

# PLAN DE MEJORAMIENTO



Código: EC - FR -06

Versión: Quinta

Fecha: 10 - 06 - 2014

Página 1 de 2

## PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

No. 25			
Fecha de Suscripción:	2019-04-10	Tipo de Auditoría:	Auditoría Externa
Objetivo General:	Realizar evaluación de calidad y Suficiencia de Red, Sistema de Información al usuario, capacidad instalada, comités en la IPS, evaluación a la garantía de la calidad de los servicios mediante la aplicación de formatos de acuerdo a las actividades propias de la operación de la IPS en cumplimiento de los contratos subcritos con la Entidad	Descripción:	Auditoría ECOOPSOS 2019
Objetivos Específicos:		Fecha Recepción Informe Final:	2019-01-31
Observaciones:		Período Evaluado:	2018
Auditor	EAPB	Descripción Auditor Otros/Autoevaluación/Retroalimentación cliente	

[Terminar plan de mejoramiento](#)

Estado del plan: Aprobado

No	ALCANCE				ACCIONES DE MEJORAMIENTO		RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	INDICADOR DE ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
	DESCRIPCIÓN OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO	CAUSAS	CLASE DE OBSERVACIÓN	ÁREAS, CICLOS O PROCESOS VINCULADOS	ACCIÓN	CALIFICACIÓN TOTAL			ACTIVIDAD	TIEMPO			
1	No se evidencia cumplimiento de la periodicidad para la elaboración de los comités institucionales (Historias Clínicas)	En el momento de la auditoría el funcionario encargado de la custodia de las actas del Comité de Historias Clínicas estaba incapacitado y no se tuvo acceso a las mismas.	No conformidades	<b>Áreas:</b> Archivo de gestión administrativo <b>Procesos:</b> Sistemas de información	Definir e implementar el medio para garantizar la custodia y acceso de las actas de los comités institucionales en el Sistema de Gestión Documental electrónico.	125	Orfa liliam buritica	2019-07-31	Verificación de las actas en el aplicativo que se disponga para ello.	2019-07-31	Liliana maria morales zapata	Acceso a las actas de comités institucionales electrónicamente.	
2	Continuar con el proceso de adopción de guías de práctica clínica	En el manual adopción de guías de práctica clínica, se encuentra definido que en el grupo implementador de GPC, debe estar un representante de los usuarios, en la institución no se ha seleccionado hasta ahora, el mencionado participante, para continuar con el proceso.	No conformidades	<b>Áreas:</b> Hospitalización <b>Procesos:</b> Gestión de calidad, hospitalización y egreso, evaluación y manejo ambulatorio de pacientes	Seleccionar un representante ante de la Asociación de Usuarios para que haga parte del grupo de implementación de las	125	Elba patricia agudelo bustamante	2019-05-10	Recibimiento de la respuesta de la asociación de usuarios	2019-05-10	Liliana maria morales zapata	Representante de la asociación de usuarios elegido	En el manual adopción de guías de práctica clínica, se encuentra definido que en el grupo implementador de GPC, debe estar un representante de los usuarios, en la institución no se ha seleccionado hasta ahora, el mencionado participante, para continuar con el proceso.

# PLAN DE MEJORAMIENTO



Código: EC - FR -06

Versión: Quinta

Fecha: 10 - 06 - 2014

Página 2 de 2

				GPC.	ACCIÓN	CALIFICACIÓN TOTAL							
3.	En las áreas de aseo de los servicios, no se encontraban debidamente marcados, ni aseados	Olvido de marcar los utensilios al momento de ser entregados al personal de aseo.	No conformidades	<b>Áreas:</b> Servicios generales <b>Procesos:</b> Ambiente físico y tecnología	Enviar comunicado a la supervisora de la empresa Balboa informando acerca del hallazgo en la auditoría; solicitando la solución esta falta a la menor brevedad	125	Miller echavarria rodriguez	2019-03-29	Verificación del comunicado.	2019-07-31	Liliana maria morales zapata	Comunidado para Balboa	
4.	No se han definido criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo hospitalario de usuarios con problemas y trastornos en salud mental	En la actualidad se tienen datos estadísticos de la estancia hospitalaria según el diagnóstico, y está en revisión de la literatura por parte de la psiquiatra Daele Ramos para llegar a la estandarización institucional.	No conformidades	<b>Áreas:</b> Hospitalización hombres <b>Procesos:</b> Hospitalización y egreso			Felicia daele ramos gil	2019-04-15	Reunión con el psiquiatra encargado	2019-04-15	Liliana maria morales zapata	Informe del psiquiatra encargado	
5.	No se evidencia documentado el proceso de atención y manejo de pacientes con VIH durante la internación.	Está en proceso de construcción.	No conformidades	<b>Áreas:</b> Hospitalización hombres, hospitalización pensión <b>Procesos:</b> Hospitalización y egreso			Lina astrid jaramillo alvarez	2019-06-28	Envío del procedimiento documentado a calidad	2019-06-28	Liliana maria morales zapata	Procedimiento documentado	La elaboración del documento fue delegada por el Subgerente de Prestación de Servicios, Dr. Paulo Gutiérrez Muñoz en el comité de seguridad del paciente del día 24 de mayo de 2019, como reposa en el acta N°052018, a la enfermera responsable de la Vigilancia Epidemiológica Lina Jaramillo y al Líder de Hospitalización y Egreso (En la actualidad está sin nombrar).

Elaborado por: LILIANA MARIA MORALES ZAPATA(2019-04-10 15:51:59) Revisado Por: LILIANA MARIA MORALES ZAPATA(2019-04-10 15:52:06) Aprobado Por: LILIANA MARIA MORALES ZAPATA(2019-04-10 15:52:12)