

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD



E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE
CHIQUEQUIRÁ

CÓDIGO: 4.1.4.P02 F01

VERSIÓN: 1

FECHA: Mar. 12 de 2019

TIPO: FORMATO

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO

FORMATO PARA LA AUDITORIA
INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1

USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ

1. MARCO CONCEPTUAL

Criterio: Lo que debe ser: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Limitante: Situación que dificulta el desarrollo de la auditoría.

Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. La evidencia puede ser cualitativa o cuantitativa.

Descripción de la condición: Lo que se encontró: Se refiere al hecho determinado por el auditor, que debe ser sustentado y demostrado con evidencias.

Hallazgo: Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidades o no conformidades con los criterios de auditoría.

Conformidad: (C): Cumplimiento de un requisito.

No Conformidad (NC): Incumplimiento de un requisito.

Oportunidad de Mejora (OM): Situación específica que no implica desviación, ni incumplimiento de requisitos, pero que constituye una oportunidad y necesidad de incrementar la capacidad del proceso.

Recomendación: Sugerencia para corregir y/o mejorar debilidades en el proceso.

Efecto: Consecuencia real o potencial cuantitativa o cualitativa, que ocasiona la condición.

Conclusión: Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y los hallazgos de la auditoría.

2. METODOLOGÍA DE LA AUDITORIA

1. Definir los objetivos, normativa, criterios de auditoría y aplicar el plan de auditoría e informes 2020.
2. Notificación por parte del auditor al área auditada, en el que incluye cronograma de trabajo solicitud de información objeto de análisis sobre el área y proceso a auditar, incluyendo listas de chequeo, cuestionarios, entrevistas, revisión de documentos, visitas, reuniones etc.
3. Diligenciamiento del formato para la auditoría interna de gestión plasmando los hallazgos.
4. Socialización entre las partes de las generalidades de la auditoría.
5. Comunicación de manera oficial de la auditoría al área auditada para realizar aclaraciones y disponer a realizar el informe preliminar.
6. Entrega de los resultados de la Auditoría
7. Plan de mejoramiento cuando aplique
8. Firma de las partes

Socialización del informe a auditoría con el comité institucional de control interno.

3. GENERALIDADES

NOMBRE DE LA AUDITORIA	AUDITORIA PARA A PLANES DE MEJORA DE 2020
NORMA APLICABLE	➤ Decreto 648 de 2017 Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública. ARTÍCULO 2.2.22.4.9 Informes. ➤ Ley 87 de 1993 por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUDE.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE
CHIQUEQUIRACÓDIGO: **4.1.4.P02 F01**VERSIÓN: **1**

FECHA: Mar. 12 de 2019

TIPO: FORMATO

PROCESO: **DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO****FORMATO PARA LA AUDITORIA
INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1****USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRA**

	estado, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía en la continuidad de los procesos administrativos, la evaluación de los planes y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas objetivos previstos. ➤ Programa anual de auditorías e informes 2020.		
OBJETIVO	➤ Efectuar el seguimiento al estado de avance y o cumplimiento de acciones formuladas en los planes de mejora por parte de las diferentes áreas que fueron objeto de auditorías en la ESE Hospital Regional Chiquinquirá. ➤ Ampliar la eficiencia y eficacia de la entidad.		
ALCANCE	➤ Verificar los soportes que demuestren el cumplimiento de actividades generadas de las auditorías externas e internas y permita el cierre de hallazgos.		
FECHA DE INICIO	02/12/2020		16/12/2020
PROCESO	Planes de Mejora		ADMINISTRATIVO
NOMBRE DEL AUDITOR	MARÍA FRANCEY LOPEZ		
NOMBRE DEL AUDITADO	DRA AMANDA DE JESÚS BUITRAGO-PAOLA RAMÍREZ		

INTRODUCCIÓN

Los adelantos de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Chiquinquirá, se dan en la medida que sea capaz de instaurar el mejoramiento continuo de cada una de sus procesos que ordenan su hacer diario. Esta mejora se da cuando la empresa está en capacidad aprender de sí misma y de otros, es decir cuando es capaz de entender el entorno externo e interno que le genera amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas.

El plan de mejora se constituye en un mecanismo de proceso de mejora continua, y por ello su seguimiento se convierte en un desarrollo de gestión para la empresa.

Los planes de mejorar requieren conocimiento de coordinadores que tienen implicación en la auditoría.

El plan de mejora es una decisión estratégica, sobre los cuales se generan cambios para los procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos, etc dentro de la empresa social del estado, lo que le permite percibir un mejor servicio al cliente interno y externo. El plan es un autocontrol de perfeccionamiento al sistema de control interno de la entidad.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUDCÓDIGO: **4.1.4.P02 F01**VERSIÓN: **1**

FECHA: Mar. 12 de 2019

TIPO: FORMATO

PROCESO: **DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO****FORMATO PARA LA AUDITORIA
INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1****USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ****1. Hallazgos**

Organismos	No. de hallazgos
Control interno	20
Comfamiliar	5
Coosalud	3
Ecoopsos	9
Sanitas	1
Total	38

2. Resultados de verificación

La verificación del plan de mejora involucra el seguimiento a un cronograma de las acciones de mejora, en él se establecen los plazos con los coordinadores de proceso.

El plan de mejora implica el establecimiento de las tareas en concreto, instaurar los diferentes recursos a necesitar, el tiempo a emplear ya que muchas de ellas pueden desarrollarse a corto tiempo, pero otras están a largo plazo, los indicadores y las fechas de inicio son entre otros aspectos a desarrollar en esta actividad.

Es posible que para la formalización del plan se tenga que hacer una articulación y negociación entre áreas implicadas, pues el plan de mejora se convierte en un mecanismo de carácter formal, que favorece el actuar de la organización.

El plan de mejora es una tabla que se encuentra estandarizada dentro de la ESE HRC, que constituye una serie de requerimientos los cuales deberán diligenciarse en el orden que se solicita.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD				
	CÓDIGO:	4.1.4.P02 F01		
	VERSIÓN:	1		
	FECHA:	Mar. 12 de 2019		
	TIPO:	FORMATO		
	PROCESO:	DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO		
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				

ITEM	DATOS GENERALES				DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?		¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?		¿CUÁNDO?		EVALUACIÓN		OBSERVACIÓN	
	FECHA DE LA AUDITORIA O DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	ENTIDAD O SERVICIO AUDITADO	TIPO DE VISITA	NOMBRE DEL AUDITOR RESPONSABLE		TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES A DESARROLLAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	INDICADORES DE LA ACCIÓN DE MEJORA	META DE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	SERVICIO RESPONSABLE	RESPONSABLE(S) DE LA ACCIÓN (NOMBRE Y CARGO)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO DE LA ACTIVIDAD		CIERRE
1	18/08/2020	EPS CONFAMILIAR	CALIDAD	Ruth Gonzalez	En la revisión de hojas de vida: La médica Rosa Esperanza Peña Gómez tiene el curso de BLS y ACLS (01 de Julio de 2020).	ACCION CORRECTIVA	Gestionar la orientación del curso dentro de la institución para los medicos que lo requieran	Realizar la gestion correspondiente para la orientación dentro de la institución de los cursos de BLS y ACLS para los medicos que lo requieran.	No. de gestiones adelantadas.	100%	Gestion del talento humano y conocimiento	Coordinadora de Gestion del talento humano y conocimiento Dra. Angela Vergara	2020-09-30	2020-12-31	COMPLETA	SI	Se efectuó auditoria a las hojas de vida, asimismo se verificó y se comunico al personal sobre la institución Humanarte para que se efectuara los cursos al personal que faltaba generando espacios para que los trabajadores cursen y aprueben. Por otro lado a través de los proyectos de aprendizaje se planteó que la misma Instiucion capacite y certifique al personal.
2	18/08/2020	EPS CONFAMILIAR	CALIDAD	Ruth Gonzalez	No se cumple con el plan de mantenimiento preventivo de dispositivos biomédicos, se revisa el desfibrilador Serie ELS1018743, No. HRC101198 y el succionador No. HRC1 4499 del servicio de urgencias, con programa de mantenimiento cuatrimestral se evidencia ultimo mantenimiento en el mes de marzo de 2020.	ACCION CORRECTIVA	Realizar el mantenimiento preventivo según lo estipulado en el plan de mantenimiento hospitalario	Plasmar en las hojas de vida de equipos biomédicos el cumplimiento del mantenimiento preventivo realizado	% de cumplimiento de plan de mantenimiento hospitalario	100%	Mantenimiento Hospitalario	Lider de Mantenimiento Hospitalario Ing. Andres Escalona	2020-09-30	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
3	18/08/2020	EPS CONFAMILIAR	CALIDAD	Ruth Gonzalez	No se cuenta con certificación por Ingeniero de sistemas que avale características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnología de Información y Comunicaciones	ACCION CORRECTIVA	Gestionar la certificación por parte de la oficina de tecnologías de la ESE en el que avale características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente	Realizar la certificación que avale características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente	No. De certificaciones emitidas	1	Oficina Tecnologías de la Información	Lider Tecnologías de la Información de Ing. Cristian Rincon	2020-09-30	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
4	18/08/2020	EPS CONFAMILIAR	CALIDAD	Ruth Gonzalez	En las GPC no se cuenta con la guía de apendicectomia, no se dispone de formato de implementación.	ACCION CORRECTIVA	Disponer de GPC de apendicectomia e implementación de la misma.	Implementacion de GPC apendicectomia y formato de implementación	No. De guías implementadas.	1	Hospitalizacion y Salas de Cirugia	Coordinador de Hospitalizacion y quirurgicos Dra. Deyanil Rodriguez	2020-09-30	2020-12-31	COMPLETA	SI	Como posible solución el equipo de cirugía de la institución se encuentra trabajando en un documento que recopile la información más reciente del tema y la aplicación de la misma al contexto de salud de la subred de occidente de Boyacá y a las opciones diagnósticas con que cuenta la ESE hospital Regional de Chiquinquirá, el cual constituiría un protocolo institucional y se planea tenerlo disponible para socializar en el mes de febrero de 2021.
5	18/08/2020	EPS CONFAMILIAR	CALIDAD	Ruth Gonzalez	No se evidencia cumplimiento en la frecuencia establecida para reuniones de los comités obligatorios.	ACCION CORRECTIVA	Realizar reuniones de comités obligatorias de acuerdo a frecuencia establecida	Generar actas de los comites comités obligatorias de acuerdo a frecuencia establecida	% De cumplimiento de reuniones de Comités obligatorios con sus actas	100%	Sub Gerencia Cientifica	Sub gerente científico Dr. Arturo Jose Montoya	2020-09-30	2020-12-31	EN DESARROLLO	SI	A pesar de dar cumplimiento a los comites establecidos en la institución se debe mejorar la oportunidad en la citación de los mismos para que su periodicidad no se vea afectada.
6	16/07/2020	EPS COOSALUD	MONITOREO A LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	NELLY SONIA LEANDRO HUERTAS	Se presentaron varias PQR por falta de oportunidad en la asignación de citas	ACCION CORRECTIVA	Garantizar oportunidad en la asignación de citas y respuesta oportuna a las solicitudes de la EPS referentes a PQR	Asignacion de citas en el tiempo de espera establecido por la resolusion 1552 de 2013	% de oportunidad en las citas asignadas para usuarios de la EPS COOSALUD.	100%	Oficina de SIAU	Coordinadora de Oficina de SIAU: Laura Rojas	2020-07-16	2020-10-06	COMPLETA	SI	N/A

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD									
	CÓDIGO:	4.1.4.P02 F01	FORMATO PARA LA AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1						
	VERSIÓN:	1							
	FECHA:	Mar. 12 de 2019							
	TIPO:	FORMATO							
	PROCESO:	DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO							
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ									

7	16/07/2020	EPS COOSALUD	MONITOREO A LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	NELLY SONIA LEANDRO HUERTAS	Se evidencia cumplimiento parcial de los planes de mejoramiento generados y cumplimiento en planes de mejoramiento formulados internamente del 84%.	ACCION CORRECTIVA	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento propuestos.	seguimiento al cumplimiento del plan de mejora propuesta para la institucion	% de Cumplimiento del plan de mejora propuesta	100%	Oficina de Calidad	Coordinadora de Calidad: Jessica Rincon	2020-07-16	2020-10-06	EN DESARROLLO	SI	N/A
8	16/07/2020	EPS COOSALUD	MONITOREO A LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	NELLY SONIA LEANDRO HUERTAS	Se encuentra Implementada la ruta de atención de víctimas de violencia sexual pero falta implementar la ruta de atención de intento de suicidio y atención de víctimas con ácido.	ACCION CORRECTIVA	Implementar la ruta de intento de suicidio, atención de víctimas con ácido	Realizar la implementación y socialización de la ruta de intento de suicidio, atención de víctimas con ácido y socializarlos.	No. De rutas implementadas y socializadas	1	Urgencias Psicología	Coordinador de Urgencias: Andres Ballen, Psicologas de la Institucion : Caludia Suarez y Maria Fernanda Pineda	2020-07-16	2020-10-06	EN DESARROLLO	SI	La ruta de suicidio y ataques con acido debe sufrir la totalidad del proceso en este caso debe ser socializada, aprobada y posteriormente cargada a la plataforma institucional de gestión empresarial
9	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	En controles prenatales de los eventos analizados no se registra el riesgo obstétrico de la gestante.	ACCION CORRECTIVA	Registro del riesgo obstétrico de la gestante de acuerdo a factores identificados durante la consulta, en la historia clínica	Realizar el Registro del riesgo obstétrico de la gestante de acuerdo a factores identificados durante la consulta, en la historia clínica	No. De historias clínicas por consulta externa con este ítem	100%	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
10	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	Inconsistencias en medidas antropométricas en controles prenatales, en historia clínica	ACCION CORRECTIVA	Registro correcto de medidas antropométricas de la usuaria	Realizar registro correcto de medidas antropométricas de la usuaria en historia clínica	No. De historias clínicas por consulta externa con este ítem	100%	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
11	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	Historias clínicas que no permiten obtener la trazabilidad de atenciones en algunos eventos analizados.	ACCION CORRECTIVA	Reporte de historias clínicas que permiten obtener la trazabilidad de atención.	Realizar Reporte de historias clínicas que permiten obtener la trazabilidad de atención, con el objetivo de obtener información que permita identificar la adherencia a programas de detección temprana y protección específica.	No. De historias clínicas por consulta externa con este ítem	100%	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
12	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	Se encuentran algunas observaciones a tener en cuenta durante la implementación de las rutas.	ACCION CORRECTIVA	Implementar las rutas de atención integral en salud teniendo en cuenta los lineamientos de la resolución	Realizar seguimiento a la implementación correcta de las rutas según la resolución 3280	No. De Seguidimientos realizados	100%	Sub gerencia Científica	Sub gerente Científico: Dr. Arturo Jose Montejo	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
13	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	En algunas historias clínicas las recomendaciones no se realizan teniendo en cuenta las particularidades al usuario en cuanto a su estado nutricional.	ACCION CORRECTIVA	Reporte de la Historia clínica de consulta de medicina general y odontología las recomendaciones en cuanto al estado nutricional	Incluir en la Historia clínica de consulta de medicina general y odontología las recomendaciones en cuanto al estado nutricional	No. De Historias clínicas de medicina general y odontología con este ítem	100%	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
14	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	No se brinda educación acerca de las complicaciones farmacológicas y no farmacológicas referentes al manejo de su patología.	ACCION CORRECTIVA	Reporte de la Historia clínica de consulta de medicina general y odontología explicando las complicaciones farmacológicas referentes al manejo de la patología	Incluir en la Historia clínica de consulta de medicina general y odontología las complicaciones farmacológicas referentes al manejo de la patología	0	100%	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	EN DESARROLLO	SI	N/A
15	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	esta pendiente de incorporar la evaluación AIEPI en las atenciones de consulta externa.	ACCION CORRECTIVA	Identificar el alcance y los responsables de la estrategia AIEPI en la institución	Socializar en el comité de gestión y desempeño el alcance y los responsables de la estrategia AIEPI	No. De socializaciones realizadas	100%	Sub gerencia Científica	Sub gerente Científico: Dr. Arturo Jose Montejo	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	Como responsables de AIEPI en la institución se delegaron a la coordinadora de hospitalización, sala de partos y quirófanos (Dra. Deyanir Rodríguez) y el coordinador de urgencias referencia y contrareferencia (Dr. Andres Ballen)
16	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	Se encuentra cobertura para toma de citologías inferior al 50% gestantes con tamizaje de VIH en 75%, esquema PA en menores de 1 año en 63%, captación de gestantes antes de semana 12 en 67%.	ACCION CORRECTIVA	Aumentar la cobertura en estos indicadores en conjunto con las jornadas realizadas por la EAPB.	Implementar estrategias de atención con el objetivo de aumentar la cobertura en estos indicadores en conjunto con las jornadas realizadas por la EAPB.	No. De estrategias realizadas	1	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	no se realizo jornada abierta por dificultad de pandemia
17	12/08/2020 13/08/2020	EPS ECOOPSOS	CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY QUIROZ	No se encuentran cargues efectivos de información para la vigencia 2020.	ACCION CORRECTIVA	Efectuar el cargue de forma mensual las actividades contempladas en la resolución 4505	Realizar los cargues de información los primeros diez días de cada mes	No. De cargues realizados	12	Consulta Externa	Coordinador de servicio ambulatorio: Jefe Degny Murcia	2020-08-13	2020-12-31	COMPLETA	SI	N/A
18	20/08/2020	EPS SANITAS	CALIDAD	Nelly Mireya Ramirez	No se evidencia un correcto funcionamiento del call center para la asignación de citas.	ACCION CORRECTIVA	Gestionar el correcto funcionamiento del call center para la asignación de citas	Realizar el cambio de los dígitos para las operadoras y realización de mantenimiento correctivo de la plataforma de llamadas.	% de gestión para el correcto funcionamiento del call center	100%	Oficina del SAU	Coordinadora de Oficina de SAU: Laura Rojas	2020-09-01	2020-12-31	EN DESARROLLO	SI	N/A
19	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda, insistir a la CAR sobre los resultados emitidos al análisis de verimientos, para que la ESE pueda tomar correctivos.	ACCION CORRECTIVA	Notificación de construcción de planta de aguas residuales	Hacer la gestión para la construcción de planta de aguas residuales y poder el análisis de verimientos	No. Contratos	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	2/09/2020	31/12/2020	EN DESARROLLO	SI	N/A
20	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda diligenciar la casilla de tóxicos, en el formato de verificación de medicamentos y equipamientos para farmacia.	ACCION CORRECTIVA	Diligenciar la casilla formulario HI	Se realizo el diligenciamiento mensual	No. planillas	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	6/06/2020	31/12/2020	EN DESARROLLO	SI	N/A

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD									
	CÓDIGO:	4.1.4.P02 F01	FORMATO PARA LA AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1						
	VERSIÓN:	1							
	FECHA:	Mar. 12 de 2019							
	TIPO:	FORMATO							
PROCESO:			DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO						
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ									

21	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	La ESE HRC, tiene construido el documento, lista de chequeo al PGRASA, el cual deberá ser actualizado con el nuevo documento aprobado por la SESALUB e incluir control de plagas, revisión de instalaciones físicas, tanques de agua, control a desechos de cocina y manejo de otras secciones (laboratorio-imágenes diagnósticas etc).	ACCION CORRECTIVA	Modificación al PGRASA	Hacer la gestión para la modificación del documento PGRASA	No. de modificaciones	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	6/06/2020	29/07/2020	COMPLETA	SI	N/A
22	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda realizar las rondas de PGRASA como auditorías mínimo trimestral por el área ambiental.	ACCION CORRECTIVA	No. de auditorías	Realizar la inclusión de las auditorías en el plan de acción 2021	No. Auditorías	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	12/12/2020	16/12/2020	COMPLETA	SI	N/A
23	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda tener un punto de agua potable exclusivo para área residuos no peligrosos y la limpieza de escombros al alrededor del depósito central.	ACCION CORRECTIVA	Instalación de la llave de agua potable	Se adapto la llave de agua potable	No. de llaves adaptadas	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	1/06/2020	30/06/2020	COMPLETA	SI	N/A
24	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda habilitar un área de suficiente tamaño cubierto, como parqueo y lavado de carros de residuos.	ACCION CORRECTIVA	Adecuación de sitio para carros de residuos	Disponer al sitio	No. de sitios adecuados	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	1/08/2020	31/08/2020	COMPLETA	SI	N/A
25	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda mejorar el letrero de COVID-19 en el depósito central.	ACCION CORRECTIVA	Instalar una mejora en la señalización	Cambiar el letrero de Covid-19	No. Letreros	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	1/06/2020	30/06/2020	COMPLETA	SI	N/A
26	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Teniendo en cuenta que la ESE HRC, posee el documento de lista de chequeo del manual de bioseguridad, y una vez aprobado el manual de atención COVID-19, se sugiere verificar y alinear los criterios para poder hacer un estricto control de la aplicabilidad de los manuales en un solo lista, permitiendo aplicarlo, maximizando el recurso humano y manteniendo el control del factor riesgo laboral procedente de agentes biológicos como EL COVID-19, tarea que deberá hacerse en conjunto con el SST, servicios generales, gestión ambiental, enfermería etc.	ACCION CORRECTIVA	Proyección de la lista de chequeo del manual de bioseguridad exclusiva para manejo de Covid-19	Inicio de la formulación de la lista de chequeo de bioseguridad	No. lista de chequeo a covid-19	0	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	01/06/2020	31/12/2020	NO INICIADA	SI	El formato preestablecido 3.3.3.D05 F03 LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN A VEHICULO DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS es funcional para auditar el manejo de residuos contemplado en el manual de covid 19 que posee la institución
27	26/05/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda la realización del PGRASA para la sede la victoria.	ACCION CORRECTIVA	Realización del documento de Pgrasa la victoria	Iniciación del documento para la gestión de los residuos peligrosos sede la victoria	No. de documentos	100%	Gestión ambiental	Ing. Sebastian Reyes	1/09/2020	30/09/2020	NO INICIADA	NO	Esta actividad se cerrará una vez quede incluida en el POA de 2021 para su ejecución dentro de esta vigencia
29	26/08/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Dando cumplimiento a lo estipulado por la ley 1474 de 2011 y la secretaria de transparencia de la presidencia de la república, se recomienda incluir los riesgos de corrupción y de esta forma también se daría cumplimiento a lo exigido por el MIPG.	ACCION CORRECTIVA	Realizar la Matriz de riesgo institucional donde se incluya los riesgos de corrupción para la vigencia 2021	Incluir en la matriz institucional de riesgos los riesgos de corrupción que puede tener la entidad.	No. De Matrices formuladas	1	Planeación Estratégica	Ing. Andrea Benitez	1/01/2021	30/01/2021	NO INICIADA	NO	la formulación de los riesgos en la matriz institucional deben ajustarse a una visión estratégica mas no a la tarea del diario que hacer de cada uno de los procesos (que es como se realizaba anteriormente), en consecuencia se planea realizar bajo el nuevo Plan Desarrollo Institucional 2020-2023
30	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Teniendo en cuenta que empresa ESE HRC, tiene cargados los 10 trámites en la plataforma DAF, es conveniente que se revise la opción de si avanzando en la integración de los formatos para solicitud de historia clínica, tal como existe para solicitud de citas, ya que el estado busca optimizar el tiempo, costos, facilidad de trámites a los usuarios.	ACCION CORRECTIVA	Gestionar el tramite de solicitud de historia clinica a través de pagina institucional	Gestionar el tramite de solicitud de historia clinica a través de pagina institucional	No. De tramites gestionados a través de la pagina web de la ESE	1	Gestión Documental	Narly Quimbaya	1/01/2021	30/01/2021	NO INICIADA	NO	Esta actividad se cerrará una vez quede incluida en el POA de 2021 para su ejecución dentro de esta vigencia
31	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Es importante que exista el soporte, en las actas de los comités las socializaciones realizadas por la lider de humanización respecto a los temas de humanización y la medición en los servicios, la experiencia del usuario desde la perspectiva de la calidez, confianza y buen trato en la atención, con el fin de siempre generar el espacio de retroalimentación a los servicios y generación de oportunidades de mejora.	ACCION CORRECTIVA	Incluir en el acta del comité correspondiente las socializaciones realizadas por la lider de humanización de la ejecución del pograma Mi humanidad, tú valor "Tú decides que huella dejar"	Incluir en el acta del comité correspondiente las socializaciones realizadas por la lider de humanización de la ejecución del pograma Mi humanidad, tú valor "Tú decides que huella dejar"	No. De Actas en el semestre	3	Humanización	Admon. Paola Ramirez	1/10/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	Esta actividad debe ser periódica para la vigencia 2021, entendiendo la integridad de el comité de seguridad del paciente

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD				
 E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ	CÓDIGO:	4.1.4.P02 F01	FORMATO PARA LA AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1	
	VERSIÓN:	1		
	FECHA	Mar. 12 de 2019		
	TIPO	FORMATO		
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO		
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				

32	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	La humanización en la salud es una fuente de variados métodos en la búsqueda de unas instituciones más sensibles ante la dolencia de los pacientes, de tal forma la humanización vista desde la acreditación es la suma de variados estándares que perfeccionan una verdadera institución comprometida con su usuario, por lo anterior se recomienda que desde el área de humanización se realice el seguimiento a la percepción el cumplimiento de los lineamientos del programa, logando aportar al diagnóstico detallado del estado de avance de la institución en la implementación del proceso de acreditación, meta del plan de desarrollo en su programa aliados con la calidad, objetivo un equipo humano hacia la acreditación institucional, esto permitirá además el fortalecimiento de acciones de mejora y da cumplimiento a la articulación entre humanización y plan estratégico de talento humano.	ACCION CORRECTIVA	Alinear el proceso de humanización con el proceso de acreditación y el programa institucional de talento humano	Alinear el proceso de humanización con el proceso de acreditación y el programa institucional de talento humano	No. De procesos y programas revisados	100%	Humanización	Admon. Paola Ramirez	1/12/2020	31/12/2020	En Desarrollo	SI	N/A
33	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda para la siguiente vigencia armonizar el plan de acción, con las cuatro líneas del programa, de tal forma que la humanización se convierta en una formación propia de la entidad y esta perdure en el tiempo	ACCION CORRECTIVA	Armonizar las líneas del programa de humanización con el POA 2021	Armonizar las líneas del programa de humanización con el POA 2021	No. De POA armonizados con el programa de Humanización Mi humanidad, tú valor "¿lo decides que huella dejar?"	100%	Humanización	Admon. Paola Ramirez	1/12/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	N/A
34	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda implementar el protocolo de bienvenida a las demás sedes y áreas.	ACCION CORRECTIVA	realizar seguimiento a la estandarización de salud en institución de los integrantes d ela oficina de atención al usuario	realizar seguimiento a la estandarización de salud en institución de los integrantes d ela oficina de atención al usuario	No. De seguimientos realizados al SIAU	2	Humanización	Admon. Paola Ramirez	1/01/2021	30/01/2021	NO INICIADA	NO	Esta actividad se cerrará una vez quede incluida en el POA de 2021 para su ejecución dentro de esta vigencia
35	27/07/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	El programa de humanización es nuevo, por tanto, se recomienda profundizar en acciones pertinentes al tema de crear habilidades humanísticas.	ACCION CORRECTIVA	Planear capacitación en humanización para la vigencia 2021	Planear capacitación en humanización para la vigencia 2021	No. De capacitaciones	1	Humanización	Admon. Paola Ramirez	1/01/2021	30/01/2021	NO INICIADA	NO	Esta actividad se cerrará una vez quede incluida en el POA de 2021 para su ejecución dentro de esta vigencia
37	5/11/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda incluir en el protocolo de limpieza y desinfección de dispositivos médicos, el TAC	ACCION CORRECTIVA	Incluir el protocolo de limpieza y desinfección de dispositivos médicos, el TAC	Incluir el protocolo de limpieza y desinfección de dispositivos médicos, el TAC	No. De actualizaciones del protocolo con los ítems solicitados	1	Lider de Imágenes Diagnosticas	Ing. Ronald Ruiz	1/12/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	N/A
38	5/11/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	obligación de estándares de calidad para la acreditación, por tanto, se hace necesario que se verifique el estándar 27, 37,38,52,54. Cumpliendo la cláusula 73 de contrato 20200316-021 de marzo 2020 del proceso de	ACCION CORRECTIVA	Incluir los estándares de acreditación en el diagnostico institucional	Incluir los estándares de acreditación en el diagnostico institucional	No. De Indicadores de acreditación incluidos	5	Lider de Imágenes Diagnosticas	Ing. Ronald Ruiz	1/12/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	N/A
39	5/11/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda realizar el monitoreo radiológico por áreas, tal como lo establece el manual de protección de radiología y la obligación específica No. 48 d el contrato 20200316-021 de marzo 2020 del proceso de imágenes diagnosticas	ACCION CORRECTIVA	adquirir un dosimetro para poder medir la radiacion en las areas de imagenologia	adquirir un dosimetro para poder medir la radiacion en las areas de imagenologia	No. De Dosímetros adquiridos	1	Lider de Imágenes Diagnosticas	Ing. Ronald Ruiz	1/12/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	N/A
40	5/11/2020	CONTROL INTERNO	CALIDAD	MARIA FRANCEY LOPEZ	Se recomienda dar continuidad en cuanto a generar conductas de prevención enfocadas en el retiro de elementos de protección personal.	ACCION CORRECTIVA	Capacitar al personal en el retiro de EPPS	Capacitar al personal en el retiro de EPPS	No. De capacitaciones realizadas	1	Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo	Wilson Fuentes	1/12/2020	31/12/2020	COMPLETA	SI	N/A

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUDCÓDIGO: **4.1.4.P02 F01**VERSIÓN: **1**

FECHA: Mar. 12 de 2019

TIPO: FORMATO

PROCESO: **DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO****FORMATO PARA LA AUDITORIA
INTERNA DE GESTIÓN No. 100.7.1****USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ****5. HALLAZGOS****CONFORMIDADES**

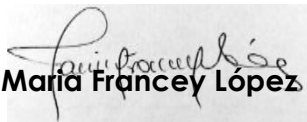
Al cierre de los hallazgos, la entidad arroja los siguientes datos: a la fecha el plan de mejora institucional cierra con un 86% de ejecución y cumplimiento de las actividades propuestas a desarrollar para subsanar hallazgos encontrados con el criterio de calificación de cierre SI; y con un 13% faltante que por razones de tiempo, modo o lugar se establecer como prioridad a desarrollar en la siguiente vigencia a través del plan operativo anual con el criterio de cierre NO. El comportamiento del plan de mejora institucional, evidencia un desarrollo positivo de respuesta de la ESE ante las acciones para cumplir con el mitigación o subsanación de los hallazgos dejados por los diferentes organismos de auditoria.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se dejó establecido para aquellos hallazgos, que por diferentes circunstancias al cierre del plan no pudieron ser ejecutados, se dejen fijados como actividades en el plan de acción de 2021, con el ánimo de que los procesos establezcan un mejoramiento continuo como lo establece la entidad.

NO CONFORMIDADES**RECOMENDACIONES****6. CONCLUSIONES**

- En conclusión, la empresa, selecciono las acciones de mejora, con un conocimiento lógico, pudiendo establecer sus causas, seleccionando las soluciones más apropiadas que mitigaron la no conformidad.
- Se pudo identificar que la empresa hace un seguimiento detallado al plan de mejora, logrando garantizar la eficacia y el cumplimiento del mismo.


Maria Francey López Nombre del Auditor

**Drs-Amanda de Jesús Buitrago- Paola
Ramírez**

Firma del Auditado