

Código: EC - FR -06

**PROCESO: GESTION HUMANA**

**OBJETIVO:** Definir acciones para intervenir los hallazgos identificados

N°	HALLAZGO	ORIGEN
	Algunos funcionarios del área asistencial no cumplen con los requisitos de habilitación	Auditoria interna
	Incumplimiento del estándar talento humano de la Evidencia: El certificado de formación en resucitación cardiopulmonar básico – RCP no se encontró en la hoja de vida de la Auxiliar Área de la Salud María Eugenia Velásquez.	Auditoría interna Evaluación y Manejo Ambulatorio 2017
1	Se pudo observar que uno de los médicos especialistas en psiquiatría de hospitalización no cuenta con el certificado de soporte vital avanzado. Incumpliendo en numeral y el estándar de talento humano de la resolución 2003 de 2014 Evidencia: En verificación de hojas de vida se encontró que el Dr. Felipe Valderrama no cuenta con el certificado de soporte vital avanzado.	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017
	Una de las psicólogas del servicio de hospitalización no cuenta con la certificación en formación clínica. Evidencia: la psicóloga contratada a través de terceros tiene formación en psicología organizacional	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017

2	<p>No se realizan procedimientos de inducción para el personal en entrenamiento</p> <p>Evidencia: a los estudiantes y residentes no se les realiza inducción.</p>	<p>Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017</p>
3	<p>El personal que ejecuta el procedimiento de archivo clínico, no tiene las competencias necesarias, lo cual afecta al desempeño y eficacia del proceso.</p> <p>Evidencia: En el archivo el personal no tiene conocimiento certificado del área donde laboran, solo el líder tiene el estudio de archivística.</p>	<p>Auditoría interna Sistemas de Información 2017</p>

---

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

---

---

# PLAN DI

---

---

Versión: Quinta

Fecha de actualización: junio de 2014

---

---

los en la auditoría interna

---

AF

CAUSAS
La mayor parte de los empleados del Hospital ingresaron posterior a la norma de habilitación, por lo que no se han cerrado las brechas

Existe un procedimiento de supervisión de personal en entrenamiento que incluye inducción (inclso se tiene plataforma virtual) el cual no es efectivo según hallazgo.

Por exigencia del manual de funciones solo el técnico administrativo tiene como requisito las competencias en archivística, los demás son de planta global auxiliares administrativos.

El personal ubicado ha tenido una alta rotación por lo que no es efectivo cualquier entrenamiento realizado anteriormente.

---

---

---

# E MEJORAMIENTO

---

---

**RESPONSABLE:** Lider de

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**P:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN
Identificar las brechas del personal asistencial en cuanto a los requisitos del Sistema Único de Habilitación en Salud	AC	Jan-18
Formular un plan de acción para el cierre de las brechas del personal asistencial identificadas de acuerdo al Sistema Único de Habilitación en Salud	AC	Dec-18
Revisar la hoja de vida de María Eugenia Velásquez para validar la ausencia del certificado, verificar si la auxiliar tiene el certificado y se anexa a la hoja de vida. Si no cuenta con el certificado RCP incluir a María Eugenia Velásquez en el plan de acción para el cierre de brechas del personal asistencial para el 2018	AC	Jan-18
Revisar la hoja de vida de Felipe Valderrama para validar la ausencia del certificado, verificar si el psiquiatra tiene el certificado y se anexa a la hoja de vida. Si no cuenta con el certificado RCP incluir a Felipe Valderrama en el plan de acción para el cierre de brechas del personal asistencial para el 2018	AC	Jan-18
Revisar la competencia del personal asistencial de acuerdo a los requisitos del SUH Resolución 2003 de 2014	AC	Jan-18

Revisar procedimiento y controles de realizacion de induccion de personal en entrenamiento	AC	Mar-18
Incluir y ejecutar entrenamiento de personal ubicado en archivo sobre competencias de archivistica	AC	Jun-18
Total AC	7	
Total AP	0	

---



---



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

Programa

FECHA:

RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN	
	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Secretaria GH	Se Revisaron hojas de vida y se registraron en plan de capacitación para cerrar brechas de acuerdo a la normatividad de habilitación.	Líde Gestión Humana Líder Calidad
Comité CB	Formulación de plan de acción para el cierre de brechas incluido en el plan de capacitación	Líde Gestión Humana Líder Calidad
Secretaria GH	Se revisó la hoja de vida de María Eugenia Velásquez y se incluyó en el plan de acción para el cierre de brechas del personal asistencial para 2018	Líde Gestión Humana Líder Calidad
Secretaria GH	Se revisó la hoja de vida de Felipe Valderrama y se incluyó en el plan de acción para el cierre de brechas del personal asistencial para 2018	Líde Gestión Humana Líder Calidad
Secretaria GH	Formulación de plan de acción para el cierre de brechas incluido en el plan de capacitación	Líde Gestión Humana Líder Calidad

Comité docencia servicio	Se reviso procedimiento, se identificaron dificultades con la inducción virtual y se replaneto inducción presencial que se realiza cada 15 días a personal en enentrenamiento	Líde Gestión Humana Líder Calidad
Comité capacitacion		
		T
	Porcentaje de cumplimie	
	Para el pe	
	Porcentaje de cumplimiento	

---

V°B° LIDER DE CALIDAD



Noviembre de 2017

FECHA	ESTADO	
	C	A
5/04/518	x	
5/04/518	x	
5/04/518	x	
5/04/518	x	
5/04/518	x	

5/04/518	x	
		x
total general	6	1
nto general	85.7	
período mayo	5	0
mayo 2018	100.0	

Código: EC - FR -06

Versión: Quinta

**PROCESO: Gestión Financiera**

Acatar recomendaciones y oportunidades de mejora para intervenir hallazgo:

**AP: Acción Preventiva**

N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS
1	No se mantiene la información documentada para apoyar la operación de los procesos para tener confianza de que los procesos se realizan según lo planificado. Evidencia: Formatos Código: GF- FR – 03 recibo provisional de ingresos nº a sede ambulatoria en Almacentro y formato Código: GF -FR – 05 Recibo oficial de caja sede ambulatoria en Almacentro que no se usan en la actualidad en el desarrollo del proceso como en la revisión del listado maestro de documentos del proceso.	Auditoría de Calidad	no se hace revisión periodica del listado maestro de documentos del proceso de Gestión Financiera

Jenny Patricia Cardona Restrepo.

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

---

---

# PLAN DE MEJORAMIENTO

---

---

Fecha : 10 - 06 - 2014

Página 1 de 1

---

---

**RESPONSABLE:** Subgerente administrativa y Financiera

Defectos detectados durante la auditoría interna de calidad en el mes de octubre

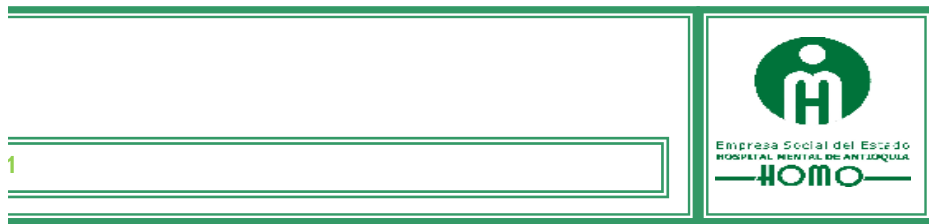
**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**AP:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Mantener el desempeño del proceso. Revisar y actualizar el listado maestro de documentos del proceso.	AC	30/12/2017	Subgerencia Administrativa y Financiera.
Total AC	1		
Total AP	0		

---

V°B°



nciera

FECHA: noviembre 27 de 2017

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN			ESTADO	
EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FECHA	C	A
Se sacaron del SIGC los formatos GF- FR – 03 recibo provisional de ingresos n° a sede ambulatoria en Almacentro y formato Código: GF -FR – 05 Recibo oficial de caja sede ambulatoria en Almacentro	Subgerente Administrativo y Financiero líder de calidad	6/7/2018	x	
Total general			1	
Porcentaje de cumplimiento general			100.0	
Para el periodo junio			1	0
Porcentaje de cumplimiento para el período junio			100.0	

\_\_\_\_\_  
LIDER DE CALIDAD

**PROCESO: HOSPITALIZACION Y EGRESO****OBJETIVO:** DETERMINAR ACCIONES ENCAMINADAS A INTERVENIR LOS HALLAZGOS**AP:** Acción Preventiva

N°	HALLAZGO	ORIGEN	CAUSAS
1	El líder del proceso desconoce si se ha determinado el talento humano necesario para el desarrollo del proceso, y se evidencia que para algunos perfiles, este es insuficiente (En el pabellón de hombres se encuentra 1 profesional en enfermería para 90 pacientes y en el pabellón de pensión 1 profesional en enfermería para 86 pacientes)	Auditoria interna 2017	Falta de socialización de los procesos
2	Se pudo observar que uno de los médicos especialistas en psiquiatría de hospitalización no cuenta con el certificado de soporte vital avanzado (En verificación de hojas de vida se encontró que el Dr. Felipe Valderrama no cuenta con el certificado de soporte vital avanzado)	Auditoria interna 2017	Se desconoce la causa ya que este hallazgo pertenece al proceso de gestión humana
3	Una de las psicólogas del servicio de hospitalización no cuenta con la certificación en formación clínica (La psicóloga contratada a través de terceros tiene formación en psicología organizacional)	Auditoria interna 2017	Se desconoce la causa ya que este hallazgo pertenece al proceso de gestión humana

4	No se cuenta con la dotación e infraestructura requerida para la realización de algunas actividades asistenciales y la atención adecuada de los usuarios (cuartos individuales, unidades sanitarias de pacientes, cantidad de computadores, lockers de pacientes, empleados y estudiantes insuficientes y además no se cuenta con consultorios para médico general ni con lavamanos en todos los consultorios)	Auditoria interna 2017	No se está invirtiendo en la infraestructura debido a la construcción del nuevo hospital
5	No se cuenta para el servicio de hospitalización de salud mental, área exclusiva para niños o adolescentes (El pabellón en el que se prestaba el servicio a los adolescentes se modificó y no se cuenta con esta área)	Auditoria interna 2017	Requerimiento para brindar atención a población especial (CPI)
6	Las guías clínicas de atención en psiquiatría se encuentran desactualizadas (las guías de atención disponibles son del año 2012)	Auditoria interna 2017	Proyecto que está en desarrollo y requiere de tiempo y personal
7	No se realizan procedimientos de inducción para el personal en entrenamiento (A los estudiantes y residentes no se les realiza inducción)	Auditoria interna 2017	Se desconoce la causa ya que este hallazgo pertenece al proceso de gestión humana y subgerencia de prestación de servicios
8			

Maria Catalina Sanchez Guarin

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

# PLAN DE MEJORAMIENTO

Fecha : 10 - 06 - 2014

Página 1 de 1

**RESPONSABLE:** YONATHAN ANDRÉS VEGA MO

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA INTERNA REALIZADA AL PROCESO DE HOSPITALIZACION Y E

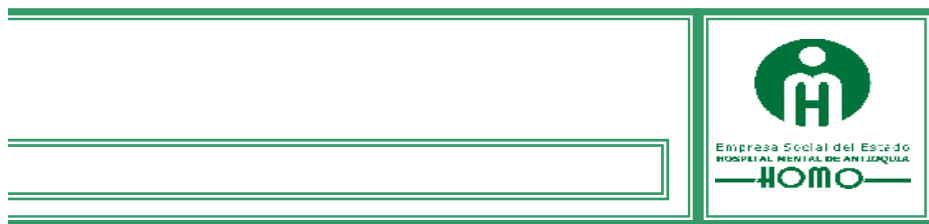
**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

AP (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Solicitar a gestion humana el procedimiento para determinar el talento humano requerido para una atención de calidad a nuestros usuarios	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Solicitar a gestion humana la revision y actualizacion de el certificado de soporte vital avanzado a todo el personal del area de la salud para brindar una atención segura	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Solicitar a gestion humana la revision y actualizacion de la certificacion en formacion clinica de los psicologos de la institucion para brindar una atención de calidad	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)



Se hara revision de la pertinencia de mas equipos de computo y se hara dicha solicitud a la subgerencia administrativa y de prestacion de servicios	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Se elevara peticion a la subgerencia administrativa y de prestacion de servicios dados los hallazgos mencionados	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Se envia este hallazgo a Calidad y subgerencia de prestacion de servicios	AC	11/30/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Se elevara peticion a Gestion humana y a la subgerencia de prestacion de servicios dados los hallazgos mencionados	AC	12/1/2017	Lider del proceso (Maria Catalina Sanchez Guarin)
Total AC	0		
Total AP	0		



NTOYA

FECHA: 30/11/17

EGRESO

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN			ESTADO	
EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FECHA	C	A
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a Gestión Humana para que comparta procedimiento por medio del cual se determina el recurso humano necesario para la atención en los diferentes servicios (especialmente auxiliares de enfermería).	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a Gestión Humana para que revise y actualice acsl/bls para el personal del área de la salud que aplique..	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a Gestión Humana para que solicite si es pertinente el certificado en formación clínica a los profesionales de psicología.p	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	

Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a subgerencia de prestación de servicios y subgerencia administrativa para que realice las mejoras de acuerdo al Plan de readecuación de infraestructura	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a subgerencia de prestación de servicios y subgerencia administrativa solicitando el requerimiento de área exclusiva para niños o adolescentes.	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a subgerencia de prestación de servicios para dar prioridad a la actualización de las las guías de atención en psiquiatría.	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018		X
Se envía comunicado con fecha de 24/05/2018 a Gestión Humana Compartir y si no existe determinar el procedimiento de inducción para el personal en entrenamiento (A los estudiantes y residentes no se les realiza inducción)	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
		Total general	6	1
		Porcentaje de cumplimiento general	85.7	
		Para el periodo mayo	6	1
		Porcentaje de cumplimiento mayo 2018	85.7	

---

LIDER DE CALIDAD

**PROCESO: GESTION FARMACEUTICA****OBJETIVO:** Proponer unas acciones preventivas y correctivas según hallazgos

<b>AP: Acción Preventiva</b>			
<b>N°</b>	<b>HALLAZGO</b>	<b>ORIGEN</b>	<b>CAUSAS</b>
1	Los pisos no cuentan con sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitación. Resolución 1403 de 2007	AI	Infraestructura antigua
2	Consultar la información de los contratos cuando se facturan servicios de convenios que se utilizan con poca frecuencia para disminuir la posibilidad de las glosas.	AI	Generación de glosas por errores en facturación cuando no se tiene claro los requisitos de la facturación
3	Definir un mecanismo para controlar de manera automática las existencias de los medicamentos, se evidencia que en la actualidad las compras se realizan de acuerdo a la rotación. En el mapa de riesgos el control de inventarios está definido como riesgo alto y los controles son manuales. ISO 9001/2015 numeral 8.2.3.1 ISO 9001/2015 numeral 4.4 f ISO 9001/2015 numeral 6.1.1	AI	No actualización en el modulo de inventarios
4			
5			
6			
7			

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

# PLAN DE MEJORAMIENTO

n: Quinta

Fecha : 10 - 06 - 2014

Pá

**RESPONSABLE:** ALBA LUCIA HERNANDEZ MON

azgos de las auditorias realizadas al proceso de gestión farmacéutica.

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

a (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Trasladar el hallazgo al lider de ambiente físico para que lo incluya en el plan de mejoramiento de su proceso	AC	Noviembre de 2.017	lider del proceso de Gestión farmacéutica
Socializar con el personal del servicio la existencia del formato GF-FR-31 "Resumen de contratos de servicios de salud mental" y sensibilizarlos sobre la importancia de consultarlo en caso de dudas sobre las especificaciones de cada contrato	AP	Noviembre de 2.017	lider del proceso de Gestión farmacéutica
Solicitar al área de sistemas actualización en el módulo de inventarios y capacitación para su manejo, de manera que se cuente con una herramienta adecuada para las compras	AP	Noviembre de 2.017	lider del proceso de Gestión farmacéutica
Total AC	1		
Total AP	2		



TES

FECHA: NOVIEMBRE 2017

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN			EST
EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FECHA	C
La líder del proceso Gestión Farmacéutica informó a la Subgerencia Administrativa y Financiera del hallazgo "Los pisos no cuentan con sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitación. Resolución 1403 de 2007" mediante comunicado interno con radicado número 1052 del 30 de noviembre de 2017. Radicado interno 1052 del 30 de noviembre	Líder Gestión Farmacéutica Líder Calidad	5/23/2018	x
Se realizó la socialización del formato GF-FR-31 Resumen de contratos de servicios de salud mental en reunión de personal	Líder Gestión Farmacéutica Líder Calidad	5/23/2018	x
Radicado interno 1054 del 30 de noviembre	Líder Gestión Farmacéutica Líder Calidad	5/23/2018	x
Total general			3
Porcentaje de cumplimiento general			10
Para el periodo mayo			3
Porcentaje de cumplimiento para el periodo abril			10

°B° LIDER DE CALIDAD

ADO
-----

A
---

--

--

--

0
---

0.0
-----

0
---

0.0
-----

**PROCESO: EVALUACIÓN Y MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTE****OBJETIVO:** Identificar las acciones para intervenir las causas de los hallazgos.

<b>AP: Acción Preventiva</b>			
<b>N°</b>	<b>HALLAZGO</b>	<b>ORIGEN</b>	<b>CAUSAS</b>
1	No se evidencian las reuniones de expertos, y las reuniones del líder con el equipo de trabajo.	Auditoria Interna	No se ha definido integrantes del Grupo de expertos del Proceso
2	No se evidencia la bomba de infusión en el servicio de Urgencias	Auditoria Interna	Equipo no asignado al servicio de urgencias
4	Fortalecer el proceso de egreso del paciente con la información, recomendaciones, criterios que impliquen regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente.	Auditoria Interna	No retroalimentación de la Adherencia a Guías.
5			
6			
7			

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:



# PLAN DE MEJORAMIENTO

n: Quinta

Fecha : 10 - 06 - 2014

Pá

ENTES

RESPONSABLE: GABRIEL JAIME RESTREPO B.

hallazgos de la Auditoria Interna del Proceso Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

AP (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Definición de integrantes del Grupo de expertos del Proceso y activación de este.	AC	12/29/2017	GABRIEL RESTREPO Lider del proceso
Asignar bomba de infusión para el servicio de urgencias	AC	11/27/2017	GLORIA CASTAÑO Enfermera Calidad
Socialización de los hallazgos de adherencia a guias al grupo de especialistas.	AC	11/24/2017	GABRIEL RESTREPO Lider del proceso
Total AC	3		
Total AP	0		

V°B°



FECHA: 27/11/2017

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN			ESTADO	
EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FECHA	C	A
Se realiza reunión del Grupo de expertos del Proceso Evaluación y manejo ambulatorio de pacientes el día 08/05/2018	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Se evidencia la bomba de infusión en el servicio de urgencias físicamente y en el inventario del hospital (placa 13981)	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Socialización de los hallazgos en la Aherencia a guías en reunión de grupo de especialistas realizada el 24/11/2017. ver acta.	LILIANA MORALES Lider de Calidad	5/24/2018	X	
Total general			3	
Porcentaje de cumplimiento general			100.0	
Para el periodo mayo			3	0
Porcentaje de cumplimiento mayo 2018			100.0	

\_\_\_\_\_  
LIDER DE CALIDAD

PROCESO: AMBIENTE FÍSICO

OBJETIVO: Plantear acciones para intervenir los hallazgos.

N°	HALLAZGO	ORIGEN
1	<p>La unidad sanitaria para personas con discapacidad no garantiza condiciones de seguridad y comodidad para los usuarios. Evidencia: La unidad está ubicada comenzando una rampa de acceso lo que puede generar tropiezos u accidentes al transportar al usuario a dicha unidad, el piso para acceder tiene imperfecciones que pueden ocasionar algún tropiezo o caída de un visitante, al salir o entrar a la unidad en mención no se cuenta con un techo para la temporada de lluvia, las llaves para esta unidad serán custodiadas en la oficina de atención al usuario, lo que hace más complejo la utilización de la misma.</p>	Auditoría interna 2017
2	<p>No se evidencia capacitación en el manejo de la tecnología, incumpliendo el numeral Evidencia: no se ha formulado plan para la capacitación de manejo de Tecnología</p>	Auditoría interna 2017
3	<p>Incumplimiento del estándar de infraestructura Evidencia: Los consultorios médicos de consulta externa no cuentan con lavamanos.</p>	Auditoría interna Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes 2017

4	Los pisos no cuentan con sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitación.	Auditoría interna Gestión Farmacéutica 2017
5	No se cuenta con la dotación requerida para la realización de algunas actividades asistenciales, Evidencia: No se cuenta con el número de computadores necesarios para el diligenciamiento de la historia clínica, No existe el número de lockers para guardar las pertenencias de los pacientes, empleados, estudiantes.	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017
6	No existe el número de consultorios requeridos de acuerdo con los servicios prestados.  Los cuartos individuales del pabellón de pensión son insuficientes.  Las unidades sanitarias requeridas para el número de pacientes atendidos son insuficientes.	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017
7	No se cuenta para el servicio de hospitalización de salud mental, área exclusiva para niños o adolescentes. Evidencia: El pabellón en el que se prestaba el servicio a los adolescentes se modificó y no se cuenta con esta área.	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017
8	No se tiene lavamanos en cada consultorio del servicio de hospitalización. Evidencia: los consultorios del área de consulta externa no cuentan con lavamanos.	Auditoría interna Hospitalización y Egreso 2017

---

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

---

---

# PLAN DE MEJORA

---

---

Fecha : 10 - 06 - 2014

Página 1 de 1

---

---

AC: Acción Correctiva (Para

AP: Acción Preventiva (Para las observaciones /o)

CAUSAS	ACCIÓN
Se adecuo baño en espacio según disponibilidad de la infraestructura.	Adecuación de rampla de acceso para usuarios con discapacidad.
No se verifico listados de capacitación.	Programar capacitaciones para el manejo de la tecnología en la institución
infraestructura de planta física, no permite adecuacion de lavamanos.	Según plan de desarrollo , la institución no puede realizar obras que representen detrimento patrimonial según Sistema nacional de Inversión Publica, por construcción de nueva sede.

<p>infraestructura de planta fisica, no permite adecuacion de drenajes .</p>	<p>Según plan de desarrollo , la institución no puede realizar obras que representen detrimento patrimonial según Sistema nacional de Inversión Publica, por construcción de nueva sede.</p>
<p>No se tuvo en cuenta en el Plan de Compras No se identificó la necesidad</p>	<p>Verificar necesidad de dotación y compra de equipos de cómputo y lockers. Solicitar al almacén necesidades reportadas.</p>
<p>Incremento de numero de camas</p>	<p>Readecuación y distribución de los espacios</p>
<p>Incumplimiento a Estandar de Habilitacion. .</p>	<p>Según plan de desarrollo , la institución no puede realizar obras que representen detrimento patrimonial según Sistema nacional de Inversión Publica, por construcción de nueva sede.</p>
<p>Incumplimiento a Estandar de Habilitacion. .</p>	<p>Según plan de desarrollo , la institución no puede realizar obras que representen detrimento patrimonial según Sistema nacional de Inversión Publica, por construcción de nueva sede.</p>
	<p>Total AC</p>
	<p>Total AP</p>





---

---

# MIENTO

---

---

---

---

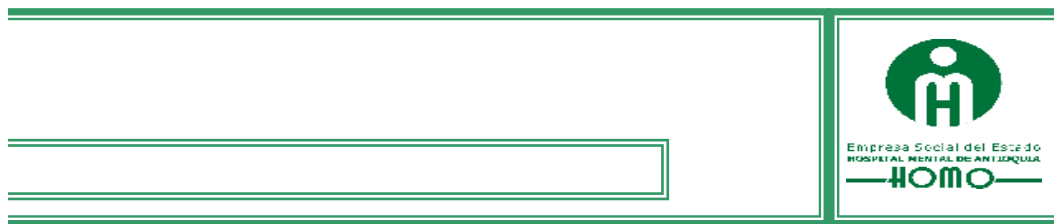
RESPONSABLE: Subgerencia Administrativa y Financiera

(las No conformidades)  
(oportunidad de mejoras)

CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
AC	3/1/2018	Servicios Generales
AC	3/31/2018	_Supervisora contrato mantenimiento de equipos biomédico.  - GTC Soluciones.
AC	3/31/2018	Subgerente administrativo

AC	3/31/2018	Subgerente administrativo
AC	3/31/2018	Subgerente administrativo
AC	3/31/2018	Subgerente administrativo
AC	3/31/2018	Subgerente administrativo
AC	3/31/2018	Subgerente administrativo
7		
0		





FECHA:

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN			EST C:Ce / /
EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FECHA	C
SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN: Se verifica construcción de rampa a ingreso de baño de discapacitados	Subgerente administrativo	3/15/2018	X
Se realizo reinducción sobre sistemas de información. Se realiza inducción al personal que ingresa sobre el manejo de la historia clinica con el par en el puesto de trabajo. Se brinda asesoria tecnica en el manejo de la tecnologia en el momento que se requiera Socialización del software de equipo biomedico y capacitación sobre manejo, limpieza y desinfección de los equipos : monitor de signos, cardio desfibrilador,electrocardigrafo, al personal de enfermería Los dias 26, 27 y 28 de septiembre de 2017 se realizó inducción a 304 funcionarios en el area de Sistemas de informacion.Verificación de carpeta con evidencia de capacitaciones realizadas. Oficina de calidad	Subgerente administrativo	3/15/2018	X
No se plantea una acción para el hallazgo por lo tanto continua abierto.	Líder de calidad	5/24/2018	

No se plantea una acción para el hallazgo por lo tanto continua abierto.	Líder de calidad	5/24/2018	
Existe el plan de renovación tecnológica que se planteó a diciembre de 2017 metas como: Adquisición de 50 estaciones de trabajo nuevas Arriendo de un nuevo servidor para distribución de roles en la red Instalación de servidor de sala en equipo físico (estaba virtual) Cumplir con la orden presidencial en materia de derechos de autor Fortalecimiento de contingencia de red, con la adquisición de un switche de reserva Adquisición de almacenamiento en la nube (copias de seguridad). <b>No se ha tenido en cuenta la compra de lockers</b>	Subgerente administrativo Líder de calidad	15/03/2018 24/05/2018	
Adecuación de espacios en el servicio de hombres para la construcción de oficinas y consultorios en servicio hombres.  En el servicio de Pensionado se adecua el antiguo auditorio como corto colectivo, con unidades sanitarias correspondientes, según espacios de infraestructura.	Subgerente de Prestación de Servicios Subgerente Administrativo	3/23/2018	X
Esta población fue reubicada de acuerdo a edad y patología para minimizar riesgos. Conservando las directrices de la Subgerencia prestadora de servicios.. La Resolución 2003 de 2014 dice que se deben tener espacios separados.	Subgerente prestación de servicios	20/12/2017 24/05/2018	
El hallazgo continua abierto	Subgerente prestación de servicios	30/10/2017 24/05/2018	
	Total general		3
Porcentaje de cumplimiento general			37
Para el periodo mayo			3
Porcentaje de cumplimiento mayo 2018			37

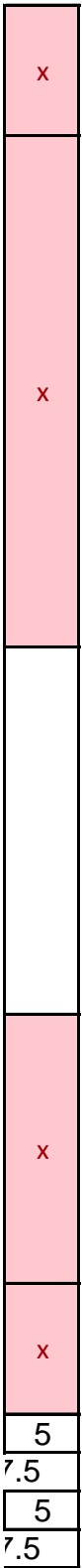
ER DE CALIDAD

---

ADO  
rrada  
A:

A

X





Código: EC - FR -06

**PROCESO: Gestión de Calidad**

**OBJETIVO:**

N°	HALLAZGO	ORIGEN
1	No existe cronograma, ni durante el año se han realizado rondas de calidad. Evidencia: la guía de rondas de calidad existe como documento al proceso, pero estas no se planearon, ni se han realizado en el año 2017	Auditoría interna 2017
2	El manual de calidad se encuentra desactualizado, Evidencia: En estructura organizacional en los objetivos de cada área, la Oficina Asesora Jurídica y Gestión siguen unidas y estas separadas desde 2014	Auditoría interna 2017
3	Mantener la caracterización del proceso actualizada con la normatividad vigente	Auditoría interna 2017

4	Mejorar la oportunidad en la actualización de los documentos en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad	Auditoría interna 2017
5	Se encuentra en el sistema de gestión de calidad información documentada sin actualizar. (manual de evaluaciones médicas ocupacionales sin firmas en la tabla de cambios y el plan de capacitación del año 2015)	Auditoría interna (Gestión Huamana) 2017
6	Incumplimiento del estándar procesos prioritarios Resolución 2003 de 2014 Evidencia: Las guías de práctica clínica médicas están desactualizadas	Auditoría interna Evaluación y Manejo Ambulatorio 2017
	Las guías clínicas de atención en psiquiatría se encuentran desactualizadas. Incumpliendo el Evidencia: las guías de atención disponibles son del año 2012.	Auditoría interna Hospitalización 2017
7		

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

# PLAN DE MEJORAMIENTO

Versión: Quinta

Fecha : 10 - 06 - 2014

RESPONSABLE:

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**AP:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC
Las rondas de calidad no se incluyeron en el plan de acción de calidad del año 2017	Definir un el plan de rondas de calidad anualmente	AC
El primer trimestre de 2017 se realizó revisión parcial del Manual de Calidad. Desconocimiento de la periodicidad de revisión del Manual de Calidad	Revisar completamente el Manual de Calidad	AC
Falta de sistematicidad en la revisión del normograma del proceso Gestión de Calidad	Definir la periodicidad para la revisión del normograma del proceso Gestión de Calidad	AP

<p>El recurso humano era insuficiente para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Calidad</p>	<p>Desde el primer trimestre del año 2017 se hizo la solicitud de recurso humano a la Gerencia</p>	<p>AP</p>
<p>Error en el control de documentos del sistema de calidad, falta de adherencia al procedimiento elaboración, actualización y control de documentos en la oficina de Calidad</p>	<p>Redistribución de actividades de la Oficina de Calidad la principal función del auxiliar administrativo es la actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión</p>	<p>AP</p>
<p>La oficina de gestión humana no envió los planes con vigencia 2017 a la oficina de calidad para su publicación en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad por considerar que los planes no deben ser documentos controlados</p>	<p>Revisar que todos los documentos controlados de Gestión Humana cumplan con el control de documentos de acuerdo al procedimiento institucional</p>	<p>AC</p>
<p>La implementación de la metodología vigente para la adopción de las GPC del Ministerio conlleva tiempo y requiere inversión de recursos específicamente de talento humano</p>	<p>Definir de manera conjunta con la oficina de Planeación la necesidad de mantener los planes como documentos controlados y publicados en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad y de acuerdo a esto unificar para todos los procesos de la institución.</p>	<p>AC</p>
<p>Continuar la implementación del proyecto adopción de GPC, en coordinación con la Subgerencia de Prestación de Servicios</p>	<p>Continuar la implementación del proyecto adopción de GPC, en coordinación con la Subgerencia de Prestación de Servicios</p>	<p>AC</p>
<td data-bbox="743 1766 1209 1812"> <p>Total AC</p> </td> <td data-bbox="1209 1766 1481 1812"> <p>5</p> </td>	<p>Total AC</p>	<p>5</p>
<td data-bbox="743 1812 1209 1858"> <p>Total AP</p> </td> <td data-bbox="1209 1812 1481 1858"> <p>3</p> </td>	<p>Total AP</p>	<p>3</p>
<td data-bbox="743 1858 1209 1904"> <td data-bbox="1209 1858 1481 1904"> </td> </td>	<td data-bbox="1209 1858 1481 1904"> </td>	
<td data-bbox="743 1904 1209 1950"> <td data-bbox="1209 1904 1481 1950"> </td> </td>	<td data-bbox="1209 1904 1481 1950"> </td>	

---

:



Líder Gestión Calidad

FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA
		EVALUACIÓN
1/31/2018	Líder Gestión de calidad	Se programaron las rondas de seguridad para el año 2018 en un cronograma. El nombre rondas de calidad fue modificado a rondas de seguridad. La ejecución de las rondas se realizará de acuerdo a las fechas establecidas en el cronograma.
12/31/2017	Líder Gestión de calidad	La revisión y el ajuste del Manual de Calidad se realizó antes de la auditoría del ICONTEC del 30 y 31 de octubre de 2017. Se publicó en el SIGC y en la página web del HOMO
2/28/2017	Líder Gestión de calidad	Se revisó y actualizó el normograma del proceso Gestión de Calidad. En el Manual de Calidad se estableció que la identificación de necesidades de las partes interesadas se realiza de acuerdo a las necesidades o cambios en el contexto del proceso, ésto incluye la revisión del normograma. El Manual de Calidad se actualizó con el Manual de Gestión y Planeación y la norma ISO 9001/2015

12/31/2017	Líder Gestión de calidad	El 15 de septiembre de 2017 se asignó un auxiliar administrativo a la Oficina de Calidad que fue trasladado a facturación
12/31/2017	Líder Gestión de calidad Auxiliar administrativo de calidad	Documentos actualizados de actualizados de acuerdo a las necesidades de los procesos
1/31/2017	Líder Gestión de calidad Auxiliar administrativo de calidad	Se revisaron y ajustaron todos los documentos del proceso Gestión Humana.
12/31/2017	Líder de Calidad	Se revisaron y ajustaron todos los documentos del proceso Gestión Humana.
3/31/2018	Líder de Calidad	
		Pc
		Porce



---

V°B° LIDER DE CALIDAD



**FECHA: Octubre de 2017**

ACCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Líder de calidad	2/14/2018	x	
Líder de calidad	2/14/2018	x	
Líder de calidad	3/20/2018	x	

Líder de calidad		x	
Líder de calidad	3/20/2018	x	
Líder de calidad	3/20/2018	x	
Líder de calidad	3/20/2018	x	
			x
Total general		7	1
Porcentaje de cumplimiento general		87.5	
Para el periodo mayo		7	1
Porcentaje de cumplimiento mayo 2018		87.5	

Código: EC - FR -06

**PROCESO:** Evaluación y Control

**OBJETIVO:** Identificar las acciones para intervenir los hall:

N°	HALLAZGO	ORIGEN
1	<p>Se evidencia la existencia de la caracterización, pero esta no se encuentra actualizada, ni firmada, y su alcance no es lo suficientemente amplio para dar respuesta al ciclo PHVA, generando que no se le pueda dar respuesta al objetivo del proceso.</p> <p>Evidencia: la caracterización establece un alcance muy corto para el proceso y no se encuentra firmada por el jefe de la oficina asesora de control interno.</p>	Auditoría interna 2017

2	<p>El proceso cuenta con información documentada (manuales, formatos e instructivos), pero se puede observar que esta no se encuentra actualizada. Incumpliendo el numeral 4.4 y 4.4.2 de la norma ISO 9001: 2015</p> <p>Evidencia: formato para seguimiento operativo y técnico de farmacia sin codificación clara.</p> <p>Formato rendición de cuentas e informes desactualizado.</p> <p>En el SGC se encuentra una encuesta MECI, que actualmente no se utiliza porque se utiliza otra herramienta recomendada por el DAFP.</p> <p>El instructivo para monitorización de historias clínicas y auditoria de adherencia a guías se encuentra desactualizado.</p>	Auditoría interna 2017
3	<p>No se tienen claramente identificadas las partes interesadas y las necesidades en el proceso. No se ha identificado el impacto del proceso en el desarrollo del ciclo PHVA de la organización, incumpliendo el numeral 4,2 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Evidencia: se realizó encuesta a partes interesadas, pero el proceso no se actualizó a partir de esta.</p>	<p>Auditoría interna 2017</p> <p>Auditoría interna 2017</p> <p>Auditoría interna 2017</p>
4	Comunicar y retroalimentar a todos los niveles de la organización sobre los resultados obtenidos en la medición y evaluación del proceso	Auditoría interna 2017
5		
6		
7		

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

razgos negativos del proceso

---

AF

CAUSAS
En el alcance del proceso Evaluación y Control no se ha tenido en cuenta la retroalimentación de los resultados de las evaluaciones actividad fundamental para el cierre del ciclo del mejoramiento.

No se ha realizado una revisión exhaustiva a los documentos del proceso Evaluación y Control más allá de los de procedimientos de auditoría

El proceso Evaluación y Control en el Sistema de Gestión hace parte del **verificar** en el ciclo PHVA, las acciones se han concentrado en la oficina de Calidad lo que quita protagonismo al proceso Evaluación y Control, y se le atribuyen a la gestión del proceso Gestión de Calidad. La ejecución del proceso Evaluación y Control no se divulgan como de éste proceso, si no como del proceso Gestión de Calidad

No se ha definido un plan de divulgación de los resultados de las evaluaciones de los procesos


---

---

---

# PLAN DE MEJORAMIENTO

---

---

**RESPONSABLE:** Líder Evaluaci

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**P:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC	FECHA DE EJECUCIÓN
Revisar la caracterización del proceso Evaluación y Control que incluya en el alcance la retroalimentación a los interesados el resultado de las evaluaciones. En la revisión de la caracterización incluir los requisitos de la norma iso 9001/2015	AC	2/28/2018



Revisar y actualizar todos los documentos del proceso Evaluación y Control	AC	12/31/2017
Definir un plan de divulgación del proceso Evaluación y Control para todas las partes interesadas	AC	1/31/2018
Ejecutar el plan de divulgación del proceso Evaluación y Control para todas las partes interesadas	AC	11/30/2018
Evaluar el plan de divulgación del proceso Evaluación y Control	AC	9/30/2018
Definir un plan de divulgación de los resultados de las evaluaciones a las partes interesadas	AP	1/31/2018
Total AC	5	
Total AP	1	

ión y Control

RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACC
	EVALUACIÓN
Líder Evaluación y Control	<p>Se definió un plan de comunicaciones para el proceso Evaluación y Control.</p> <p>Se incluyó en el plan de acción ISO 9001 la actualización de las caracterizaciones con los requisitos de la norma ISO 9001/2015 y los requisitos del Modelo Integral de Planeación y Gestión. La oficina de calidad realizó revisión y ajuste a las caracterizaciones de los 14 procesos y se incluyeron la norma ISO 9001/ 2015 Y los criterios del Modelo Integral de Planeación y Gestión del Departamento Administrativo de la Función pública.</p> <p>A la caracerización del proceso Evaluación y Control se le amplió el alcance hasta la retroalimentación de los resultados de las evaluaciones y auditorías a los grupos de interés, también se ajustó con la norma ISO 9001/2015 y el Modelo Integral de Planeación y Gesión del Departamento Administrativo de la Función pública.</p>

Líder Evaluación y Control	Se realizó la revisión y actualización de los documentos del proceso Evaluación y Control antes de la auditoría del ICONTEC del 30 y 31/10/17
Líder Evaluación y Control	Se definió un plan de comunicaciones para el proceso Evaluación y Control.
Líder Evaluación y Control	El plan de divulgación se viene ejecutando de acuerdo a lo programado
Líder Evaluación y Control	
Líder Evaluación y Control	Formulación de un plan de comunicaciones de la oficina estión Calidad que incluye el proceso Evaluación y Control. El plan se viene desarrollando de acuerdo a lo planeado y se emitió un boletín informativo de la oficina de calidad en el que se trataran temas específicos de los procesos Gestión de Calidad y Evaluación y Control.

---

V°B° LIDER DE CALIDAD



**FECHA: Noviembre de 2017**

CIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Líder Evaluación y Control	5/24/2018	x	

Líder Evaluación y Control		x	
Líder Evaluación y Control	3/20/2018	x	
Líder Evaluación y Control	5/24/2018		x
			x
Líder Evaluación y Control	5/24/2018	x	
Total general		4	2
Porcentaje de cumplimiento general		66.7	
Para el periodo mayo		4	0
Porcentaje de cumplimiento mayo 2018		100.0	



**PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

**OBJETIVO:**

N°	HALLAZGO	ORIGEN
1	Se pudo observar que en el plan de mantenimiento se encuentra desactualizado el inventario de equipos. Incumpliendo el estándar de dotación de la resolución 2003 de 2014.  Evidencia: Cuenta con el plan de mantenimiento pero no se tiene actualizado con los elementos que se encuentran en inventario, se encontraron elementos ya dados de baja	Auditoría interna 2017
2		
3		
4		
5		
6		
7		

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

Código: EC - FR -06

Ver

---

---

## PLAN DE MEJORAMIENTO

---

---

**RESPONSABLE:**

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**AP:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC
* No se envían los registros técnicos de los dispositivos que son dados de baja al responsable de activos fijos de la institución	Enviar de manera permanente los registros al responsable de activos fijos	AP

---

---

Líder Sistemas de Información-Técnico Gestión Documental

FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN
		EVALUACIÓN
Inmediata	Líder del proceso Sistemas de información	* Se envía de manera permanente al responsable de activos fijos de la institución los reportes técnicos de los dispositivos que son dados de baja vía correo electrónico. ( El plan de mantenimiento se realiza por vigencias, por lo tanto es posible que después de dar de baja un equipo permanezca en el plan de mantenimiento hasta terminar la vigencia). Se verifican correos electrónicos

---

V°B° LIDER DE CALIDAD





**FECHA: 25 de junio de 2018**

ACCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Líder de calidad Líder sistemas de información	7/5/2018	x	

Código: EC - FR -06

**PROCESO:**

**OBJETIVO:**

N°	HALLAZGO	ORIGEN
1	No se ha implementado el plan de mejoramiento de la auditoría de control interno del año 2016, se han cerrado dos (2) acciones de las ocho (8) planteadas.	Auditoría interna 2017
2	Definir un indicador para asegurar la eficacia y el control del plan de mejoramiento.	Auditoría interna 2017
3	Se recomienda Cambiar la Resolución 5592 de 2015 (POS) por la 6408 de 2016 (POS), en el normograma del proceso. Gestión Estratégica En el Normograma se evidencia la Resolución 5592 de 2015 (POS)	Auditoría interna 2017

FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

---

---

# PLAN DE MEJORAMIENTOS

---

---

Versión: Quinta

Fecha : 10 - 06 - 2014

---

---

**RESPONSABLE:**

**AC:** Acción Correctiva (Para las No conformidades)

**AP:** Acción Preventiva (Para las observaciones /oportunidad de mejoras)

CAUSAS	ACCIÓN	CLASIFICACIÓN AP/AC
Falta de claridad en la responsabilidad para liderar el plan de mejoramiento del proceso Gestión Estratégica	Definir el responsable del liderazgo del plan de mejoramiento del proceso Gestión Estratégica	AC
Falta de seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Estratégica	Realizar el seguimiento sistemático al plan de mejoramiento del proceso Gestión Estratégica	AC
	Presentar el avance del plan de mejoramiento en los Comités de Gerencia	AC
Falta de seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Estratégica	Medir el indicador de cumplimiento del plan de mejoramiento como parte del seguimiento al plan	AP
Falta de revisión sistemática a la documentación del proceso Gestión Estratégica	Revisar el proceso Gestión Estratégica por lo menos una vez al año	AP

---

FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A L.
		EVALUACIÓN
12/31/2017	Gerente	El responsable de hacer seguimiento al plan de mejoramiento del proceso Gestión estratégica el líder de calidad
3/31/2018	Líder Evaluación y Control	Se realiza el primer seguimiento al plan de mejoramiento del proceso Gestión Estratégica
3/31/2018	Líder Gestión de Calidad	
3/31/2018	Líder Evaluación y Control	Despues del seguimiento del plan de mejoramiento se calcula el indicador de cumplimiento
12/31/2017	Comité Directivo	La última revision y ajuste del proceso Gestión Estratégica se realizo antes del 31 de octubre previo a la auditoría del ICONTEC, se eliminó la Resolución 5592 de 3201 y se incluyó la Resolución 6408 de 2016



**FECHA:**

A ACCIÓN		ESTADO	
RESPONSABLE	FECHA	C	A
Gerente Líder de calidad Líder Evaluación y Control	3/20/2018	x	
Gerente Líder de calidad Líder Evaluación y Control	3/20/2018	x	
			x
Líder calidad Líder Evaluación y Control	3/20/2018	x	
		x	