125		OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	1. Agendar por bloque quirúrgico y por demanda historica por especialistas	1. Matriz de tiempo quirúrgico por especialistas 2. Agenda por bloque quirúrgico por especialistas	ene-17	dic-17	Lider de Atención al paciente Quirúrgico	Oportunidad quirúrgica Linea base 15 días Meta mantener la oportunidad a 15 días						
1	GESTIÓN DEL RIESGO	may-15	Registro inadecuado o incompleto de la información contenida en los libros del servicio	1. Porque? Desconocimiento de los colaboradores en el manejo de los caracteres del libro. 2. Porque? Falta de tiempo para registrar sin fallas la información	SEGURIDAD	Gestión clinica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Definir actividades de monitoreo y seguimiento a la calidad del registro de la información a consignar en los libros del servicio	5	5	5	125	No aplica	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACION	1. Realizar capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información en los libros 2. Monitorear la calidad del registro de la información	1. Actas de capacitación 2. Informe de monitoreo de la calidad del registro	02/01/2017	Permanente	Coordinador del servicio de esterilización	Porcentaje de registros inadecuados o incompletos Meta: 5%								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TERMINACION (MES/AÑO)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Resgo	Costo	Voluntad	Tiempo																
2		AUDITORIA INTERNA HSEQ	abr-16	8.4 No son reconocidos y analizados los datos para demostrar la adecuación y eficiencia del sistema y evaluar donde se puede hacer una mejora continua. Durante la auditoria se validaron los dos indicadores establecidos por caracterización en el proceso (Cancelación de citas de espera, material enviado) y no cuenta con los datos o control de los mismos.	1. Se dejaron de realizar los indicadores del proceso desde hace un tiempo. 2. No se realiza medición de los indicadores. 3. No se dio importancia a dicha información.	EFICIENCIA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar los indicadores y el análisis de los mismos para la toma de decisiones	5	5	5	123		ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Relección de datos para la construcción de los indicadores del proceso	1. Matriz de Excel que consolide la información de los indicadores del proceso 2. Análisis de los indicadores del proceso	02/01/2017	Permanente	Coordinador del servicio de esterilización	2 Indicadores del proceso construidos y analizados								
3		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	sept-16	Se debe ajustar el protocolo recibo de material de acuerdo a la adaptación de la infraestructura. Se debe actualizar el protocolo lavado secado y lubricación de acuerdo a la adaptación del nuevo equipo de lavado (lavadora termodesinfectora). Faltó socialización al personal estacional del proceso de lavado y desinfección en consulta externa, urgencias, hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico y transporte estacional básico, del año 2016. Se debe articular con los servicios de Oncología, Terapia respiratoria, Urología, Ortopedia y Salas de cirugía, el registro y la trazabilidad de los dispositivos que se encuentran permitidos por el laboratorio de esterilización. Faltó de control o seguimiento al inventario de los elementos de cada equipo.	1. Por que? Los protocolos no se encontraban actualizados. 2. Por que? La lavadora fue adquirida resentidamente al servicio. 3. Por que? Al incluir la lavadora se requiere ajustar los protocolos del servicio.	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. actualizar los documentos requeridos del proceso 2. Trazabilidad de los dispositivos que se encuentran permitidos por el fabricante para reuso	1. Actualizar y socializar el protocolo de lavado secado y lubricación 2. Actualizar y socializar el manual de dispositivos reesterilizables	1. Documentos actualizados y publicados en la página intranet 2. Acta de socialización.	02/01/2017	30/06/2017	Coordinador del servicio de esterilización	Protocolos actualizados y socializados														
4		OTRAS	Abril de 2017	No se encuentra actualizado el documento de caracterización de esterilización.	1. Por que? No realizaban el control del material reconocido. 2. Por que? Los elementos no eran los indicados para el procedimiento (exceso) 3. Por que? Desconocimiento del proceso de entrega del material y recepción del	CONTINUIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Creación de nuevos equipos, organización de los mismos y definición de responsables y puntos de control.	5	3	5	75		PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Organizar y crear nuevos equipos. (25%) 2. Hacer el protocolo con los lineamientos para el control y seguimiento de los equipos. (50%) 3. Capacitación en la entrega y recepción de equipos, y control de inventario. (25%)	1. Equipos creados y organización de los mismos. 2. Protocolo de control y seguimiento de equipos disponibles en los servicios 3. Actas de capacitación del proceso	25/08/2017	30/12/2017	Coordinador del servicio de esterilización	Protocolo actualizado y socializado								
5		AUTOCONTROL	#####	No se encuentra actualizado el documento de caracterización de esterilización.	1. Por que? Su vigencia caduca en el 2017 2. Por que? Se actualiza según la norma colombiana 3. Por que? La caracterización de esterilización tiene otro enfoque	OPORTUNIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Actualizar la caracterización del proceso de aseo/oxidación.	4	3	5	60		LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Actualizar el documento de caracterización de esterilización. 2. Socializar el documento de caracterización de esterilización.	1. Caracterización actualizada y normalizada. 2. Actas de socialización del documento	01/07/2017	30/10/2017	Coordinador del servicio de esterilización	Caracterización actualizada, normalizada y socializada al 100% de los colaboradores del servicio								
1		INDICADORES DE GESTION	#####	El indicador de Giro cama, promedio día estanca y porcentaje ocupación son deficientes	1. El giro cama hospitalario se encuentra por debajo de estándares para la complejidad. 2. Porque no existe ingreso y egreso oportuno. 3. Porque no existe un sitio centralizado para el ingreso o egreso hospitalario.	OPORTUNIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contar con una sala de egreso hospitalario.	5	5	5	123	Egreso inseguro a regim hospitalario.	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Presentar propuesta ante la gerencia para la sala de egreso 2. Planificación para puesta en funcionamiento de la sala de egreso	1. Propuesta presentada con radicado de gerencia 2. Cronograma para la implementación de la sala de egreso	01/09/2017	31/12/2017	Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	Giro Cama Resultado 2017-I 4.0 Meta: 4.1								
2		OTRAS	#####	Calidad de historia clínica posterior a evaluación por auditoría clínica es del 75% promedio de todos los servicios hospitalarios.	1. Por que? Alta rotación del personal de salud responsable del diligenciamiento de historia clínica 2. Por que? Poca inspección de la importancia de adecuado registro en historia clínica 3. Por que? Desconocimiento de las fallas que se identifican en calidad de la calificación de la historia clínica	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Enfasis en el entrenamiento a los responsables de diligenciamiento de historia clínica y seguir el desarrollo de nuevos formatos a las áreas que lo requieren.	3	3	5	45	Sin Resgo	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Intervenir el servicio que tenga la calificación de calidad de historia clínica más deficiente 2. Socializar a los servicios la calificación más deficiente (ya ejecutada 2016) 3. Presentar al comité de historias clínicas los formatos adecuados y/o cambios propuestos por servicios que lo requieren	1. Soportes de intervención con el servicio que de hospitalización que tenga la calificación más deficiente (ya ejecutada 2016) 2. Soportes de socializaciones realizadas (para el 2017) 3. Acta de comité de Historia clínica (ya ejecutada 2016)	01/08/2017	31/10/2017	Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	% Calidad de Historia Clínica Hospitalización Resultado 2016-IV 74% Meta: 78%								
3		AUDITORIA EXTERNA S3 CUNDINAMARCA	#####	Se encuentra discordancia entre las notas de enfermería y ginecología dado que pierde secuencialidad, hay tiempos no descritos en la historia clínica sobre las 10:00 pm y las 12 m. sobre el estado del paciente hay discordancia Un solo control prenatal de alto riesgo que fue realizado por Cardiología. Claridad en traslados entre servicios, unidad de traslado rápido y salas de cirugía.	1. Por que? Alta rotación del personal de salud responsable del diligenciamiento de historia clínica 2. Por que? Poca inspección de la importancia de adecuado registro en historia clínica 3. Por que? Desconocimiento de las fallas que se identifican en calidad de la calificación de la historia clínica	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Enfasis en el entrenamiento a los responsables de diligenciamiento de historia clínica y seguir el desarrollo de nuevos formatos a las áreas que lo requieren.	3	3	5	45	Sin Resgo	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Intervenir el servicio que tenga la calificación de calidad de historia clínica más deficiente 2. Socializar a los servicios la calificación más deficiente (ya ejecutada 2016) 3. Presentar al comité de historias clínicas los formatos adecuados y/o cambios propuestos por servicios que lo requieren	1. Soportes de intervención con el servicio que de hospitalización que tenga la calificación más deficiente (ya ejecutada 2016) 2. Soportes de socializaciones realizadas (para el 2017) 3. Acta de comité de Historia clínica (ya ejecutada 2016)	01/08/2017	31/10/2017	Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	% Calidad de Historia Clínica Hospitalización Resultado 2016-IV 74% Meta: 78%								
4		SEGURIDAD DEL PACIENTE	#####	Investigación de novedad de seguridad del paciente priorizado relacionado con desarrollo de úlceras por presión (UPP)	1. Porque no está establecido como un programa de promoción y prevención para evitar lesiones en piel asociadas 2. Porque no existe un programa de capacitación continuo, relacionado a cuidado piel. 3. Porque hay capacitación deficiente sobre prevención y cuidado de la piel	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Construir un programa de promoción y prevención sobre el cuidado de la piel desde el enfoque preventivo	5	3	3	45	Sin Resgo	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Documentar el programa de PpP para la prevención de lesiones en piel 2. Capacitar al personal asistencial sobre cuidados de la piel, valoración braden y autocuidado	1. Documento publicado en la intranet 2. Listado de capacitaciones	01/07/2017	31/08/2017	Referente de PpP	Prevalencia de UPP Resultado 2017-I < 15 % Meta: Mantenimiento								
5		ACREDITACION	#####	No se han documentado los programas de promoción y prevención priorizados de acuerdo a población específicas en la institución (Educativos y rehabilitación).	1. Por que? No se tiene documentado en un programa las diferentes actividades que se realizan de PpP. 2. Por que? Estable en proceso de construcción	COORDINACION	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Construir un programa orientado a la población crónica con las 4 enfermedades más prevalentes (EPOC, HTA, DM2, ACV)	5	3	5	75	Sin Resgo	ARTICULACION	1. Documentar el programa de PpP para la población crónica prevalente 2. Educar al paciente al momento del egreso	1. Documento publicado en la intranet 2. Listado de capacitaciones al paciente y su familia al momento del egreso	01/08/2017	31/10/2017	Referente de PpP	Indicador de cada programa								
6		ACREDITACION	#####	No se cuenta con programas de P y P. Atención del paciente según requiere el Modelo de Cuidados.	1. Por que? No se tiene documentado en un programa las diferentes actividades que se realizan de PpP. 2. Por que? Estable en proceso de construcción	COORDINACION	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Construir un programa orientado a la población crónica con las 4 enfermedades más prevalentes (EPOC, HTA, DM2, ACV)	5	3	5	75	Sin Resgo	ARTICULACION	1. Documentar el programa de PpP para la población crónica prevalente 2. Educar al paciente al momento del egreso	1. Documento publicado en la intranet 2. Listado de capacitaciones al paciente y su familia al momento del egreso	01/08/2017	31/10/2017	Referente de PpP	Indicador de cada programa								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA

DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA

RESULTADOS

SEGUIMIENTOS

PROCESO	FILIADO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO			
											Requis	Comp	Voluntad	Recursos																		
HOSPITALIZACION	7	ACREDITACION	#####	Documentar y desplegar Programa de las actividades de PyP institucional	1. Por que? Por el nivel de complejidad de la institucion no se articulan las actividades de PyP como un programa. 2. Por que? Lo que se realiza de PyP no se medira en gran evidencia. 3. Por que? No existe documentación que consigne las actividades de PyP.	COORDINACION	Atención Centrada en el usuario	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Documentar y desplegar Programa de las actividades de PyP institucional.	3	5	5	75	Sin Riesgo	OP	ARTICULACION	1. Actualizar, desplegar e implementar programa IMI. 2. Documentar desplegar e implementar programa Madre y Padre canguro. 3. Documentar desplegar e implementar PAI (Programa Ampliado de Inmunización) 4. Evaluar desarrollo	1. Programas de IMI, PAI, Plan Canguro publicados en la intranet 2. Informe de avance de los programas de PyP basados en indicadores de cada uno. (2017-III)	04/06/2017	31/10/2017	Referente de PyP	Indicador de cada programa									
	8	ACREDITACION	#####	No se cuenta con procedimiento para el caso particular que el usuario y/o su familia requieren y solicitan segundo concepto médico	1. Por que? No hay solicitud del segundo concepto por parte los pacientes 2. Por que? No esta estandarizado como se realiza el segundo concepto y no se ofrece concepto. 3. Por que? Se asume que la jurta medica era el segundo concepto.	ACCESIBILIDAD	Atención Centrada en el usuario	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Construir procedimiento para la solicitud de segundo concepto medico y socialización	5	3	3	45	Sin Riesgo	OP	ARTICULACION	1. Construir procedimiento para la solicitud de segundo concepto medico y socialización 1.2. Soportes de socialización	1. Procedimiento Publicado en el sistema de gestion documental. 1.2. Soportes de socialización	01/02/2017	31/10/2017	Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	# de solicitudes atendidas por segundo concepto medico Actual 0									
	9	AUDITORIA INTERNA HSE	#####	El proceso no determina la secuencia e interacción de todos los procesos que realiza de evidencia que la caracterización de Atención al paciente hospitalizado código 02PH01-VI que está publicada en la intranet no contiene los procedimientos de Atención por nutrición código 02PH03-VI y toma de gases arteriales código 02PH01-VI	1. Por que? La caracterización del proceso es muy compleja contemplando muchos procedimientos que pueden unificarse 2. Por que? Falta comunicación con servicios transversales como el laboratorio, enfermería, etc.	COORDINACION	Gestión clínica excelente y segura (seguridad del paciente)	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Documentar los procedimientos establecidos en la caracterización y actualización de la misma	5	3	5	75	Sin Riesgo	OP	ARTICULACION	1. Documentar los procedimientos establecidos en la caracterización y actualización de la misma	1. Caracterización actualizada y publicada en intranet documental 2. Procedimientos establecidos en la caracterización aprobados y publicados	01/06/2017	30/11/2017	Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	Documentación actualizada en la reinserción de procesos									
	10	PQRS	#####	Se identifica en los registros de PQRS fuente de atención al usuario el derecho más vulnerado en el periodo I-TRIM 2016 fue: Recibir Atención Humanizada y trato amable	1. Por que existe la agresividad de los usuarios 2. Falta de capacitación servicio cliente interno 3. Porque existe alto índice de rotación	EFFECTIVIDAD	Humanización de la atención al usuario	Calidez	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Capacitar a los colaboradores de la enfermería y médicos que han incurrido en posibles fallas de trato amable 2. Informar las felicitaciones a los servicios y colaboradores.	5	5	5	125	Sin Riesgo	OP	ARTICULACION	1. Solicitar al proceso de Talento humano capital al los colaboradores de servicios generales y vigilan en temas relacionados con servicio al cliente 2. Realizar despliegue de la información 3. Realizar socializaciones por parte de enfermería en relación a trato amable y oportunidad de la atención.	1. Solicitud a proceso de TH de capacitación 2. Medio de comunicación de las felicitaciones 3. Listado de socializaciones de enfermería	3/06/2017	30/10/2017	Lider de Proceso Hospitalización Subdirector Talento Humano Subdirectora de Enfermería	Diminución de Quejas y reclamos por trato amable del proceso									
	11	PQRS	#####	Durante el IV trimestre del 2017 se han presentado 10 quejas y reclamos por falta de trato amable frente a los usuarios y sus familias afiliados al proceso	En el I Trimestre del 2017 se identificaron alrededor de 6 QR por Demora en la atención al llamado de emergencia en hospitalización, no oportunidad en la atención.																											
	13	PQRS	#####	En el I trimestre del 2017 se identificaron alrededor de 6 QR por Demora en la atención al llamado de emergencia en hospitalización, no oportunidad en la atención.																												
	14	PQRS	#####	En el I semestre del 2017 se identificaron alrededor de 10 QR por Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	1. Porque no se han definido los criterios para brindar información y orientación al usuario y su familia. 2. Porque no se había determinado la magnitud en relación a la información y orientación a los usuarios en el proceso. 3. Porque existen datos anecdóticos de la necesidad de informar y orientar al usuario.	PERTINENCIA	Atención Centrada en el usuario	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Definir los criterios y mecanismos para brindar información y orientación al usuario y su familia en el proceso de atención al paciente hospitalizado	3	3	5	45	Sin Riesgo	AP	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Concertar con los subdirectores médicos los horarios de atención a familiares y los criterios para ofrecer información 2. Definir las actividades y criterios en los servicios definidos. 3. Publicar y/o desplegar la información definida	1. Acta de concertación 2. Publicaciones de información diseñadas	01/06/2017	30/10/2017	Coordinador Unidad de Cuidados Intermedios Adultos Lider de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	Quejas y reclamos por falta de información y orientación a usuarios 2017-I-10 Meta 7									
	15	AUTOCONTROL	#####	Fortalecer los canales para la manifestación de PQRS de una unidad de cuidados intermedios adultos	N/A	EFFECTIVIDAD	Atención Centrada en el usuario	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Realizar búsqueda activa para la estimulación al usuario y su familia en cuanto a la manifestación de PQRS relacionados a la atención de la UCI adultos	3	3	3	27	Sin Riesgo	OP	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Definir la información y responsables en cuanto a la estimulación para la PQRS en la UCI adultos 2. Ejecutar la búsqueda activa en relación a PQRS de la UCI adultos mediante la estrategia planteada.	1. Acta de acuerdo para la estimulación de PQRS en la UCI	01/08/2017	31/12/2017	Subdirectora UCI Adultos Lider de proceso atención al paciente hospitalizado Subdirectora defensora del usuario	# PQRS de la unidad de cuidados intermedios adultos Egresos de la UCI									
	16	OTRAS	#####	Falta de adherencia a la guía de práctica Clínica de fractura de Cadera por la poca información brindada a los pacientes en el momento del egreso hospitalario	Falta de comunicación con los pacientes -No se realiza verificación de la información suministrada. -No se tiene la cultura de verificar que la información suministrada les entendió por el paciente y su adecuado registro.	COORDINACION	Atención Centrada en el usuario	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Fomentar estrategias para brindar la información necesaria al paciente y su familiar durante el egreso.	3	3	5	45	Ninguno	OP	GESTION POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Socializar en el servicio la importancia de brindar la información adecuada al paciente y registrarla en la historia clínica 2. Realizar ayudas educativas y/o folletos ilustrativos con la información a suministrar al usuario 3. Realizar seguimiento al momento del egreso y verificar si el paciente entiende	1. Registro de socialización a los médicos y enfermeras del Servicio de Ortopedia 2. Folletos disponibles en el servicio 3. Registro de la verificación de las ordenes de salida.	28/06/2017	30/11/2017	Subdirectora de Ortopedia y Traumatología	porcentaje de adherencia a guía de Fractura de cadera Línea base de 95% Meta de 98%									
	17	OTRAS	#####	No disponibilidad de algunos antibióticos orales indicados en la GPC infección de urinario complicada en adulto (GUÍA DE INFECCION COMPLICADA DEL TRACTO URINARIO EN ADULTOS)	PORQUE 1: En el HUS se trata al paciente con medicamento endovenoso PORQUE 2: La farmacia no tiene disponibilidad de antibióticos orales, debido a la baja rotación del medicamento PORQUE 3: El criterio médico no está estandarizado por una política institucional	PERTINENCIA	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Ejecutar actividades de socialización de la Guía de Práctica clínica, para estandarizar su aplicación	3	3	5	45	Cobertura de la socialización sea inferior al 90%	AP	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Realización de cronograma de socialización por áreas 10% 2. Realizar las socializaciones según cronograma establecido 50% 3. Realización de Evaluaciones pre-test y post-test 40%	1. Cronograma aprobado por el grupo y por planeación 2. Evaluaciones aprobadas por el grupo y planeación 3. Registro de Socializaciones	1. 14/08/2017 2. 18/02/2017 (depende del tiempo de traducción oficial de la guía) 3. 01/10/2017 (depende del tiempo de traducción oficial de la guía)	1. 18/06/2017 2. 22/09/2017 (depende del tiempo de traducción oficial de la guía) 3. 31/01/2018 (depende del tiempo de traducción oficial de la guía)	Grupor de Adopción e implementación de la Guía: Maria Teresa Ospina Omar Valencia Edgar Silva Johanna Suárez	Porcentaje de Socialización									

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS								
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO		
											Regra	Clase	Voluntad	Tray																	
7		REFERENCIACION	#####	1. Implementación de un sistema de chequeo e identificación de muestras 2. Implementación de formatos de estudios especiales de histquímica e inmunohistoquímica que requieran visto bueno de facturación para su procesamiento. 3. chequeo de muestras al ingreso al laboratorio para trazabilidad. 4. manejo de indicadores como porcentaje de cumplimiento de acuerdo a nuestras condiciones.	N/A	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Implementación de un sistema de chequeo e identificación de muestras 2. Implementación de formatos de estudios especiales de histquímica e inmunohistoquímica que requieran visto bueno de facturación para su procesamiento. 3. chequeo de muestras al ingreso al laboratorio para trazabilidad. 4. manejo de indicadores como porcentaje de cumplimiento de acuerdo a nuestras condiciones.	2	2	2	8	Presentación de eventos adversos o novedades de seguridad, aumento de PQRe	AP	ARTICULACION	1. Realizar e implementar formatos de solicitud de inmunohistoquímica e inmunohistoquímica especial. 2. Uso de rótulo de muestras al laboratorio de Patología marcadas con barras y articulado con el aplicativo PatCore. 3. Mejorar la oportunidad de entrega de resultados con la implementación del aplicativo.	1. Formatos actualizados y disponibles en la intranet 2. Ingreso y registro de muestras al laboratorio de Patología marcadas con etiquetas de códigos de barras 3. Medición de oportunidad de entrega de resultados	1/20/2017	01/09/2017	Samuel Morales Coordinador Laboratorio de Patología	Oportunidad en la entrega de resultados de patología								
1		SERVICIO NO CONFORME	#####	Problemas con la unidad móvil	Porque 3: mala calidad de los materiales utilizados internamente ya que no resisten trabajo continuo. Porque 2: Los elementos utilizados de la unidad móvil no resisten por constante uso y movimiento. Porque 1: La unidad móvil no cumple con criterios de Calidad vigentes.	COMPETENCIA	Gestión de la Tecnología	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Problemas con la unidad móvil	5	5	5	100	Captación de Donantes	AC	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Ejecución de reparación de la unidad móvil 2. Ficha de envío para arreglo de unidad móvil 3. Unidad móvil en funcionamiento	1. Registro de cumplimiento de garantías por parte del proveedor 2. Cronograma de fecha de arreglo de unidad móvil 3. Unidad móvil en funcionamiento	05/08/2015		Gestión de la Tecnología Dirección Administrativa, Proceso de Jurídica	N/A								
2		AUDITORIA EXTERNA S.S. CUNDINAMARCA	#####	Actualizar el Manual de Bioseguridad del banco de sangre alineado a nivel institucional	Porque 3: Se ajustaban a procesos del banco de sangre y servicio transfusional Porque 2: No se encontraba en un solo manual transversal a la institución. Porque 1: Cambio de Normatividad de habilitación.	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Documentar en el manual de bioseguridad general los aspectos importantes del banco y del servicio transfusional	5	3	3	45	Accidente de Riesgo Biológico	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Documentar las precauciones del banco de sangre y del servicio transfusional en el manual a nivel general. 2. Generar Protocolo de Limpieza y Desinfección a nivel del banco de sangre y del servicio transfusional publicado 3. registro de socialización 4. Evaluación al personal involucrado	1. Manual de Bioseguridad a nivel institucional publicado 2. Protocolo de limpieza y desinfección del banco de sangre y del servicio transfusional publicado 3. registro de socialización 4. Evaluación al personal involucrado	2016	30/01/2017	Proceso de Atención al paciente hospitalizado, Adriana González y Tatiana Guerrero.	Garantizar que los colaboradores realicen de igual manera todos los procesos de limpieza y desinfección para minimizar los posibles riesgos de transmisión de enfermedades inherentes a la manipulación de muestras de sangre								
3		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Actualizar Procedimiento acerca de la reevaluación del personal cuando ayude a capacitaciones externas, por talento humano	Porque 3: No se tiene estandarizado como se debe retroalimentar al personal que no asiste a las capacitaciones. Porque 2: No está documentado la retroalimentación a capacitaciones externas, por talento humano Porque 1: Unificar criterios y procedimientos de capacitación que no asiste a capacitaciones externas	CONTINUIDAD	Humanización de la atención en salud	Articulado con la red	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Documentar el procedimiento como se debe manejar la retroalimentación del personal.	1	1	1	1	NO APLICA	OP	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1. Unificar criterios a nivel institucional de retroalimentación del personal. 2. Cambios en los procedimientos en el área de talento humano 3. procedimientos aprobados 4. socialización de los cambios	1. Registro del envío a talento humano de los cambios solicitados por INVIMA 2. Nuevo versión emitida por talento humano 3. socialización de los cambios	09/03/2017	10/10/2017	proceso de Talento Humano, Dr. César Moreno y Tatiana Guerrero Junca.	Socializaciones realizadas a los colaboradores del Banco de sangre meta 95%								
4		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Actualizar Programa de Tecnovigilancia en grado medio de implementación	Porque 3: se tiene un grado medio de implementación del programas de tecnovigilancia Porque 2: Se necesita más capacitación y formación en cuanto a las novedades de tecnovigilancia Porque 1: se espera que los programas institucionales estén en un grado de implementación alto	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Actualizar el programa de Tecnovigilancia que incluye las funciones del líder del programa.	5	3	3	45	NO APLICA	AC	ARTICULACION	1. documentar las funciones del líder en los programas de seguridad 2. Documento aprobado y publicado en la intranet 3. Socializaciones de las nuevas versiones	1. Registro del envío de las observaciones dejadas por el ente de control a inclusión de las funciones del líder 2. Programa publicado con los cambios 3. socialización del programa	09/03/2017	10/10/2017	Líder del programa de Tecnovigilancia, líder de reactivovigilanci a referente de seguridad y Tatiana Guerrero Junca	Socializaciones realizadas a los colaboradores del Banco de sangre meta 95%								
5		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Incluir en el formato de encuesta de selección de donantes un espacio de apto y no apto.	Porque 3: no aceptan que este dentro de otro parámetro ya que son criterios independientes Porque 2: se debe unificar con los criterios a nivel nacional Porque 1: se deben separar los criterios de aceptación con el de examen físico.	SEGURIDAD	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mapamiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Priorizar la inclusión de encuestas en el espacio para que el donante se APTO y NO APTO	3	3	3	27	Incumplimiento de los Lineamientos sobre las guías de selección de donantes del INS	OP	OTRA	1. Realizar Cambios al formato (OISS) encuesta para selección de donantes de sangre 2. Encuesta aprobada y publicada 3. socialización del cambio	1. Registro de la inclusión de apto y no apto en el formato 2. Encuesta aprobada y publicada 3. Socialización de los cambios	09/03/2017	31/10/2017	Apoyo Administrativo y Tatiana Guerrero Junca	objetivo: Garantizar sistema de información seguro y confiable								
6		AUDITORIA EXTERNA INVIMA	#####	Incluir la supervisión de la dirección en el procedimiento de etiquetado y amancebamiento de componentes sanguíneos	Porque 3: se requiere supervisión aleatoria por la dirección Porque 2: Esta normado por ley en las funciones de la dirección Porque 1: Se tiene establecido por pares y calidad y no por la dirección	COORDINACION	Responsabilidad Social	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	actualizar incluir dentro del procedimiento la supervisión por la dirección	5	5	3	75	No cumplimiento de la Normatividad vigente	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. documentar la revisión de las áreas de la dirección 2. aprobación del procedimiento 3. socialización del procedimiento	1. Procedimiento con los cambios 2. Procedimiento aprobado y Publicado 3. Socialización del procedimiento	09/03/2016	31/03/2017	Tatiana Guerrero Junca	Socializaciones realizadas a los colaboradores del Banco de sangre meta 95%								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Requis	Costo	Voluntad	Tiempo															
BANCO DE SANGRE	7	AUDITORIA INTERNA HSE0	#####	actualizar la caracterización	porque 3. Con la reingeniería se debe ajustar la caracterización Porque 2. porque debe estar alineada con los procesos del banco Porque 1. se debe documentar con lo que se trabaja.	COORDINACIÓN	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	actualizar la caracterización con los cambios	1	3	1	3	Proceso desatendido	AC	PLANEACIÓN – ESTRATEGIA	1. Actualización de la Caracterización 2. Aprobación y Publicación de la caracterización 3. Socialización de los cambios	1. Caracterización actualizada 2. Documentos aprobados y publicados en la intranet 3. Registro de Socialización de los cambios	10/01/2017	30/06/2017	Tatiana Guerrero Adriana Gonzalez Peneación	Socializaciones realizadas a los colaboradores del Banco de sangre meta: 95%						
	8	AUDITORIA EXTERNA S3 CUNDINAMARCA	#####	informe de asistencia técnica al puesto de campaña estamural de hallazgo en cuanto a instalaciones Físicas, Campa de donación con piso	Por que 3. Campa debe cumplir con todos los requisitos para el proceso de colecta estamural Porque 2. se necesita contar con elementos (carpa) en óptimas condiciones y piso que cumpla con protocolos de limpieza y desinfección. porque 1. se debe contar con las mismas condiciones de colecta intramural como colecta estamural	EFICIENCIA	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Mejoramiento	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Compra de la carpa para campaña extramural para cumplimiento de los requisitos	5	5	5	123	captación de donantes	AP	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Gestión de la compra de la carpa con hotelería (plan de compras) 2. Fechas de entrega de la carpa y carpa en funcionamiento.	1. Requerimientos para compras para el banco de sangre 2. Comprobante de adquisición de la carpa y puesta en funcionamiento.	08/02/2017	30/09/2017	Tatiana Guerrero, Heidy Torres(líder hotelería)	No aplica						
	9	AUTOCONTROL	#####	Realizar Seguimiento y supervisión de las temperaturas de las neveras para garantizar desempeño y cadena de frío.	porque 3. Garantizar la correcta estabilidad de la cadena de frío por que 2. validación externa de cumplimiento de calificación y certificación de las neveras Porque 1. falta de mantenimiento para garantizar funcionamiento adecuado de los equipos	EFICIENCIA	Gestión de la Tecnología	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar Seguimiento y supervisión de las temperaturas de las neveras para garantizar desempeño y cadena de frío.	5	5	5	123	perdidas de Hemocomponent es pérdidas de reactivos	OP	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Instalar herramienta (excel) de seguimiento a las temperaturas por parte de equipos médicos 2. Insertar datos de comportamiento de la nevera 3. acta de reunión interna con equipos médicos que aseguren los planes de manejo a se requiere.	1. herramienta en excel 2. Socialización de la herramienta del seguimiento a temperaturas 3. acta de seguimiento mensual de las graficas.	05/02/2017	30/06/2017	Tatiana Guerrero Junca Adriana Gonzalez líder Equipos médicos	Verificación y seguimiento a la cadena de frío del banco de sangre						
	10	AUTOCONTROL	#####	Analizar resultado no concordante en HBSAG programa de evaluación indirecta del desempeño de cundinamarca	porque 3. Separación simultanea de muestras reactivas y no reactivas por que 2. contaminación cruzada con elemento sulfizados en el área Porque 1. falta de organización y desempeño de ellas actividades	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Gestionar Correcto empaque y seguimiento de las muestras de control de calidad externo	5	5	5	123	Liberación incorrecta de Resultados	OP	ARTICULACIÓN	1. Inducción adecuada al personal control de calidad externo a la secretaria departamental 2. Seguimiento por parte de la calidad en el empaque y Montaje por duplicado del envío de las muestras 3. resultados por parte del LSPC del cumplimiento del 100% de las muestras	1. Formato de inducción al personal nuevo del proceso de envío de control de calidad externo 2. Evidencia del seguimiento por parte de calidad en el empaque de las muestras 3. Resultados del LSPC con concordancia del 100%	10/04/2017	31/12/2017	Tatiana Guerrero Junca Adriana Gonzalez Bacteriología de Infecciosas	Cumplimiento de muestras externas de control de calidad						
	11	REFERENCIAION	#####	mejoramiento en cuanto a indicadores de oportunidad y no oportunitas den el manejo de los procesos reuniones más frecuentes con proveedores (Aplica también para la fuente, revisión por la dirección)	nia	OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Mejorar el indicador de OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE BANCO DE SANGRE A PACIENTES	5	5	5	123	no oportunita en la entrega de resultado	OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	1. Socialización a colaboradores del banco de sangre para mejorar oportunidad. 2. Reunión Semestral con el Laboratorio clínico de Seguimiento a mejorar la oportunidad con los resultados de exámenes. 3. seguimiento a indicadores	1. Socialización de validación de oportunidad a los Colaboradores del banco de Sangre 2. Acta de Reunión con el laboratorio Clínico 3. verificación y seguimiento a indicadores de oportunidad en entrega de resultados	08/03/2017	30/08/2017	TATIANA GUERRERO Y RUTH ROLAS	Oportunidad en entrega de resultados del banco de sangre						
	12	REFERENCIAION	#####	Mejoramiento en el Servicio Transfusional y Banco de Sangre	nia	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Implementación en el control de transfusiones, la verificación por la bacteriología del consentimiento informado. 2. Reuniones mensuales con la líder de Reactivogilancas para revisión de las alertas en conjunto por interdisciplinariedad. 3. Mejoras del Área interna del Banco de Sangre.	5	5	5	123	No pertinencia en cuanto a reactivogilancas	OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	1. Implementar en el control de transfusiones, la verificación del consentimiento informado. 2. Realizar reuniones mensuales con la líder de Reactivogilancas para revisión de las alertas en conjunto por interdisciplinariedad. 3. Mejorar del Área interna del Banco de Sangre.	1. Formato con cambio en el control de transfusiones, la verificación del consentimiento informado. 2. Realizar reuniones mensuales con la líder de Reactivogilancas para revisión de las alertas en conjunto por interdisciplinariedad. 3. Mejorar del Área interna del Banco de Sangre.	01/06/2017	31/12/2017	Tatiana Guerrero y Adriana Gonzalez, jefrey torres	porcentaje de consentimiento informados diligenciados						
	13	AUTOCONTROL	#####	resultado Control de calidad Externo de inmunohematología no concordante (API)	porque 3. resultado en 0%, Informe visual pero sin confirmación por que 2. El instructivo de informe no es claro para el ingreso de los resultados y confirmación Porque 1. llega muestras sobre el tiempo de informe en el aplicativo	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar Correcto registro, informe y seguimiento del control de calidad externo API	5	5	5	123	liberación incorrecta de resultados de control de calidad externo	OP	ARTICULACIÓN	1. Capacitación por parte del proveedor sobre el adecuado el ingreso a la página de control de calidad externo API 2. Verificación y confirmación del tercer envío satisfactorio de los resultados en la aplicación 3. resultados por parte del API del cumplimiento del 100% de las muestras en el tercer envío	1. Solicitud de ingreso al API del control de calidad de inmunohematología 2. capacitación al personal sobre el proceso de ingreso de las muestras al aplicativo por parte de la casa comercial 3. verificación de concordancia del tercer envío de las muestras de control de calidad externo	18/09/2017	31/12/2017	Tatiana Guerrero Junca Adriana Gonzalez bacteriología de inmunohematología	Cumplimiento de muestras externas de control de calidad						

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIENTES						
PROCESO	FALLO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Requis	Comp	Volunt	Time															
D O C E N C I A	1	ACREDITACION		Fortalecer actividades de bienestar de estudiantes que rotan por el hospital	1. Las actividades de bienestar no están articuladas con talento humano 2. No se cuenta con un cronograma de actividades de bienestar 3. Los estudiantes no reconocen ni participan en actividades de bienestar en el HUS	ACCESIBILIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Realizar y articular las actividades de bienestar de los estudiantes del programa de talento humano	3	5	5	75	Falta de interés de los estudiantes en participar en las actividades de bienestar programadas	OP	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1. Identificar las actividades de bienestar para los estudiantes y realizar el cronograma respectivo 2. Cronograma desarrollado y aprobado por la Subdirección de Talento Humano y Educación e Investigación Médica 3. Desarrollo del cronograma de actividades	1. Cronograma firmado y encuesta realizada (50%) 2. y 3. Evidencia de las actividades de bienestar (fotos, listas de asistencia) (50%)	31/01/2017	31/12/2017	Subdirección de Educación e Investigación Médica	Cumplimiento de las actividades de bienestar						
	2	ACREDITACION	#####	No hay un diagnóstico que nos permita determinar qué cosas tenemos y qué cosas debemos mejorar en el proceso de Docencia según sea que estén DOIMM (Documentadas, Desagregadas, Implementadas, Medidas o Mejoras).	1. ¿porqué? La caracterización dno da respuesta a los procesos realizados por el área 2. ¿porqué? No se tenía claro los procedimientos a realizar el área 3. ¿porqué? No se tenía con claridad identificadas las acciones que realiza la Subdirección de Educación.	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Actualizar la caracterización y los procedimientos necesarios que evidencien las actividades de control de los estudiantes.	3	5	5	75	El incumplimiento de las actividades de los procedimientos	OP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar la caracterización del proceso 2. Actualizar los procedimientos de la relación docente servicio 3. Socializar e implementar los nuevos procedimientos	1 y 2 Caracterización y procedimientos actualizados (60%) 3. Actas de socialización de los nuevos procedimientos y evidencias de la implementación de los nuevos procedimientos (60%)	01/04/2017	31/10/2017	Subdirección de Educación e Investigación Médica	Procedimientos y caracterizados publicados y socializados						
	3	ACREDITACION	#####	Estudiantes sin la identificación correspondiente y medidas de control al ingreso del HUS	1. Los estudiantes no cumplen con los requisitos de ingreso al HUS 2. No asisten a Educación Médica para la expedición del mismo 3. No se identifican a los estudiantes	SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Expedir carnés correspondientes al nivel de formación a los estudiantes que cumplen con los requisitos de ingreso al HUS	3	5	5	75	El usuario y su familia no identifican a los estudiantes	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Carnetizar a los estudiantes de acuerdo a su nivel de formación, previo el cumplimiento de los requisitos de ingreso al HUS, expedidos por la Subdirección de Educación e Investigación Médica 2. Verificación de los certificados de inducción previa entrega del carné institucional de estudiantes 3. Implementación de visitas de seguimiento a los estudiantes	1. Sistema de elaboración de carnés 2. Estudiantes carnetizados de acuerdo a su nivel de formación 3. Listas de recibos del carné por parte de los estudiantes (60%) 4. Listas de chequeo observacional aplicadas y desarrolladas 5. Sistema de biómetro para el ingreso y egreso de estudiantes	01/11/2016	28/02/2017	Subdirección de Educación e Investigación Médica	Cumplimiento de la identificación de estudiantes en un 95%						
	4	AUTOCONTROL	#####	Se evidencia que algunos comités de Docencia Servicio, fueron realizados sin la nueva metodología de evaluación	1. Se realizan los comités en forma escrita 2. Algunos convenios usan los actas previos de su institución 3. Falta de adherencia al formato del comité Docente Asistencial	PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	1. Realizar los comités de Docencia con el acta de comités con un nuevo contenido	3	3	3	27	Incumplimiento en la normatividad	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Cumplimiento al plan de acción de los comités 2. Seguimiento al cumplimiento del plan de acción 3. Seguimiento a la implementación de los formatos de acta para los comités	1 y 2. Seguimiento y ejecución al plan de acción 3. Comités con la nueva acta	01/01/2017	28/04/2017	Subdirección de Educación e Investigación Médica	Dar cumplimiento a los 22 convenios de DS con la nueva acta						
1	AUDITORIA INTERNA HSEGO		01-02-14	FALTA ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO 02NU01- FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS	1. SE DEBEN REALIZAR CAMBIOS A NIVEL DEL DOCUMENTO DONDE SE DESCRIBAN Y SE REALICEN AJUSTES DE ACTIVIDADES 2. POR QUE LOS PROCESOS CONLLEVAN A CAMBIOS EN LA NORMATIVA Y ES SISTEMAS DOCUMENTALES 3. REINGENIERIA DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL POR CAMBIO EN MAPA DE PROCESOS	CONTINUIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	AJUSTAR, DOCUMENTAR E IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS (02NU01) A AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES DEL SERVICIO DE ALIMENTACION	5	5	5	100	DAÑO AL PACIENTE POR MAL PREPARACION DE LOS ALIMENTOS, INCUMPLIMIENTO DENTRO SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS Y MEDIR SU ADHERENCIA EN AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES DEL SERVICIO DE ALIMENTACION	DOCUMENTO IMPLEMENTADO Y MEDIDO	01/04/2017	30/06/2017	LIDER DE HOTELERIA HOSPITALARI A LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO A LOS COLABORADORES DEL SERVICIO DE ALIMENTACION, CON UNA META DEL 90%						
2	AUDITORIA INTERNA HABILITACION		21/11/2016	En auditoría interna no se cumple en la totalidad de adherencia al procedimiento de Funcionamiento de Servicio de Alimentación: elementos de aso y compresas en locker; falta de bolsas desechables en puestos de trabajo; caja de cartón mal ubicada; tabla de material en el servicio; no se evidencia registro de temperatura y humedad en las tardes y fines de semana; algunos alimentos no están rotulados en neveras y congeladores	1. FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO 2. FALTA DE INTERES DE LOS COLABORADORES 3. FALTA RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO Y SEGUIMIENTO	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	RESOCIALIZAR Y MEDIR ADHERENCIA PARA TOMA DE ACCIONES DEL PROCEDIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS 02NH03 CON EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ALIMENTACION	5	5	3	75	RIESGO PARA EL PACIENTE EN SU ALIMENTACION Y SANCIONES PARA LA INTUICION DE VIGILANCIA Y CONTROL	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02NH03 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA 3. INFORME CONSOLIDADO Y MEDICION	1. REGISTRO DE SOCIALIZACION DEL 07/03/2017 2. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS 3. INFORME CONSOLIDADO CON ANALISIS Y MEDICION DE ADHERENCIA	21/11/2016	30/06/2017	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO A LOS COLABORADORES DEL SERVICIO DE ALIMENTACION, CON UNA META DEL 90%						
3	AUDITORIA INTERNA HABILITACION		21/11/2016	El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	1. Reingeniería del Sistema de Gestión Documental 2. Demora en los procesos de gestión documental 3. No se ha realizado el documento en el formato institucional.	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Ajustar y aprobar el Plan de Saneamiento en el formato institucional del sistema de calidad	5	5	3	75	RIESGO PARA EL PACIENTE EN SU SANEAMIENTO Y SANCIONES PARA LA INTUICION DE VIGILANCIA Y CONTROL	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. AJUSTAR, APROBAR Y PUBLICAR EL PLAN DE SANEAMIENTO 2. SOCIALIZAR EL PLAN DE SANEAMIENTO 3. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA Y CONSOLIDAR INFORME CON RESULTADOS DE ADHERENCIA	1. PLAN DE SANEAMIENTO APROBADO Y PUBLICADO EN INTRANET EN EL FORMATO INSTITUCIONAL 2. REGISTROS DE SOCIALIZACION DEL DOCUMENTO 3. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	21/11/2016	31/10/2017	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA AL PLAN DE SANEAMIENTO EN UN 90%						

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA

DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA

RESULTADOS

SEGUIMIENTOS

PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TERMINACION (MES/AÑO)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Resga	Clase	Voluntad	Tasa																
4		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	21/11/2016	Se debe ajustar el documento de control de plagas, que incluye el servicio de alimentos, sus anexos que visualizan las áreas en la práctica documental	1. No esta especifico el servicio de alimentación en el protocolo 2. No se ha ajustado 3. Se desconoce que se debe tener especifico el usuario de los servicios de salud	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Ajustar, implementar y medir para toma de decisiones el protocolo de fumigación y control de plagas 03H06, que incluye específicamente el servicio de alimentación	5	5	5	125	1. Porfirización de insectos y vectores. 2. Intoxicación por productos de fumigación	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Ajustar el protocolo Fumigación y control de Plagas, que incluya específicamente el servicio de alimentación 2. Socializar el protocolo 3. Lista de Chequeo aplicadas y medir adherencia	1. Documento ajustado y publicado en intranet 2. Registro de socialización de protocolo 3. Listas de chequeo aplicadas e informe consolidado con la medición de adherencia	21/11/2016	30/06/2017	SUBDIRECTO R DE HOTELERIA	ADHERENCIA AL PROTOCOLO A LOS COLABORADORES DE LA EMPRESA DE ASEO, CON UNA META DEL 90%							
5		AUTOCONTROL	04/01/2017	SE EVIDENCIA EN EL INFORME CONSOLIDADO DE ANALISIS DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES CON RIESGO DE FUGA 02H09, QUE HAY DEBILIDADES EN LA ADHERENCIA EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA	1. No hay buena adherencia al procedimiento de identificación de usuarios con riesgo de fuga 02H09 2. Se debe resocializar el procedimiento y medir de nuevo su adherencia en el personal de vigilancia 3. Alta rotación de colaboradores y no tienen claro el	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO IDENTIFICACION BUSQUEDA Y REPORTE DE USUARIOS CON RIESGO DE FUGA CODIGO 02H09	5	5	5	125	PERDIDA O FUGA DE PACIENTE	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DE USUARIOS CON 02H09 CON EL PERSONAL DE VIGILANCIA 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA E INFORME CONSOLIDADO CON RESULTADOS	1. REGISTROS DE SOCIALIZACION DEL PROCEDIMIENTO 02H09 CON PERSONAL DE VIGILANCIA 2. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	04/01/2017	30/11/2017	LIDER DE HOTELERIA COORDINADA R EMPRESA DE VIGILANCIA	ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO CON UNA META DEL 90% EN PERSONAL DE VIGILANCIA							
6		AUDITORIA INTERNA HSEQ	15/01/2017	Se evidencia en sala de partos y patología deficiencia en el procedimiento de limpieza y desinfección	1. No están en uso las áreas 2. falta de socialización de la información 3. Falta de adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección en sala de partos	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	RESOCIALIZAR A COLABORADORES DE EMPRESA DE ASEO DE SALA DE PARTOS Y PATOLOGIA EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION HOSPITALARIA	5	5	5	125	INFECCIONES NOSOCOMIALES	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION 02H07 CON COLABORADORES DE EMPRESA DE ASEO. 2. APLICAR LISTAS DE CHEQUEO PARA MEDIR ADHERENCIA Y CONSOLIDAR INFORME CON RESULTADOS	1. REGISTROS DE SOCIALIZACION DEL PROCEDIMIENTO 02H07 CON PERSONAL DE EMPRESA DE ASEO 2. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	15/01/2017	30/06/2017	LIDER DE HOTELERIA HOSPITALARIA	ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO CON UNA META DEL 90% COLABORADORES DE EMPRESA DE ASEO							
7		PQRS	#####	Durante el IV trimestre del 2016 y entre enero y febrero del 2017 se han presentado 9 quejas y reclamos por falta de frasco amable frente a los usuarios y sus familias por parte del servicio de vigilancia y servicios generales	1. Por agresividad de los usuarios 2. Falta de capacitación servicio cliente y desarrollo de competencias del personal de vigilancia y servicios generales 3. Índice de Rotación	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Calidez	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	1. Capacitar a los colaboradores de la empresa de vigilancia y servicios generales en servicio al cliente 2. Orientar a los pacientes y su familia en el ingreso del HUS sobre información general a tener en cuenta al ingreso del HUS	5	3	3	45	QUEJAS DE USUARIOS	OP	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1. Solicitar al proceso de Talento Humano capacitar a los colaboradores de servicios generales y vigilancia en temas relacionados con servicio al cliente 2. Definir los temas a desplegar a los Usuarios y su familia por parte del servicio de vigilancia en acceso principal y espacios de tiempo para realizar el despliegue de la información definida 3. Realizar despliegue de la información	1. Solicitud a proceso de TH de capacitación 2. Definir los temas a desplegar con Usuarios por parte de los colaboradores de vigilancia 3. Registro de Usuarios que reciben la información pertinente	28/03/2017	30/06/2017	LIDER DE HOTELERIA	Colaboradores de Vigilancia, usuarios y su familia sensibilizados							
8		PQRS	#####	Se analizan quejas y reclamos desde el sistema de PQRS, donde en el primer trimestre hay quejas por falta de aseo en baños y algunas áreas del HUS.	1. FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO 2. FALTA DE INTERES DE LOS COLABORADORES 3. FALTA RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO Y SEGUIMIENTO	SEGURIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Resocializar y medir el procedimiento LIMPIEZA Y DESINFECCION HOSPITALARIA 02H07	5	3	5	75	INFECCION CRUZADA MAL IMAGEN INSTITUCIONAL	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION 02H07 CON COLABORADORES DE EMPRESA DE ASEO. 2. APLICAR LISTAS DE CHEQUEO PARA MEDIR ADHERENCIA Y CONSOLIDAR INFORME CON RESULTADOS	1. REGISTROS DE SOCIALIZACION DEL PROCEDIMIENTO 02H07 CON PERSONAL DE EMPRESA DE ASEO 2. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	25/04/2017	30/06/2017	LIDER DE HOTELERIA	ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS EN UN 90%							
9		PQRS	#####	En las PQRS se reporta que las sillas de ruedas están en mal estado	1. Algunas sillas de ruedas para traspasar de pacientes están en mal estado 2. Por obsolescencia y deterioro por uso, algunas sillas de ruedas se encuentran dañadas 3. Se deben adquirir las	EFICIENCIA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Solicitar a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros la adquisición de dotación complementaria de Hosteria Hospitalaria, que incluye la compra de sillas de ruedas.	5	5	3	75	RIESGO DE CAIDA DE PACIENTES	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	Solicitar a Subdirección de Bienes, Compras y Suministros la adquisición de dotación complementaria de Hosteria Hospitalaria, que incluye la compra de sillas de ruedas.	Solicitud en Dinámica Gerencia de la adquisición de Sillas de Ruedas para pacientes	25/04/2017	30/09/2017	LIDER DE HOTELERIA	Solicitud de sillas de ruedas radicado							
10		REFERENCIACION	#####	Conocer las modalidades de contratación de espacios de cafeterías, máquinas dispensadoras de alimentos, espacios de bienestar y estudiar la viabilidad de éste modelo en el HUS.		OPORTUNIDAD	Responsabilidad Social	Maporamiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Definir adecuación de servicios para brindar usuario y colaborador, espacios de bienestar como cafeterías o máquinas dispensadoras de alimentos	3	3	5	45	No se logra hacer las adecuaciones de infraestructura	OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Realizar estudios económicos (60%) 2. Realizar estudios previos (20%) 3. Realizar proyección de presupuesto e incluir en presupuesto del próximo año el tema de Bienestar (20%)	1. RUTH actualizados para actividad económica 2. Estudios previos aportados presupuesto e incluir en presupuesto del próximo año el tema de bienestar.	31/03/2017	31/12/2017	LIDER DE HOTELERIA LIDER INFRAESTRUCTURA								
1		AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	may-15	No se cuenta con procedimiento de seguimiento a los proyectos de investigación	1. ¿Por qué? Los proyectos actuales tienen poco seguimiento. 2. ¿Por qué? No se ha planteado la forma de realizar el seguimiento a los proyectos. 3. ¿Por qué? No hay un procedimiento para definir los lineamientos de seguimiento a los proyectos de investigación.	EFICIENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.		5	5	3	75		OP	PLANEACIÓN - ESTRATEGIA	1. Actualizar caracterización del proceso (30%) 2. Realizar y actualizar procedimiento del proceso de	1. Caracterización aprobada, publicada y actualizada en	28 febrero del 2017	15/10/2017	Anelys Mancilla Profesional Especialista II	cumplimiento de la actualización.							

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Reaga	Cont	Volunt	Tras												Avance	Avance	Avance	Avance	Avance
INVESTIGACION	2	AUDITORIA INTERNA HSEQ	Abril 11 de 2016	Aunque el proceso tiene definidos los procedimientos dentro de la caracterización, algunos no se encuentran documentados. Evidencia: En el documento D00N01-V1 "CARACTERIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN", se tiene estipulado la actividad de investigación de productos y proyectos en desarrollo el cual no está documentado a la fecha.	1. ¿Por qué? Los procedimientos contemplados en la caracterización del proceso de investigación no eran los adecuados. 2. ¿Por qué? La visión que se tenía frente al proceso de investigación no se alineaba con los objetivos del hospital. 3. ¿Por qué? La elevación del proceso no era holística y se hace necesario una actualización de la misma en la caracterización del proceso.	PERTINENCIA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Actualizar la Caracterización, los procedimientos del proceso de investigación y asociar.	5	5	3	75	Falta de tiempo humano para realizar la actualización de los documentos.	OP	PLANEACION - ESTRATEGIA	1. Investigación (30%) 2. Socialización de los procedimientos a los colaboradores del proceso de investigación (20%) 3. Registrar de socialización. 4. Implementar los procedimientos de investigación (20%)	1. Intranet. 2. Procedimientos creados, aprobados, actualizados y publicados en Intranet. 3. Registro de socialización. 4. Adherencia estudiantes y docentes.	28 febrero del 2017	15/10/2017	Aryela Maricla Lleras de Investigación	Indicador de socialización y adherencia a los procedimientos del proceso de investigación. Meta 90%.							
	3	AUTOCONTROL	#####	Fortalecer las competencias epidemiológicas de los grupos de investigación institucionales, que se encuentran vinculados en el HUS.	1. ¿Por qué? Poco conocimiento en fundamentos básicos de epidemiología. 2. ¿Por qué? No hay claridad en la identificación de los tipos de estudios. 3. ¿Por qué? Existe poca actualización sobre metodologías de investigación.	EFFECTIVIDAD	Gestión del Riesgo	Docente	4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	1. Capacitar a líderes y profesionales de los Grupos de investigación en epidemiología básica. 2. Capacitar en buenas prácticas clínicas.	5	5	3	75	Insistencia de los líderes de grupos de investigación institucional a la capacitación.	OP	APRENDIZAJE PARA LA INNOVACION	1. Construcción de un diplomado en epidemiología. 2. Construcción de un curso de Buenas Prácticas Clínicas con una ESC. 3. Impartir Diplomado en epidemiología. 4. Desarrollar el curso Buenas Prácticas Clínicas.	1 y 3 y 3 Diplomado realizado por Moodle y aprobado por los participantes (65%) 2 y 4 Certificación de aprobación de curso por HUS (50%)	29/06/2017	15/12/2017	Aryela Maricla Lleras de Investigación	Los certificados de los participantes al curso del Diplomado en Moodle La certificación de los participantes en curso de BPC							
	1	ACREDITACION	02/02/2015	Fortalecer el proceso de talento humano		PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Atención Integral	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Actualizar, desplegar, implementar los procedimientos de Talento Humano	5	5	5	125	Falta de adherencia a los procedimientos.	OP	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Actualizar, socializar e implementar los procedimientos de talento humano	1. procedimientos publicados en la intranet 2. Registro de la socialización del procedimientos 3. Análisis de los indicadores del proceso de gestión del talento humano.	01/01/2017	31/07/2017	Subdirector Desarrollo Humano	No de procedimientos a realizados/no de procedimientos a realizar.							
GESTION TALENTO HUMANO	2	ACREDITACION	02/02/2015	Fortalecer el programa de salud y seguridad en el trabajo		CONTINUIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo	5	5	5	125	Falta de entrega de indicadores por las empresas tercerizadas	OP	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Documentar el programa de salud y seguridad en el trabajo	1. Manual de salud y seguridad en el trabajo publicado en la intranet 2. Registro de la Socialización 3. Análisis de los indicadores	01/01/2017	31/12/2017	Rafaelente Seguridad y Salud en el Trabajo - Subdirector Desarrollo Humano	N° de accidentes gestionados/N° de accidentes reportados							
	3	AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	#####	La organización no mantiene los registros apropiados de formación, habilidades y experiencias según la competencia determinada en el manual de funciones. Evidencia: En la verificación de la hoja de vida de la funcionaria identificada con código 5229300 cargo: auxiliar de enfermería que se desempeña en sala de partos no hay evidencia del cumplimiento de los requisitos de la formación general y específica según el manual de funciones, ingreso en enero de 2016.	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección y vinculación con las partes interesadas. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por el proceso a los diferentes puntos de control	PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Centrado en el usuario	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección y vinculación con las partes interesadas. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por el proceso a los diferentes puntos de control	5	5	5	125	Falta de seguimiento en el cumplimiento de los requisitos	OP	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección y vinculación con las partes interesadas. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por el proceso a los diferentes puntos de control	1. Procedimiento de vinculación documentado 2. Soportes de socialización. 3. Verificación de títulos	01/01/2017	30/06/2017	Subdirector de personal - Subdirector Desarrollo Humano								
	4	REVISION GERENCIAL	#####	Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana		PERTINENCIA	Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente)	Centrado en el usuario	2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana	5	5	5	125	No se entregan oportunamente el cambio de un funcionario en otro cargo y las funciones no se acorde a las necesidades	OP	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1. Solicitar a la Comisión de Personal los reclamos que hayan sobre el manual de funciones. 2. Revisar cada perfil y realizar los ajustes necesarios	1. Manual de funciones ajustado y aprobado	01/03/2017	31/12/2017	Subdirector Desarrollo Humano	Manual de funciones y competencias actualizado, aprobado y publicado en la intranet							
1	AUDITORIA INTERNA HSEQ	09/05/2017	No se realizó de la calibración de equipos patrón, incluyendo el área al del número 7.6 de la NTC 850 9001 2008 evidencia: la lista patrón de 19g para 114210101 tiene como fecha de última calibración, el 13 de enero de 2016 y validación, tienen vigencia de 1 año.	1. ¿Por qué? No se tiene un seguimiento adecuado, a las fechas de vencimiento de los certificados de los equipos patrón. 2. ¿Por qué? Se realiza de manera manual (física). 3. ¿Por qué? No se cuenta con una herramienta para el seguimiento y de alertas de vencimiento de las certificaciones de los equipos patrón.	PERTINENCIA	Gestión de la Tecnología	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contar con una herramienta que permita realizar seguimiento al vencimiento de las certificaciones de calibración de los equipos patrón	3	5	5	75	No hay registro de recursos para la adquisición del software	AC	GESTION POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Realizar la calibración de todos los equipos patrón que tengan certificados de calibración vencidos. 2. Desarrollar herramienta en excel para el seguimiento de vencimiento de los certificados de calibración de los equipos patrón. 3. Realizar la vinculación para la adquisición de un software para el seguimiento y control de Tecnologías.	1. Certificados de Equipos Patrón 2. Herramienta socializada e implementada 3. Documento de estudio de viabilidad	09/05/2017	31/12/2017	Líder de proceso de tecnología biomédica Líder de Proceso de gestión de la información									
2	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	20/10/2016	Se encuentran que algunos Equipos Biomédicos cuentan con contratos de mantenimiento vencidos, los cuales se encuentran en proceso de contratación, por tal se tienen mantenimientos preventivos atrasados	1. ¿Por qué? No se realiza seguimiento a las peticiones de contratación y a las solicitudes de contratación por parte de Tecnología Biomédica. 2. ¿Por qué? No se tiene establecido quien realiza esta actividad en el proceso de tecnología biomédica. 3. ¿Por qué? Por que no se tiene una herramienta digital para hacer el seguimiento	OPORTUNIDAD	Gestión de la Tecnología	Optimizar	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar seguimiento a la vigencia de contratos y a las solicitudes de contratación de tal manera que siempre se cuenta con contratos vigentes, adicional realizar seguimiento mensual al cronograma de mantenimiento preventivo	3	5	5	75	Multiplicidad de funciones	AC	GESTION POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Realizar reunión en donde se establezca quien es el responsable de hacer seguimiento al vencimiento de contratos y a las solicitudes de contratos por parte de Tecnología Biomédica. 2. Desarrollar herramienta en excel para hacer seguimiento al vencimiento de contratos de Mantenimiento Vigentes. 3. Desarrollar herramienta en excel para hacer seguimiento a las solicitudes indicadas a compras de Contratación de Mantenimiento. 4. Realizar seguimiento mensual al cronograma de mantenimiento preventivo.	1. Acta de reunión 2. Herramienta de excel para hacer seguimiento al vencimiento de contratos de Mantenimiento Vigentes 3. Herramienta de excel para hacer seguimiento a las solicitudes indicadas a compras de Contratación de Mantenimiento 4. Informe de gestión del proceso de Tecnología Biomédica, Mantenimiento	20/10/2016	31/12/2016	Líder de proceso de tecnología biomédica	Cumplimiento al Cronograma de Mantenimiento preventivo de Tecnología Biomédica								
3	ACREDITACION	02/02/2015	Fortalecer el manual integral de gestión de la tecnología	1. ¿Por qué? El manual se encuentra desactualizado. 2. ¿Por qué? Solo se describe como tecnología en salud, según biomédica y gestión. 3. ¿Por qué? No se encuentran guías rápidas de uso de algunos equipos biomédicos	SEGURIDAD	Gestión de la Tecnología	Seguro	3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita controlar Calidad y Excelencia.	Actualizar el manual integral de gestión de la tecnología, el cual incluye todas las tecnologías del HUS	3	5	5	75	Multiplicidad de funciones	AC	GESTION POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar el alcance del manual 2. Socializar en la ruta de actualización 3. Realizar seguimiento mensual al cronograma de mantenimiento preventivo.	1. Manual Publicado en la intranet 2. Actas de capacitación de la ruta a la acreditación 3. Contrato e Orden para adquisición e instalación de Guías	02/02/2017	30/09/2017	Líder de proceso de tecnología biomédica	Porcentaje de adherencia al manual de gestión integral de la tecnología								
4	ACREDITACION	20/10/2016	Contratación de elaboración e instalación de las guías rápidas para los equipos adscritos antes de 2012	1. ¿Por qué? No se tienen las guías rápidas de uso de los equipos biomédicos. 2. ¿Por qué? No se tienen las guías rápidas de uso de los equipos biomédicos. 3. ¿Por qué? Antes del 2012 no existe el manual de gestión integral de tecnología, en el cual se tienen contemplados que los equipos médicos deben tener	SEGURIDAD	Gestión de la Tecnología	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Instalación de guías rápidas de seguridad de los equipos adscritos antes del 2012	5	3	5	75	La no asignación de recursos para esta contratación	AC	GESTION POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	2. Instalación de Guías 3. Guías Instaladas		25/03/2016	31/12/2016	Líder del Proceso de Gestión de Tecnología Biomédica	# de equipos con Guías Instaladas Meta: 1163								

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FECHA	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Reaga	Conte	Voluntad	Tasa															
O G I A B I O M E D I C A	5	ACREDITACION	25/03/2016	Fortalecer el desarrollo de los cronogramas de mantenimiento y publicación en las carteleras de información y en la intranet	1. ¿Por qué? Se verificó el desconocimiento y no publicación en las carteleras los cronogramas de Mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos por parte de los servicios asistenciales. 2. ¿Por qué? Los cronogramas se entregan de forma física y se socializa a los servicios asistenciales a la par que estuviera de turno en ese momento.	EFICIENCIA	Gestión de la Tecnología	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Se publicarán en la intranet todos los cronogramas de Mantenimiento preventivo de los Equipos Biomédicos y se reforzará la socialización de los cronogramas de mantenimiento preventivo en cada una de las Servicios Asistenciales	5	3	5	75	Multiplicidad de funciones y mal funcionamiento de los sistemas de información del HUS	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Enviar Cronogramas de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos a Sistemas 2. Publicación de Cronogramas de Mantenimiento en la Intranet(SI) 3. Socializar la publicación de los cronogramas en la intranet y Socialización en SI, verificando se queda la cultura del publicado en la intranet(SI)	1. Envío de Cronogramas a Sistemas 2. Cronogramas Publicados en la Intranet	20/01/2017	31/12/2017	Lider de Gestión de la Tecnología Biomédica Lider del Proceso de Información	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos Meta: 100%						
	6	ACREDITACION	03/04/2016	honorar en el procedimiento de adopción de guía de práctica clínica, se revisó con el área de tecnología Biomédica si se cuenta con los equipos desinfectantes para instrumental, imágenes diagnósticas, banco de sangre.	1. ¿Por qué? Se identificó que en el proceso de creación de Guías no se tiene en cuenta el proceso de Tecnología Biomédica, en el cual puede describir equipos con que no cuenta el HUS. 2. ¿Por qué? Esta actividad siempre se ha liderado desde la Dirección Operativa y los médicos del Hospital. 3. ¿Por qué? En el procedimiento de adopción de guía de práctica clínica no se tiene contemplada la participación del proceso de gestión de la tecnología biomédica	COORDINACION	Gestión de la Tecnología	Atención Integral	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Revisar el procedimiento de adopción de Guía de práctica clínica, con el fin de que quede integrado conceptual por parte del proceso de Tecnología Biomédica de su cuenta o con la tecnología	5	3	5	75	Multiplicidad de funciones	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar procedimiento de adopción de guía de práctica clínica en donde se incorpore la revisión con el proceso de Tecnología Biomédica la revisión se concuerde con los equipos desinfectantes en las mismas. 2. Enviar las guías adaptadas a tecnología, laboratorio, farmacia e imágenes diagnósticas para que hagan comentarios frente a lo que compete a ellas. 3. Enviar observaciones a la Dirección Científica 4. Actualizar Guías	1. Procedimiento Actualizado 2. Evidencia de envío de Guías 3. Envío de observaciones por escrito	02/04/2016	31/12/2016	Director Científico	Procedimiento Actualizado cada uno de los flujos de los procesos						
	7	SEGURIDAD DEL PACIENTE	03/06/2016	Garantizar desde Equipo Médico que los VAC en condición cuando son Guías Rápidas de Menor registro de calibración, se debe registrar el Control de los mismos en el HUS	Se identificó que el supervisor del contrato de Insumos no está informado de la entrega de los equipos en tránsito rápido que se están entregando en la modalidad del contrato, por tal motivo se debe socializar el procedimiento de Tecnología en Transito Rápido con el personal de atención farmacéutica y además acciones que se refieren al proveedor que debe registrar el ingreso adeudado de su inventario al HUS No tener apoyo por parte del supervisor del contrato de comodato, que el proveedor no entregue la información requerida y que los servicios utilizadores no reportan a tiempo las posibles fallas	PERTINENCIA	Gestión de la Tecnología	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Garantizar que se cumple con el procedimiento de tecnologías en tránsito rápido establecido por el hospital en el proveedor de los VAC	5	3	5	75	Multiplicidad de funciones	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Actualizar el Procedimiento de Procedimiento de Tecnología en Tránsito Rápido con el proceso de Farmacia (10) 2. Solicitar formalmente al supervisor del contrato, para que refleje el proveedor al área de tecnología Biomédica y haga el ingreso adeudado de la Tecnología en Tránsito Rápido. 3. Realizar el ingreso de la tecnología subcontratada la siguiente información al proveedor: Guías Rápidas de Menor, Registro de Calibración de las tecnologías lo requieren, capacitación, registros de vida por equipos, etc. 4. Actualizar Guías	1. Acta de Socialización del Procedimiento de Tecnología en Tránsito Rápido al proceso de Atención Farmacéutica 2. Carta de solicitud al Supervisor del Contrato, para que refleje el proveedor al área de tecnología Biomédica y haga el ingreso adeudado de la Tecnología en Tránsito Rápido 3. Realizar el ingreso de la tecnología subcontratada la siguiente información al proveedor: Guías Rápidas de Menor, Registro de Calibración de las tecnologías lo requieren, capacitación, registros de vida por equipos, etc.	03/06/2016	31/12/2016	Lider de Gestión de la Tecnología Biomédica	Numero de novedades de seguridad del paciente relacionadas con equipos de tránsito rápido no reportadas en el HUS						
8	ACREDITACION	25/03/2016	Establecer indicadores de tiempo de paradas del área de radiología	1. ¿Por qué? No se tenía contemplado tener este indicador. 2. ¿Por qué? No cuenta alguna característica que se debe tener en cuenta	OPORTUNIDAD	Gestión de la Tecnología	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Crear indicador de paradas de equipos de paradas de equipos incalculable de radiología lo que son los equipos que más afectan la prestación de servicios que más tardan y cubren su parada	5	3	5	75	Multiplicidad de funciones	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Crear indicador para el área de Radiología (20) 2. Herramienta para medición (SI) 3. Crear Linea Base (SI)	1. Ficha técnica de indicador creado 2. Herramienta en excel 3. Crear Linea Base (SI)	15/02/2017	31/12/2017	Lider de Gestión de la Tecnología Biomédica	Linea Base de indicador							
1	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	TODOS LOS SERVICIOS: La carpintería de madera de ventana presenta deterioro general	La madera por condiciones ambientales se ha deteriorado y no se ha podido realizar el debido mantenimiento por la ejecución de obra de reforzamiento estructural ya que no se pueden instalar más habitaciones en los espacios donde se presta el servicio de salud durante 24 horas sin	ACEPTABILIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Ejecutar el mantenimiento de ventanas deterioradas de todas las áreas de hospitalización después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapas dos, correspondientes a las habitaciones de hospitalización	3	5	5	75	No se asigna el presupuesto para ejecutar la acción de mejora	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Coordinar con los responsables del servicio de hospitalización el cronograma de entrega de habitaciones para realizar el mantenimiento correspondiente, después de terminación de las obras de reforzamiento estructural	1. Mesa de ayuda, ve que allí se evidencian las siguientes resultados.	25/05/2017	31/12/2017	Lider de Proyecto Arquitectónica y Mantenimiento	Linea base: Meta:							
2	GESTION DEL RIESGO	#####	TODOS LOS SERVICIOS: Priorización inadecuada de las necesidades de infraestructura	1. No se realizó una evaluación de las necesidades de infraestructura 2. No se tiene estandarizado el análisis de la priorización de necesidades de infraestructura 3. No se cuenta con una metodología para el análisis de la priorización de necesidades de	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Definir una metodología que permita analizar las necesidades de infraestructura generadas por los procesos del hospital	3	5	5	75	Resistencia al cambio	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Documentar metodología para la priorización de necesidades de infraestructura 2. Socializar a los líderes de proceso la metodología de priorización de necesidades de infraestructura 3. Realizar la priorización de las necesidades de infraestructura con la metodología establecida 4. Realizar seguimiento a las necesidades de infraestructura.	1. Documento de metodología 2. Soporte de socialización 3. Tiempo de respuesta de las solicitudes en mesa de ayuda. 4. Soporte de seguimiento.	25/05/2017	31/12/2017	Lider de Proyecto Arquitectónica y Mantenimiento	Calificación promedio de satisfacción de los requerimientos de infraestructura Meta: 3.5							
3	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	TODOS LOS SERVICIOS: Se debe separar el residuo reciclable del ordinario, inertes y biodegradable en el depósito temporal del cuarto piso B de hospitalización.	Méj diseño de distribución estructural para tantos servicios	PERTINENCIA	Responsabilidad Social	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Definir una ubicación y destino del residuo reciclable	4	5	5	100	El espacio está insuficiente para la separación de residuos	C	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIEN COMUN	1. Coordinar con los responsables del servicio, las medidas a tomar. 2. Acondicionar el espacio del depósito para la clasificación de residuos.	1. Documento de metodología 2. Soporte de socialización 3. Tiempo de respuesta de las solicitudes en mesa de ayuda. 4. Soporte de seguimiento.	25/05/2017	31/12/2017	Lider de Proyecto Arquitectónica y Mantenimiento	Linea base: Meta:							
4	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	TODOS LOS SERVICIOS: No se cumple, se comparte el ambiente de aseo del servicio de Neonatos con el servicio de partos, (obstétricos).		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Centrado en el usuario	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Ejecución del Proyecto de remodelación del Servicio de Ginecoobstetricia incluido en el Plan Bienal 2016-2017	5	5	5	100	Disponibilidad de recurso financiero	AC	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Realizar plano de la remodelación. 2. Contratar encargado para realizar obra. 3. Supervisión del buen desarrollo de la remodelación.	Obra ejecutada	28/11/2016	31/03/2018	Gerencia, Dirección científica, Dirección administrativa, Jefe Ginecoobstetricia, Sub director de compras, Jurídica, Financiera, Líder de proyecto arquitectónica y mantenimiento.	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física							
5	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CONSULTA EXTERNA (SOTANO 4 TO PRIO): El consultorio de NEUMOLOGÍA no cuenta con ventilación mecánica para recambio del aire (aproximadamente 10 cambios por hora).		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Instalación de los equipos adquiridos de ventilación mecánica en el consultorio de neumología	5	5	5	100	Tiempo de cumplimiento por mejoras	C	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Adquirir el equipo de ventilación mecánica. 2. Proceder a la desinstalación del equipo de ventilación averiado. 3. Instalar el nuevo equipo de ventilación y verificar su buen funcionamiento.	sistema de ventilación mecánica funcionando	28/11/2016	31/03/2017	Lider de Proyecto Arquitectónica y Mantenimiento Subdirección de consulta externa.	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física							

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS							
PROCESO	FOLIO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (MES/AÑO)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUARA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE COLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	
											Resga	Clase	Valoración	Nota																
6		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CONSULTA EXTERNA (SOTANO Y 4 TO PISO) con 8. No cumple para procedimientos, se realizan curaciones. Falta media caña. En cuarto suco falta mesón y lavamanos con cenicor / CONS 15 A No cumple área para procedimiento menor, retro de puntos / CONS 15 C No cumple área para procedimiento menor, retro de puntos / Procedimientos. Pendiente adecuar con requerimientos la sala de retro de puntos de último. No hay media caña / sala de yesos falta mesón de trabajo / sala de procedimientos último en terminal no cuenta con ambiente de trabajo suco.		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar una nueva adecuación en el servicio de consulta externa para cumplir con requisitos de habitación	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radiación de estudios previos para contratación	Documento con los estudios previos realizados y firmado el recibido por Gerencia	28/11/2016	31/12/2016	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radiación de estudios previos								
											Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habitación	Contrato firmado con los proveedores	01/01/2017	01/02/2017			Gerencia, Dirección administrativa, sub director de compras y suministros, jurídica	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra												
											Ejecución de las actividades contratadas para los consultorios	Registro fotográfico o evidencia física visual.	02/02/2017	31/03/2017			Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento / Subdirección de consulta externa.	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física												
7		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	ENDOSCOPIAS Faltan puertas para que se delimite el área de procedimientos (ambiente).		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar la instalación de las puertas del área de procedimientos.	5	5	5	125	AP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radiación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radiación de estudios previos								
											Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habitación	Otra contratada	01/01/2017	01/02/2017			Gerencia, Dirección administrativa, sub director de compras y suministros, jurídica.	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra												
											Ejecución de las actividades contratadas para el consultorio de gastro	Otra ejecutada	02/02/2017	31/03/2017			Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento / Subdirección de consulta externa.	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física												
8		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD No se cuenta con Ambiente de vestir para el personal asistencial que funciona como filtro ni con Ambiente de vestir para pacientes que funciona como filtro.		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	realizar los ambientes de vestir tanto para personal como para pacientes.	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Ejecución del Proyecto de remodelación del servicio de Ginecoobstetricia incluido en el Plan Bienal 2016-2017	Otra ejecutada	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Dirección científica, Dirección administrativa, Jefe Ginecoobstetricia, Sub director de compras, Jurídica, Financiera, Lider de Proyecto	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física								
9		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS No cuenta con ambiente de ropas		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	realizar el ambiente de ropas	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radiación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radiación de estudios previos								
											Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habitación	Otra contratada	01/01/2017	01/02/2017			Gerencia, Dirección administrativa, sub director de compras y suministros, jurídica	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra												
											Ejecución de las actividades contratadas para el consultorio	Otra ejecutada	02/02/2017	31/03/2017			Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física												
10		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CIRUGIA BAJA COMPLEJIDAD Capacidad de recambio de aire de la Ventilación mecánica existente es insuficiente, tiempo existe a climatización del servicio		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Modernizar el sistema de recambio de aire	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Ejecución del Proyecto Modernización del sistema de recambio de aire, implementación del sistema de climatización para salas de cirugía, incluido en el Plan Bienal 2016-2017	Otra ejecutada	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Dirección científica, Dirección administrativa, Jefe Ginecoobstetricia, Sub director de compras, Jurídica, Financiera, Lider de Proyecto arquitectura y mantenimiento.	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física								
11		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CIRUGIA BAJA COMPLEJIDAD No existe área de trabajo limpio en recuperación		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Adecuar un área limpia para cirugía 2do piso	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radiación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radiación de estudios previos								
											Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habitación	Otra contratada	01/01/2017	01/02/2017			Gerencia, Dirección administrativa, sub director de compras y suministros, jurídica	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra												
											Ejecución de las actividades contratadas para recuperación	Otra ejecutada	02/02/2017	31/03/2017			Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física												
12		AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	CIRUGIA AMBULATORIA No se observa mesón en el área de recuperación de cirugía ambulatoria (se consultó con al SSD quienes refieren que debe ser fijo de fácil limpieza.		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar o instalar mesón en el área de recuperación de cirugía ambulatoria	5	5	5	125	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radiación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radiación de estudios previos								
											Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habitación	Otra contratada	01/01/2017	01/02/2017			Gerencia, Dirección administrativa, sub director de compras y suministros, jurídica	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra												
											Ejecución de las actividades contratadas para cirugía ambulatoria	Otra ejecutada	02/02/2017	31/03/2017			Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con las normas de habitación en infraestructura física												

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA										RESULTADOS			SEGUIMIENTOS						
PROCESO	FALLO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICAMENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/aa)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
											Presig	Cons	Volunt	Tras															
13	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	#####	ESTERILIZACION. No cumple con la unidireccional y la circulación no es restringida EN EL FILTRO VESTIDER DE LOS FUNCIONARIOS		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contratar para cumplir con la actividades específicas.	5	5	5	133	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radicación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
14	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	#####	MICROBIOLOGIA. No cumple con LA TEMPERATURA DEL MEDIO AMBIENTE		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contratar para cumplir con la actividades específicas.	5	5	5	133	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radicación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
15	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	#####	LABORATORIO Cambio muebles y puertas, microbiología, inmunología y laboratorio, cambio puertas		PERTINENCIA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contratar compra e instalación de muebles y puertas las áreas	5	5	5	123	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radicación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
16	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	#####	FARMACIA no cuenta con alarmas de humo		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Contratar para la compra e instalación de alarmas de humo	5	5	5	123	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radicación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	28/11/2016	31/12/2016	Gerencia, Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
17	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	#####	BANCO DE SANGRE nuevos requerimientos INVIMA		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Rediseñar y contratar para realizar las actividades establecidas por el INVIMA	5	5	5	123	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Radicación de estudios previos para contratación	Estudios previos radicados	01/01/2017	01/02/2017	Gerencia, Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
18	AUDITORIA INTERNA HSEQ	#####	#####	SERVICIO DE ALIMENTACION: Se observa cables sin canalizar en el área de línea de comedor.		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Oportuno	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Canalización del cable de la línea de comedor	5	2	5	50	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Adquirir canalizantes de cable 2. Instalar la canalización y canalizar el cable.	Otra ejecutada	02/01/2017	31/01/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con las normas de INVIMA en infraestructura física							
19	AUDITORIA INTERNA HSEQ	#####	#####	SERVICIO DE ALIMENTACION: No se evidencia el soporte del mantenimiento del lavado y desinfección de los trapos de agua del hospital		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Epilación físico suficiente para cumplir con todos los requerimientos	5	4	5	100	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Asignar contratista 2. Verificar que la acción sea llevada a cabo.	Otra ejecutada	02/01/2017	31/01/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la radicación de estudios previos							
20	AUDITORIA INTERNA HSEQ	#####	#####	SERVICIO DE ALIMENTACION: Refiere una persona del servicio de preparación de alimentos que para disminuir la temperatura del área presionó el ventilador pero este se escuchó muy alto.		ACEPTABILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar mantenimiento al ventilador	5	4	5	100	C	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	Identificar la causa del ruido del ventilador y si el posible repararlo. De lo contrario hacer cambio.	Otra ejecutada	02/01/2017	31/01/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con la contratación de actividades para ejecutar la obra							
21	REFERENCION	#####	#####	PROCEDIMIENTO ANALISIS DE VIABILIDAD DE OBRAS PARA INTERVENCION		OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	N/A	4	2	5	40	OP	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	Identificar los requerimientos adecuados y la información necesaria para realizar la documentación, y formalización del procedimiento	Procedimiento formalizado y radicado en la intranet	31/07/2017	31/09/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con el objetivo							
21	SEGURIDAD DEL PACIENTE	#####	#####	TODOS LOS SERVICIOS: Terminar anclaje de elementos inmovilizantes		OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	hacer una revision de todos los elementos inmovilizantes y proceder a realizar anclaje de los mismo	3	3	4	36	OP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Solicitar materiales requeridos para anclaje 2. Hacer una revision de todos los elementos inmovilizantes. 3. proceder a realizar el anclaje	Registro fotografico	01/07/2017	31/12/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con las normas de INVIMA en infraestructura física							
22	SEGURIDAD DEL PACIENTE	#####	#####	Continuar con la 2da etapa del reforzamiento estructural		PERTINENCIA	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	gestionar la asignación de recursos para la continuación	4	5	3	60	AP	GESTIÓN POR PROCESOS - CADENA DE VALOR	1. Atribución de los entes administrativos y reguladores 2. Proceso pre-contratual y Contratar	Estudios previos radicados	25/09/2017	30/11/2017	Lider de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	Cumplir al 100% con el objetivo							

