



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Administrativo	Hallazgo N°1: Se observa que no hay un conocimiento generalizado de la importancia de este documento y su aplicación en cada una de las áreas de la institución.; los entes encargados de hacer seguimiento como la oficina de control interno y la oficina de Planeación, no tiene un plan para avanzar en la implementación del Mapa de Riesgos. Norma Incumplida: Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014	Suscribir el Plan General de Auditorías con la Gerencia del Hospital y realizar su socialización.	Plan general de Auditorías suscrito.	Documento del Plan General de Auditorías.	1	Jefe de Control Interno Comité de Coordinación De Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017
		Suscribir procedimiento de auditorías internas de la Oficina Asesora de Control Interno.	Procedimiento de auditorías internas suscrito.	Documento del procedimiento de auditorías internas de la Oficina Asesora de Control Interno suscrito.	1	Jefe Oficina Asesora de Control Interno/ Oficina Asesora de Planeación.	22/02/2016	22/02/2017
		Ejecutar las auditorías programadas en el Plan General de Auditorías.	Informes de ejecución del plan general de auditorías.	Informes	80%	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017
		Realizar planes de Mejoramiento individuales con base en los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas.	Planes de mejoramiento suscritos.	Planes de mejoramiento.	80%	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017
		Suscribir actas de seguimiento a los planes de mejoramiento individuales.	Actas de seguimiento a los planes de mejoramiento	Actas de seguimiento.	100%	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017
		Realización de informes MECI	Continuar con la elaboración de los informes de seguimiento al MECI de acuerdo a lo establecido en el decreto 943 de 2014 con inclusión de los avances del Sistema de Calidad en cada elemento del Modelo.	Informes de seguimiento al MECI.	4	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017
		Formular y desarrollar un plan de implementación de los Mapa de Riesgos en el Hospital.	Elaborar un plan de implementación de los Mapa de Riesgos.	Plan de implementación de los Mapa de Riesgos elaborado	1	Funcionario de la oficina de Planeación	01/03/2016	07/13/2016
			Socializar a los líderes o coordinadores de los procesos el plan de implementación de los Mapa de Riesgos.	Número de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas	80%	Funcionario de la Oficina de Planeación	28/03/2016	16/05/2016
			Ejecutar acciones definidas en el plan de implementación de los Mapa de Riesgos.	Número de acciones realizadas / Total de acciones programadas	80%	Lider de cada Proceso	01/04/2016	31/12/2016
			Realizar seguimiento y evaluar al plan de implementación de los Mapa de Riesgos.	Porcentaje de seguimiento al plan de implementación de los Mapa de Riesgos.	80%	Jefe de la Oficina de Control Interno	01/11/2016	31/12/2016
Elaborar y suscribir acto administrativo por medio del cual se actualiza el código de Buen Gobierno.	Acto administrativo de actualización del Código de Buen Gobierno.	Acto administrativo.	1	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017		
Elaborar y suscribir acto administrativo por medio del cual se actualiza el código de ética.	Acto administrativo de adopción del código de ética.	Acto administrativo.	1	Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	22/02/2016	22/02/2017		





PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Financiero - Cartera	Hallazgo N°6 y 7: Para la evaluación de la propiedad planta y equipo, se solicitó los diferentes avalúos de los bienes muebles e inmuebles que se encuentran registrados en las cuentas de propiedad planta y equipo de la entidad, la entidad no ha presentado a la fecha el valor de los avalúos, ni el procedimiento que debe seguir. Según lo informa la Dirección Administrativa y Financiera, se están haciendo los avalúos para ajustar los estados Financieros a las NIIF al corte de junio de 2015 la entidad no ha efectuado el proceso de valuación de bienes muebles. La entidad no ha efectuado la valorización de los bienes muebles de tal manera que puedan actualizarse los registros a su valor de realización, no solo porque existen normas claras que exigen dicho procedimiento, sino además porque la Ley 1314 de 1993 y la Resolución 414 de 2014 de la Contraloría General de la Nación, ordeno la reexpresión de éstas cuentas para bajo el nuevo marco técnico normativo (NIIF para Pymes). La normatividad presuntamente incumplida es el Libro I Plan General de la Contaduría Pública Normas técnicas relativas a los activos Noción 173 y Noción 104 literal 7 Características cualitativas de la información contable pública; El manual de procedimientos de CGN (Libro II, Título II Capítulo III, Numeral 20); Circular 60 del 2005 de la Contaduría General de la Nación (Procedimientos relacionados con los efectos contables de los avalúos de los bienes muebles e inmuebles, de los entes públicos sujetos al ámbito de aplicación del Plan General de Contabilidad Pública-PGC).	Actualizar avalúos de los bienes muebles del hospital.	Contratación de personal para el levantamiento de los bienes muebles.	N° de bienes avaluados/ Total de bienes a valorizar.	100%	Subgerencia Administrativa	01/03/2016	31/12/2016
	Hallazgo N° 10: Los saldos que reporta la ESE en el Balance General no coinciden con los reflejados en los auxiliares reportados y colocados en la Nube. Esto además concuerda con el análisis que en las notas a los Estados Financieros, donde hacen una reflexión del desorden que existe en ese proceso, donde añaden que el sistema de información no les permite realizar información oportuna y confiable. En la nube igualmente suben unos archivos (carpeta 115) que supuestamente contienen la estimación de las provisiones para cartera por los años 2014 y 2015, pero que están sin contenido. De igual forma y como ya se evidencio en notas anteriores, la ESE HUSJ, no cuenta con un manual de cartera. Norma Incumplida: Res 119/06 CGN anexo del Art. 1° numeral 2.1.6-conciliaciones, Numeral 2.7. del capítulo 2 del PLAN GENERAL DE LA CONTABILIDAD PUBLICA, en especial las características de Confiabilidad (103) Razonabilidad (104) y objetividad (105)	La saldos del balance general coinciden con los auxiliares reportados.	Actas mensulizadas de verificación de los saldos del balance y sus auxiliares	N° de actas de verificación	10 Actas	Contabilidad - Cartera	01/03/2016	31/12/2016
	Hallazgo N°11: La entidad no entrego la información solicitada para poder establecer la forma como determinó la provisión y el procedimiento adelantado para reconocer la cartera castigada La Normatividad presuntamente incumplida es el Artículo 51 de la Ley 1437 del 2011 y el Numeral 130.12 del Artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 y el Numeral 16 del Artículo 34 de la Ley 734 de 2000	Entrega del procedimiento de saneamiento de cartera y del Manual de Cartera	Manual de Cartera	Manual	1	Gerencia - Subgerencia Administrativa - Cartera	01/03/2016	30/04/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente de Habilitación	Hallazgo N° 13 y 14: No concordancia entre lo declarado en esta autoevaluación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014 y no cumplimiento con algunos estándares de habilitación evidenciado tanto en el recorrido como en la evidencia suministrada por la ESE. Norma Incumplida: Artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014 y en el Parágrafo del Artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014; Artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014 y Parágrafo del Artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014.	Habilitación de los servicios declarados	1. Realizar la autoevaluación según la resolución 2003 de 2014.	Autoevaluación realizada	1	Coordinadora Aseguramiento de La Calidad	04/02/2016	29/02/2016
			2. Presentación de informes de necesidades	Informe consolidado de Autoevaluación de habilitación	1	Coordinadora Aseguramiento de La Calidad	01/02/2016	29/02/2016
			3. Asignación de recursos para cumplimiento de necesidades de habilitación presentadas en el informe.	NA	NA	Gerente de Hospital Universitario San Jose ESE	01/02/2016	31/03/2016
			3. Adecuación de infraestructura de los servicios requeridos.	Número de actividades de infraestructura realizadas/ Numero de actividades planeadas	80%	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	01/02/2016	31/12/2016
			4. Compra de equipos de acuerdo a las necesidades establecidas .	Número de equipos adquiridos/ Total de necesidades de dotación	80%	Subdirector Administrativo	01/06/2016	31/12/2016
			5. Actualizar los procedimientos, guías y protocolos requeridos para la habilitación de los servicios	Número de documentos actualizados/Total de documentos requeridos	100%	Oficina Asesora de Planeación	04/01/2016	30/04/2016
	Hallazgo N° 15 No se encontró registro de la Inscripción de la Unidad de quemados Pediátricos en el REPS. Norma Incumplida: Artículo 13 y el Parágrafo 2 del mismo Artículo del Decreto 1011 de 2006. Numeral 5.5 del Artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014, Artículo 6 de la Resolución 2003 de 2014.	Solicitud de la reactivación del servicio de la Unidad de quemados Pediátricos	1. Reactivación del Servicio por parte de la Secretaria	Servicio inscrito en el REPS	1	Subgerencia científica	01/11/2015	30/11/2015
	Hallazgo N° 16 Recorrido de Habilitación- Falta de control de temperatura y humedad en los carros de paro y semaforización de medicamentos según el riesgo. Norma Incumplida: Numerales 2.3.2 - 2.3.2.1 de la Resolución 2003 de 2014- estándar Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	Cumplimiento de las especificaciones requeridas en el carro de paro	Instalación de termo-higrometros en los carros de paro requeridos e implementación de control de temperatura y humedad	Número de termo-higrometros instalados/ Total de termo-higrometros requeridos	100%	Ingeniera Biomedica encargada	30/12/2015	31/01/2016
			Incremento de personal para el cumplimiento con la dispensación de medicamentos debidamente rotulados con los colores de alto riesgo, control especial y medicamentos LASA.	NA	NA	Coordinador de Servicio Farmaceutico	04/01/2016	31/01/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente de Habilitación	Hallazgo N°17 No cumplimiento con el estándar de infraestructura del la Unidad de Salud Mental. Norma Incumplida: Resolución 2003 de 2014 grupo internación, servicio: Hospitalización en unidad de salud mental, Resolución 2003 de 2014- Resolución 2003 de 2014, dotación:" camas acondicionadas según el tipo de pacientes hospitalizados)	Cumplimiento con los estándares de infraestructura del servicio	1. Inclusion en el presupuesto del Hospital de las adecuaciones de la infraestructura y adquisición de equipos de acuerdo a la disponibilidad presupuestal	NA	NA	Gerente de HUSJ ESE	04/01/2016	29/02/2016
			2. Adecuación de infraestructura de los servicios requeridos.	Número de actividades de infraestructura realizadas/ Número de actividades planeadas	80%	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	01/02/2016	30/06/2016
	Hallazgo N° 18 Incumplimiento con los requisitos en Talento Humano según la Resolución 2003 de 2014. Norma violada: artículos 1, Artículos 2 y 3 (modificado por la ley 443 de 1998), 4 y 5 de la LEY 190 DE 1995, Artículos 17 y 18 del Capítulo IV de la Ley 1164 de 2007, Resolución 2003 de 2014, en lo que respecta al Talento Humano del servicio de - en unidad de quemados adulto y pediátrico.	Cumplimiento con los estándares de talento humano	Solicitud de soportes de Hoja de vida del personal	solicitud de soportes de hoja de vida	1	Jefe Oficina Talento Humano	04/01/2016	29/02/2016
			Capacitación y formación del personal según requerimientos de cada servicio.	Número de capacitaciones realizadas/numero de capacitaciones requeridas	90%	Jefe Oficina Talento Humano	01/02/2016	31/03/2016
			Certificación del personal según los requerimientos de cada servicio	Número de personal certificado/ Total de personal requerido para la certificación	100%	Jefe Oficina Talento Humano	01/02/2016	30/06/2016
Componente PAMEC	Hallazgo N° 19 y 24 Formatos de PAMEC sin control documental. Norma Incumplida: Artículo 35 y el Parágrafo del Decreto 1011 de 2006, presuntamente no acoge lo establecido en las pautas de auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, y la Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud, del Ministerio de Salud y Protección Social. (En lo que se refiere a los formatos); Artículo Tercero y su Parágrafo de la Ley 872 de 2003, literales H, I y el Parágrafo del Artículo cuarto de la Ley 872 de 2003, Artículo Quinto de la Ley 872 de 2003, Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008.	Cumplimiento de los formatos del PAMEC en el control documental	Inclusión del formato de seguimiento al PAMEC en el procedimiento con su respectiva codificación	Formato codificado	1	Auditora en Salud encargada de PAMEC	04/01/2016	31/01/2016
			Hallazgo N° 20 , 21 y 24. Seguimiento continuo y sistemático de los planes de mejoramiento resultantes de los hallazgos encontrados en las auditorías internas. Normas Incumplidas: Artículo 35 y el Parágrafo del Decreto 1011 de 2006, Artículo Tercero y su Parágrafo de la Ley 872 de 2003, literales H, I y el Parágrafo del Artículo cuarto de la Ley 872 de 2003, Artículo Quinto de la Ley 872 de 2003, Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008. Literal h y Literal i del Artículo cuarto de la Ley 872 de 2003, Artículo 32 del Decreto 1011 de 2006, Numeral 2 del Artículo 33 del Decreto 1011 de 2006, Números 1 y 2 del Artículo 34 del Decreto 1011 de 2006, Numeral 2 del Artículo 35 del Decreto 1011 de 2006, Parágrafo del Artículo 35 del Decreto 1011 de 2006.	Seguimientos continuo y sistematicos de los planes de mejora	Realizar seguimiento a las auditorías y realizar un consolidación de soportes en el seguimiento de las auditorías internas realizadas.	Consolidado	1	Auditora en Salud encargada de PAMEC



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Seguridad del Paciente	Hallazgo N° 22: No se verifican actas de socialización de guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente, la institución no allega documentos al momento de la auditoría; No se cuenta con medición de adherencia porque se encuentran socializando guías la evaluación está proyectada para iniciarse en diciembre; No soportan la medición de adherencia a la dispensación segura de medicamentos; La institución no cuenta con un documento que evidencie la adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos; no se cuenta con medición semestral de adherencia a guía para la atención prioritaria de las estantes; el protocolo de transfusión de sangre y componentes sanguíneos no incluye el uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional; no se cuenta con medición semestral de adherencia a protocolo para transfusión de sangre segura. Norma Incumplida: Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014 - Procesos priorizados - Política de Seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social.	Socializar las guías de manejo clínico	A partir de las guías aprobadas y requeridas para cada servicio realizar socializaciones con el personal.	Guías socializadas	80%	coordinador medico de cada servicio	01/03/2016	30/09/2016
		Realizar evaluación de adherencia a guías	Realizar una programación de evaluación de adherencia a guías y ejecutarla	Evaluación de adherencia	80%	coordinador medico de cada servicio	01/03/2016	30/09/2016
		Realizar la medición de adherencia a la dispensación segura de medicamentos	Se aplican lista de verificación para la evaluación de adherencia en la farmacia principal y en las satélites	Evaluación de adherencia	80%	Químico Farmacéutico	01/03/2016	01/06/2016
		Implementar la medición de la adherencia al uso racional de antibiótico.	Se identifican los pacientes que reciben antibióticos de interes para el seguimiento, se hace resumen de la historia clínica respecto a los datos relevantes, a partir de esta información se compara con lo establecido en la guía, estableciendo la adherencia.	Evaluación de adherencia	40%	Medico Coordinador comité de infecciones	30/06/2016	31/12/2016
		Implementar la medición de adherencia a la guía de atención prioritaria de las gestantes	Realizar listas de chequeo para la medición de adherencia a la guía de atención prioritaria de las gestantes	Evaluación de adherencia	80%	coordinador medico de ginecologia	05/30/2016	31/12/2016
		Actualizar el protocolo de transfusión de sangre y componente sanguínea, incluyendo alternativas de transfusión y manejo de pacientes que no acepten terapia transfusional	Incluir en el protocolo de transfusión sanguínea alternativas de manejo terapeutico para pacientes que rechacen la terapia tranfusional: Autotransfusión o Transfusión autóloga y Uso me dedicamentos expansores de volumen plásmatico.	Protocolo Actualizado	100%	Director Banco de Sangre	01/03/2016	01/04/2016
		Implementar la adherencia al protocolo de transfusión de sangre segura.	Aplicar lista de verificación al protocolo de transusión sanguínea.	Evaluación de adherencia	80%	Jefes Lideres de Proceso	01/04/2016	30/04/2016
Componente Sistemas de Información	Hallazgo N° 23. No se evidencian planes de mejoramiento, ni acciones de mejora concretas, tendiente a alcanzar la meta de los indicadores que no cumplen (año 2014). Norma Incumplida: Numeral tres del Artículo Segundo la Resolución 1446 de 2006.	Implementar planes de mejoramiento a partir de los resultados de los indicadores	Hacer seguimiento a los resultados de los indicadores y verificar la definición e implementación de los planes de mejoramiento	Informe consolidado de seguimiento de indicadores	1	Sistemas de información	24/02/2016	31/12/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Proceso de Apoyo para la Atención	Hallazgo N° 25: No se evidencia la rotulación de recipientes de recolección con el nombre del servicio al que pertenecen. Se evidenciaron varios recipientes con el pedal dañado y otros que no lo tenían. Los residuos de material cortopunzante no son diligenciados completamente, se presume incumplimiento de la normatividad vigente. Norma Incumplida: Resolución 1164 de 2002 - 7.2.3. Segregación en la fuente	Modificación de etiquetas , reparación y adquisición de recipientes.	Se modificaran las etiquetas actuales donde se incluyan el nombre del servicio al que pertenecen y en el caso del recipiente de color rojo donde se depositan los residuos peligrosos se añadirán algunas generalidades. Adicional de adquiriran y repararan los recipientes dañados.	Hojas de vida por servicios donde se evidencia la entrega de recipientes , etiquetas y demás.	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
		Reparación de recipientes	Se gestionara la adquisición de recipientes y se repararan los que se encuentren dañados.	Auditorias separación en en la fuente formato	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
		Adquisición de recipientes especiales	En relación a los residuos cortopunzantes asociados a los desechos de medicamentos en forma de frascos de vidrio o ampollas se diseñaran recipientes especiales que cumplan con la normatividad asociada para la adecuada disposición de los mismos y a su vez disminuir el riesgo que conlleva su manejo actual.	Auditoria guardianes consolidado	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	30/06/2016
		Sensibilización al personal	Se sensibilizara al personal en conjunto con el área de salud ocupacional, dentro de las sesiones breves en relación al manejo general de guardianes.	Auditoria guardianes consolidado	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	30/06/2016
	Hallazgo N° 26: No se ha adoptado todos los ítems de RH1 para registrar la generación de residuos hospitalarios. No se evidenciaron en los documentos anexados en la capeta 44 los indicadores estadísticos de accidentalidad, el indicador de infección nosocomial y el indicador de coincidencia. Norma Incumplida: Resolución 1164 de 2002, Monitoreo al PGRIH; componente interno.	Modificación formato RH1	Se realiza la modificación del formato RH1 debido a que se encontraban espacios dentro del formato no requerido para las necesidades de la institución y se sensibiliza al personal para su adecuado diligenciamiento.	Documento modificado	1	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	30/06/2016
		Adición de indicadores	De acuerdo con los indicadores de accidentalidad, indicador nosocomial y coincidencia, se realizara el respectivo registro dentro del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.	Documento completo	1	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	30/06/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Proceso de Apoyo para la Atención	Hallazgo N° 27: La institución no realiza una adecuada desactivación de residuos hospitalarios antes de ser llevados al almacenamiento central. Los residuos infecciosos/anatomopatológicos No son desinfectados antes de ser llevados al almacenamiento, se evidenció una bolsa rota dentro de la nevera que no garantizan que las bolsas sean resistentes y aprueba de goteo. Norma Incumplida: Resolución 1164 de 2002, Monitoreo al PGIRH, 7.1 Componente Interno, del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH.	Almacenamiento en estado de congelación.	En relación con la desinfección de los residuos anatomopatológicos teniendo en cuenta que la resolución 01164 de 2002, en el literal 7.1 donde hace referencia a la funciones, estructura organizacional, entre otros del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria; no se menciona claramente la desinfección de este tipo de residuos. Mas sin embargo en el literal 7.2.4 desactivación de residuos hospitalarios y similares se recomienda un método de desactivación de baja eficiencia donde a través de un proceso de desactivación química se desinfectan estos residuos, pero debido a que estos se incineran en la actualidad no se podrían emplear sustancias químicas para su previa desactivación ya que la mayoría de estos elementos son precursores en la formación de agente altamente tóxicos como las dioxinas y furanos, no se deben desinfectar ya que finalmente serán incinerados generando un mayor impacto ambiental. Por tanto como medida correctiva y preventiva se incrementara la temperatura de los refrigerados que contienen temporalmente estos residuos para que en el momento de su transporte al depósito final se encuentren en estado de congelación.	Residuos en estado de congelación	Residuos en estado de congelación	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
		Incrementar calibre de la bolsa	Se incrementara el calibre de la bolsa roja para evitar que se generen situaciones de riesgo con los residuos peligrosos y asegurar el manejo y transporte adecuado de los mismos.	Registro compra de bolsas , certificado de calibre	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
Componente Proceso de Apoyo para la Atención	Hallazgo N° 28: Los pisos, techos y/o paredes de los almacenamientos temporales y almacenamiento central no tienen las condiciones para garantizar la desinfección y limpieza profunda y adecuada. No se evidenció en la entrada del almacenamiento un aviso a manera de cartelera que identifique claramente el sitio de trabajo, los residuos manipulados, el código de colores y los criterios de seguridad. Los elementos con los que cuenta la institución para impedir el acceso de vectores y roedores no son los adecuados. Las neveras destinadas al almacenamiento de residuos anatomopatológicos NO cuenta con un registro visible de temperatura para evitar que esta no sobrepase los 4°C, se presume incumplimiento al no garantizar esta condición. No se evidenció la dotación de equipos de extinción. Norma Incumplida: Resolución 1164 del 2002 Numeral 7.2.6. Almacenamiento de residuos hospitalarios y similares	Adecuación UTAC	Se realizan las adecuaciones pertinentes en la unidad de almacenamiento central de residuos en paredes, pisos y techos para garantizar superficies de fácil limpieza, por otro lado se adecua el área para evitar el ingreso de posibles vectores a la unidad.	Documento proyecto final	1	Coordinador gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
			Se instalan avisos y equipo de extinción contra incendios, donde se evidencia el código de colores, el tipo de residuos y las precauciones y condiciones de seguridad generales asociadas al manejo de los mismos.	Documento proyecto final	1	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Proceso de Apoyo para la Atención	Hallazo N° 28: Los pisos, techos y/o paredes de los almacenamientos temporales y almacenamiento central no tienen las condiciones para garantizar la desinfección y limpieza profunda y adecuada. No se evidencio en la entrada del almacenamiento un aviso a manera de cartelera que identifique claramente el sitio de trabajo, los residuos manipulados, el código de colores y los criterios de seguridad. Los elementos con los que cuenta la institución para impedir el acceso de vectores y roedores no son los adecuados. Las neveras destinadas al almacenamiento de residuos anatomopatológicos NO cuenta con un registro visible de temperatura para evitar que esta no sobrepase los 4°C, se presume incumplimiento al no garantizar esta condición. No se evidencio la dotación de equipos de extinción. Norma Incumplida: Resolución 1164 del 2002 Numeral 7.2.6. Almacenamiento de residuos hospitalarios y similares	Adecuación UTAC	Se ubican termómetros en las diferentes neveras donde se almacenan temporalmente los residuos anatomopatológicos y se lleva un control diario de los mismos para validar que esta no sobrepase los 4°C. (a través del formato control de temperatura).	Documento proyecto final	1	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
	Hallazo 29: No se garantiza una adecuada limpieza y desinfección en pisos, paredes y techo del área de morgue. Norma Incumplida: Resolución 2003 de 2014. ESTANDAR TODOS LOS SERVICIOS –INFRAESTRUCTURA y Resolución 4445 de 1996 art. 33 literal 10.	Limpieza Morgue	Se programa brigada semanal para la limpieza y desinfección de pisos, paredes, techos y demás superficies de la morgue y el servicio de patología.	Planilla firmada	1	Coordinadora gestión ambiental	24/02/2016	31/03/2016
Componente Comités Hospitalarios	Hallazgo N° 30: Hay periodicidad mensual del comité de gestión ambiental, hay quórum pero no asisten la totalidad de sus integrantes, no hay seguimiento a los compromisos adquiridos en su totalidad para el año 2014. Norma Incumplida: Numeral 7.1 de la Resolución 1164 del 2002	Definición y socialización de cronograma institucional de comités.	Establecer un cronograma de reunion de comites institucionales y socializarlo vía correo electronico y docunet a los integrantes.	Certificado de envío	1	Coordinador de gestión ambiental/Oficina de planeación	24/02/2016	25/02/2016
		Envío a los insasistentes por vía electronica de los temas tratados, tareas y compromisos y solicitud de justificación de la inasistencia.	Se enviara a los insasistentes dentro de los 8 días siguientes a la reunión los temas tratados, tareas y compromisos y solicitud de justificación de la inasistencia. Actividad que se realizará a través de los correos institucionales y docunet.	Certificado de envío	1	Coordinador de gestión ambiental	24/02/2016	31/12/2016
		Autocontrol de tareas y compromisos.	Dentro del orden del día se dará revisión a las tareas y compromisos establecidos en reuniones anteriores y aquellas que se encuentren pendientes.	Número de tareas y compromisos ejecutados/N° de tareas y compromisos establecidos	80%	Coordinadora de gestión ambiental	24/02/2016	31/12/2016
		Seguimiento de los comites	Seguimiento cada cuatro meses a los comites, evaluando cumplimiento de reuniones, tareas , compromisos y temas relacionados con el comité	Número de seguimientos realizados/Número de seguimientos planeados	75%	oficina de planeación	24/02/2016	31/12/2016
Establecer y ejecutar plan de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora encontradas en el seguimiento a comités.	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades planeadas		80%	Miembros de comité-coordinador de gestión ambiental	24/02/2016	31/12/2016		



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Comités Hospitalarios	Hallazgo N° 24 y 31: Se evidencia que no hay actas de los comités de Ética hospitalaria en los meses de junio, julio, noviembre y diciembre de 2014 y mayo 2015, no se evidencia seguimiento estricto a los compromisos establecidos en el año 2014. Norma Incumplida: Artículo Tercero y su Parágrafo de la Ley 872 de 2003, literales H, I y el Parágrafo del Artículo cuarto de la Ley 872 de 2003, Artículo Quinto de la Ley 872 de 2003, Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008. Resolución 13437 de 1991 y Decreto 1757 de 1994.	Definición y socialización de cronograma institucional de comités.	Establecer un cronograma de reunion de comites institucionales y socializarlo via correo electronico y docunet a los integrantes.	Certificado de envío	1	Coordinadora SIAU y coordinador de estadística/ oficina de planeación	24/02/2016	25/02/2016
		Autocontrol de tareas y compromisos.	Dentro del orden del día se dará revisión a las tareas y compromisos establecidos en reuniones anteriores y aquellas que se encuentren pendientes.	Número de tareas y compromisos ejecutados/N° de tareas y compromisos establecidos	80%	Coordinadora SIAU y coordinador de estadística	24/02/2016	31/12/2016
		Seguimiento de los comites	Seguimiento cada cuatro meses a los comites, evaluando cumplimiento de reuniones, tareas , compromisos y temas relacionados con el comité	Número de seguimientos realizados/Número de seguimientos planeados	75%	Profesional contratista oficina de planeación	24/02/2016	31/12/2016
			Establecer y ejecutar plan de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora encontradas en el seguimiento a comités.	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades planeadas	80%	Miembros de comité- Coordinadora SIAU y coordinador de estadística.	24/02/2016	31/12/2016
	Hallazgo N° 32 y 24: No existen comités de farmacia y terapéutica en los meses de febrero, marzo, junio y julio y octubre de 2014; La IPS en Enero de 2014 no realizó comité de historias clínicas. Norma Incumplida: Artículo Tercero y su Parágrafo de la Ley 872 de 2003, literales H, I y el Parágrafo del Artículo cuarto de la Ley 872 de 2003, Artículo Quinto de la Ley 872 de 2003, Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008, Numeral 4 de la Resolución 1403 de 2007, Artículo 2 de la Resolución 2013038979 de 2013, Artículo 1 de la Resolución 4816 de 2008, Numeral 5.2 Capitulo III de la Resolución 1403 de 2007.	Definición y socialización de cronograma institucional de comités.	Establecer un cronograma de reunion de comites institucionales y socializarlo via correo electronico y docunet a los integrantes.	Certificado de envío	1	Director tecnico del servicio farmacéutico contratista/Profesional contratista oficina de planeación	24/02/2016	25/02/2016
		Seguimiento de los comites	Seguimiento cada cuatro meses a los comites, evaluando cumplimiento de reuniones, tareas , compromisos y temas relacionados con el comité	Número de seguimientos realizados/Número de seguimientos planeados	75%	oficina de planeación	24/02/2016	31/12/2016
			Establecer y ejecutar plan de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora encontradas en el seguimiento a comités.	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades planeadas	80%	Miembros de comité-Director tecnico del servicio farmacéutico contratista.	24/02/2016	31/12/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Comités Hospitalarios	Hallazgo N° 33 y 35: La IPS presenta documento de vigilancia epidemiológica, y comité de infecciones con periodicidad mensual y con 12 integrantes. No existe actas de enero, febrero, marzo, abril, junio, noviembre del 2014 y enero, febrero, marzo del 2015. No hay seguimiento a riesgos establecidos ni periodicidad, se evidencian firmas en los comités presentados. Norma Incumplida: Decreto 3518 de 2006, Parágrafo 1 del artículo 37 capítulo IV del Decreto 3518 de 2006.	Definición y socialización de cronograma institucional de comités.	Establecer un cronograma de reunion de comites institucionales y socializarlo via correo electronico y docunet a los integrantes.	Certificado de envío	1	coordinador de Director tecnico del servicio farmacéutico contratista.	24/02/2016	25/02/2016
		Seguimiento de los comites	Seguimiento cada cuatro meses a los comites, evaluando cumplimiento de reuniones, tareas , compromisos y temas relacionados con el comité	Número de seguimientos realizados/Número de seguimientos planeados	75%	oficina planeación/coordinador de prevención de Infecciones.	24/02/2016	31/12/2016
			Establecer y ejecutar plan de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora encontradas en el seguimiento a comités.	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades planeadas	80%	coordinador de prevención de Infecciones.	24/02/2016	31/12/2016
		Autocontrol de tareas y compromisos.	Dentro del orden del día se dará revisión a las tareas y compromisos establecidos en reuniones anteriores y aquellas que se encuentren pendientes.	Número de tareas y compromisos ejecutados/N° de tareas y compromisos establecidos	80%	coordinador de prevención de Infecciones.	24/02/2016	31/12/2016
		Seguimiento trimestral de los riesgos detectados durante el periodo y toma de acciones de mejoramiento	Priorizar los riesgos encontrados para la prevención de infecciones	Priorización de Riesgos	1	coordinador de prevención de Infecciones.	24/02/2016	31/12/2016
			Establecer, ejecutar y socializar los resultados del plan de mejoramiento de acuerdo a la priorización de riesgos.	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades planeadas	80%	coordinador de prevención de Infecciones.	24/02/2016	31/12/2016
		constituir y operativizar los comités de infecciones y vigilancia epidemiológica por searado.	Resolución de creación	Resolución	1	oficina planeación/coordinador de prevención de Infecciones y vigilancia epidemiológica	24/02/2016	31/03/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente de Atención al Usuario	Hallazgo N° 36: La IPS cuenta con sala de espera de atención al usuario con su respectivo mobiliario acorde a las necesidades de la población usuaria. Buen acceso, y luminosidad, sala de espera y su mobiliario adecuado, pero las señalizaciones deficiente por lo que está en remodelación, hay carteleras informativas de derechos y deberes, el horario de atención al público no se observa. Norma Incumplida: Decreto 1757 de 1994 Artículo 3; Decreto 2462 de 2014.	Publicar el horario de atención al usuario.	Reubicación el horario de atención al usuario en las puertas de entrada del SIAU a la altura promedio de visualización de una persona con estatura normal.	Horario de atención visible	1	Subgerente científico , Coordinadora SIAU .	04/01/2016	05/01/2016
		Señalización del área del SIAU	Identificación de la oficina de atención al usuario.	Señalética instalada	1	Coordinadora SIAU .Subgerente científico.	04/01/2016	05/01/2016
	Hallazgo N° 37: La línea gratuita para orientación de los usuarios no está en funcionamiento en el momento de la auditoría. Y no está reportada a la Superintendencia de Salud. Norma Incumplida: Decreto 1757 de 1994 Artículo 3; Decreto 2462 de 2014.	Implementar línea nacional gratuita para orientación de los usuarios.	Realizar solicitud al área administrativa de la institución para el funcionamiento de la línea de atención.	Resolución Línea Gratuita Nacional para orientación de los usuarios.	100%	Coordinadora SIAU . Subgerente Administrativo.	01/04/2016	04/04/2016
	Hllazgo N° 38: La línea de atención al usuario no está reportada a la Superintendencia de Salud. Norma Incumplida: Artículo 6, Decreto 1757 de 1994 Artículo 3.	Inscribir línea nacional ante la Superintendencia de Salud.	Realizar reporte de novedad línea nacional ante la Superintendencia de Salud.	Reporte novedad línea nacional ante la Superintendencia de Salud.	100%	Coordinadora SIAU. Jefe de Planeación	04/04/2016	05/05/2016
	Hallazgo N° 39: No está reportado a la Superintendencia de Salud mediante el formato técnico de la circular única para la remisión de la información de la conformación de la asociación de usuarios; Faltan actas de agosto y noviembre del 2014 de las reuniones entre la asociación y la EAPB. Norma Incumplida: Decreto 1757 de 1994 Artículos 2, 9, 10, 12	Inscribir a la asociación de usuarios ante la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo al formato técnico establecido.	Diligenciar formato técnico de circular única para la remisión de la información de la conformación de la asociación de usuarios, establecer un plazo máximo de 8 días para la entrega de las actas por parte de la asociación de usuarios.	Formato técnico de circular única para la remisión de la información de la conformación de la asociación de usuarios. ----- Número de Reuniones de asociación de usuarios realizadas / Número de Reuniones de asociación de usuarios Programadas	100%	Coordinadora SIAU. Jefe de Planeación Presidente asociación de usuarios.	01/03/2016	01/04/2016
	Hallazgo N° 40: No se evidencia la existencia de veeduría ciudadana como tal, sino que está liderada por la asociación de usuarios en la comisión del control social con los mismos integrantes de la comisión de usuarios. Norma Incumplida: Ley 850 de 2003; Decreto 1757 artículos 20,21, 23.	Conformar equipo de veeduría ciudadana.	Realizar resolución de conformación de equipo de veedurías e implementar la participación activa de esto de acuerdo a las disposiciones del mencionado documento.	Resolución equipo de veedurías	100%	Coordinadora SIAU. Jefe de Planeación	01/02/2016	01/03/2016



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT01

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE

NIT:

891580002-5

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

22/02/2016

PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
Componente Otros	Hallazgo N° 41: No se lleva indicador de Oportunidad. Norma Incumplida: Decreto 4747 de 2007.	Implementación y seguimiento del Indicador de Oportunidad	Con base en el consolidado de Remisiones que se realiza mensualmente y reunión que se llevará a cabo con el ingeniero encargado de indicadores, la coordinadora de Urgencias Adultos y la coordinadora de Referencia y Contrareferencia, se implementará el indicador referido correspondiente al mes de Enero de 2016	Análisis mensual del indicador de oportunidad	Reporte mensual del indicador de oportunidad	Coordinadora de Referencia y Contrareferencia, profesional de sistemas de información-coordinadora de urgencias	04/01/2016	Implementado para ser llevado de ahora en adelante.
	Hallazgo N°42: No se lleva adecuadamente el anexo técnico 3, no hay Formato de Negación de Procedimientos. Norma Incumplida: Decreto 4747 de 2007, Anexo No. 3 de la Resolución 3047 de 2008	1. Implementación del anexo técnico 9 para nombrar en dinámica el anexo técnico 3, ajustarlo a la norma y que no se siga utilizando para solicitar autorización de remisiones.	1. Actualizando y socializando el procedimiento de Remisión de pacientes que incluya el diligenciamiento por parte del personal médico, a través de Dinámica del anexo técnico 9	Revisión de los correos de remisiones de Referencia: referenciahuj8@gmail.com y actualmente referenciahuj11@gmail.com	100% de las remisiones solicitadas con el anexo técnico 9	Coordinadora de Referencia y Contrareferencia y Personal Auxiliar encargado de Remisiones.	01/04/2016	Implementado para ser llevado de ahora en adelante.
		2. Solicitud de los Formatos de Negación a las EPS y crear un archivo físico de los mismos.	Realizando archivo de los Formatos de Negación				01/12/2015	Implementado para ser llevado de ahora en adelante.
	Hallazgo N° 43:La IPS no realiza notificación de urgencias, la solicitud de autorizaciones de tecnologías en salud posteriores a urgencias. Norma Incumplida: Parágrafo del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, el Artículo 12 y 13 del Decreto 4747 de 2007 y el Artículo 3 y 4 de la Resolución 3047 de 2008, Artículo 56 del Decreto 056 de 2015.	1. implementación de la notificación de la atención de la urgencia además de su Eps a la aseguradora que cubre el siniestro SOAT.	Actualizar el procedimiento de facturación en donde se indique que que se deba reportar a cada aseguradora .	certificado de envío de correo de notificación a cada aseguradora	100% de los siniestros notificados a cada aseguradora	Coordinadora de facturación	febrero de 2016	Implementado para ser llevado de ahora en adelante.
Hallazgo N° 44: El detallado de las tecnologías en salud que se encuentran en las facturas del hospital no se encuentran con código CUPS (Clasificación Única de procedimientos de Salud). Norma Incumplida: Artículo 19 y 21 del Decreto 4747 de 2007.	Incluir en la facturación los códigos CUPS.	Parametrizar en el software institucional DINAMICA GERENCIAL los códigos CUPS para que aparezcan en la facturación.	CUPS en facturación	1	Coordinador de facturación/ Coordinador de Sistemas de información	01/01/2016	Implementado para ser llevado de ahora en adelante.	

Firma del Representante Legal
Nombre: ANDRÉS ALBERTO NARVÁEZ SÁNCHEZ