



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-

PLAN DE MEJORAMIENTO

FECHA: 30-05-23

Proceso: GESTION DE CALIDAD

Responsables: LIZETH SAENZ

Dependencia: SEGURIDAD DEL PACIENTE Fecha: 31/12/2023

| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----------------------|---|--|------------------------|--------------|---------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador de cumplimiento | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | Dependencia | Nombre | Cargo | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTADO O HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Falencias en la identificación del paciente | Capacitar a los usuarios y trabajadores en la importancia del uso de manilla de identificación | seguridad del paciente | lizeth saenz | lider de seguridad del paciente | 13/04/2023 | 31/12/2023 | 1 | | | |
| 2 | Debilidad en la contension y atencion ante agitaciones psicomotoras einmovilizaciones | Capacitar a los trabajadores en contension e intervencion de agitacion psicomotora | seguridad del paciente | lizeth saenz | lider de seguridad del paciente | 13/04/2023 | 31/12/2023 | 1 | | | |
| 3 | Las caidas son las principal causa de reporte de evento adverso en la institucion. | Realizar socializaciones al personal del protocolo de prevencion de caidas | seguridad del paciente | lizeth saenz | lider de seguridad del paciente | 13/04/2023 | 31/12/2023 | 1 | | | |
| 4 | Se evidencia falta en el fortalecimiento del protocolo de prevencion de fugas | Realizar socializaciones del protocolo de prevencion de fugas | seguridad del paciente | lizeth saenz | lider de seguridad del paciente | 13/04/2023 | 31/12/2023 | 1 | | | |

RESPONSABLE: LIZETH SAENZ

NOMBRE: LIZETH SAENZ

CARGO: LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-F-02

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

FECHA: 30-05-23

VERSION: 2

Proceso: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
 Responsable: ALEXANDER NOGUERA-SILVANA FLOREZ
 Dependencia: ARCHIVO

Fecha: 29/12/2023

| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE AUDITOR INTERNO | | |
|-----------------------|---|---------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|--|-----------------|-------------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador de cumplimiento | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | Dependencia | Nombre | Cargo | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTADO HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Mejorar el archivo en infraestructura y unificar el archivo | Unificar y adecuarel archivo | Administración | Emilio Rincon-Alexander Noguera | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 1 | Traslado del archivo Central a una nueva infraestructura en la segunda fase del HMRS . Programacion : Diciembre de 2024 | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |
| 2 | Autocontroles y controles documentados,formato 2 linea defensa MIPG,minimizar riesgos | Diseño y ejecucion de controles | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Subgerente administrativo | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 4 | Se realizo la creación Tablas de Retención Documental (TRD) ,Se realizaron capacitación al personal administrativo sobre el manejo de TRD. | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |
| 3 | Adecuar sala archivo | Adecuar sala de archivo | Administración | Emilio Rincon-Alexander Noguera | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 1 | Se realizo adecuación momentanea del archivo central, mantenimiento de pintura, correccion de humedad en paredes, mobiliarios de oficina .Se destino un sitio para las oficinas de archivos aislado de otras dependencias. | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----------------|----------------------------------|----------------------------|------------|------------|---|---|-----------|-------------------|
| 4 | Elaborar inventario documental FUID en archivo de gestion y central, capacitar | Elaborar diagnostico e inventario de archivo documental | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 2 | Se realizo capacitación al personal de archivo sobre Gestion Documental ,centrandonos en traslado del archivo central. | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |
| 5 | Extintores en deposito de archivo y detector de incendios en archivo | Extintores y detector de archivo en depositos de archivo | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 2 | Se cuenta con 4 extintores ubicados en el espacio adecuado para su funcion preventiva. No se cuenta con detector de incendios | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |
| 6 | Implementar sistema integrado de conservacion-programa de gestion-capacitar | Se implementara el sistema integrado de conservacion y programa de gestion | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 3 | Se realizaron 4 capacitaciones al personal administrativo sobre Gestión Documental | 1-abierto | Diciembre de 2024 |
| 7 | Elaborar,convalidar e implementar tablas de retencion-tablas de valoracion,formatos,etc | Se realizara procesos para iniciar la implementacion de tablas de retencion,valoracion | Administracion | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 2 | Se cuenta con tablas de retención - tablas de valoración , formatos , etc | 1-abierto | Diciembre de 2024 |
| 8 | Organizar fondos documentales acumulados | Se continuara con la organización y digitalizacion de archivo | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 1 | Estan en proceso de inventario para la debida organización del archivo central . | 1-abierto | Diciembre de 2024 |
| 9 | Mejorar condiciones de almacenamiento | Mejorar condiciones de almacenamiento | Administración | Alexander Noguera-Silvana Florez | Gerente-Subgerente Adminis | 02/01/2023 | 31/12/2023 | 1 | se hizo una adecuación momentanea del archivo central, mantenimiento de pintura, correccion de humedad en paredes, mobiliarios de oficina .Se destino un sitio para las oficinas de archivos aislado de otras dependencias. | 1-Abierto | Diciembre de 2024 |

RESPONSABLE

NOMBRE

CARGO

| | | | | |
|---|------------------------------------|----------------|----------------|---|
|  | ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | HMRS | MA-AG-AP-01 |  |
| | PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS | FECHA VIGENCIA | 15-01-2020. V1 | |

Proceso: SIAU-GERENCIA - PQRDF
 Responsable: MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ
 Dependencia: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

Fecha 24/07/2023



| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----------------------|--|---|-----------------------|---------------------------------|---|--|------------------------------------|---------------|--|-----------------|-----------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | indicador | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | PROCESO | NOMBRE | CARGO | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTADO HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Manual de PQRDF, socializar y aplicar. | Alaborar el documento y socializar | SIAU-GERENCIA - PQRDF | Mayerly Sachica-Adriana Lopez | Mayerly Sachica-Adriana Lopez | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividad | Se cuenta con el documento | 2-Cerrado | 21/07/2023 |
| 2 | Sistematizar el proceso de PQRDF | Sistematizar el proceso de PQRDF. | PQRDF | Gerente-PQRDF-Sistemas | PQRDF-Gerencia | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividades | No se ha iniciado | 1-Abierto | 21/07/2023 |
| 3 | Señalización de la dependencia de PQRDF. | Rediseñar señalización de la dependencia PQRDF | SIAU-GERENCIA - PQRDF | Mayerly Sachica-Adriana Lopez | Subg Administrativo, Responsables PQRDF | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividades | se verifica los avances en la señalización de la oficina. | 1-Abierto | 21/07/2023 |
| 4 | Señalización y mejoramiento de los buzones de PQRDF | Diseñar señalización y comprar nuevos buzones de PQRDF | SIAU-GERENCIA - PQRDF | MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ | Subg Administrativo, Responsables PQRDF | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividades | se verifica los avances en la señalización de los buzones. | 1-Abierto | 21/12/2023 |
| 5 | Página adaptada para discapacitados, niños, niñas y adolescentes | Diseñar página para discapacitados, niños, niñas y adolescentes. | SIAU-GERENCIA - PQRDF | MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ | Subg Administrativo, Responsables PQRDF | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividades | Se verifica los avances. | 1-Abierto | 21/07/2023 |
| 6 | Caracterización de usuarios, diseño y rediseño de controles. | Generar formatos para caracterización de usuarios, diseños y controles, segunda línea de defensa 7 dimensiones. | SIAU-GERENCIA - PQRDF | MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ | Subg Administrativo, Responsables PQRDF | 04/07/2023 | 21/07/2023 | 1 actividades | Se verifican las líneas de defensas, que envíen la información | 2-Cerrado | 21/12/2023 |

RESPONSABLE: EMILIO RINCÓN- Gerente. MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ , Responsables PQRDF. MONICA SANABRIA - Control Interno

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------|---------|
|  <p>CONTRALORÍA GENERAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER</p> <p>Control fiscal eficiente y participativo</p> | MACROPROCESO MISIONAL | | MPM 01-01-13 | |
| | PROCESO: CONTROL FISCAL MICRO | | FECHA | VERSION |
| | SUBPROCESO: AUDITORIA EXTERNA | | 30/04/2013 | 2 |
| PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | |

**CONTRALORIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER
CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAIENTO**

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre de la entidad: | ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO |
| Nombre del representante legal: | JESUS EMILIO RINCON VERA |
| Producto de: | AUDITORIA CUENTA FISCAL VIGENCIA 2022 |
| Periodo revisado: | VIGENCIA 2022 |
| Año en que se realizó la revisión: | 2023 |
| Periodo que cubrirá: | Vigencia 2022 |

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | | | Diligenciado solo por el Auditor | | |
|----------------------------|---|--|---|------------------------|---|----------------------|---|----------------------------------|-------------|-------------|
| N° hallazgo | Descripción del hallazgo | Acción correctiva | Responsable(s) | Tiempo de ejecución | Responsable | Fecha implementación | Observaciones | Cumplimiento | Efectividad | Observación |
| 1 | Gestión de cobro, recuperación y depuración de cartera | Fortalecer la gestión de recaudo, depuración de cartera de acuerdo a conciliaciones y directrices reflejando en los estados financieros. | Gerencia- Sugerencia Administrativa- Area de Cartera- Area Contable- jurídica | Vigencia 2023- 2024 | Gerencia- Sugerencia Administrativa- Area de Cartera- Area Contable- jurídica | 1/11/2023 | Se ha mejorado el proceso de cobro pero los valores de las entidades liquidadas con considerables y el valor de la facturación se ha incrementado | | | |
| 2 | Describir en la revelación de las notas contables, el procedimiento que se aplicó en el calculo del deterioro de la cartera | Especificar y describir en la Revelación a las Notas de los Estados Financieros el procedimiento aplicado en el deterioro de Cartera | Contadora | 31-dic-23 | Contadora | 1/11/2023 | Se aplicó el deterioro a la cartera, pero en las notas no se describio el procedimiento del calculo del deterioro. | | | |


JESUS EMILIO RINCON VERA
Representante Legal


CRUZ MONICA SANABRIA GUALDRON
Jefe de control Interno


MIGUEL ALEXANDER NOGUERA
Subgerente administrativo


ROSA HAYOB VILLAMIZAR
Contadora


LILIANA MONTAÑEZ
Glosa


LIBIBETH SOTO
Cartera


MONICA VILLAMIZAR
Jurídica

| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | CODIGO: ME-DEG-DE-F-0 |
| | PLAN DE MEJORAMIENTO | FECHA: 30-05-23 |

Proceso: SEGUMIMIENTO AL AVANCE DEL PLAN DE MEJORA
 Responsables: ROSA AYDE VILLAMIZAR
 Dependencia: CONTABILIDAD Fecha: 29/12/2023

| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----------------------|--|--|---------------|---|----------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|--|------------------|-----------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador de cumplimiento | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | Dependencia | Nombre | Cargo | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTAD O HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Actualizar la Política Contable | Actualizar la política contable a nueva normatividad | Contabilidad- | Rosa Villamizar. Emilio Rincón | Contadora-gerente | 01/01/2023 | 29/12/2024 | 1 | Se actualizó la política contable | 2- Cerrado | 29/12/2024 |
| 2 | Ajustar, rediseñar y documentar procedimientos y flujogramas | Ajustar y realizar flujogramas contables documentados y socializados | Contabilidad- | Rosa Villamizar. Emilio Rincón | Contadora-gerente | 01/01/2023 | 09/12/2024 | Documento | documentar procedimientos internos y flujogramas | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 3 | Depurar la cartera, inventarios y conciliar | Continuar con depuración de cartera y propiedad plana y equipo | Contabilidad- | Rosa Villamizar. Yomaira Cordero, Lilibeth Soto | Contabilidad-suministros-Cartera | 01/01/2023 | 09/12/2024 | Documento | Se a avanzado en depuración de cartera | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 4 | Rediseño, diseño de controles, capacitación, publicación, planes de mejora | Rediseño y diseño de controles y realizar seguimiento y monitoreo a planes de mejora, controles y capacitación | Contabilidad- | Rosa Villamizar. Emilio Rincón | Contadora-gerente | 01/01/2023 | 09/12/2024 | Documento | Se ha avanzado pero se requiere que sea permanente | 1- Abierto | 29/12/2024 |

RESPONSABLE
 NOMBRE: ROSA AYDE VILLAMIZAR JESUS EMILIO RINCÓN VERA CRUZ MÓNICA SANABRIA G
 CARGO: _____ Gerente Control Interno

| | | | |
|---|---|----------------|---|
|  | ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | Hospital |  |
| | PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS | FECHA VIGENCIA | |

Proceso: PLAN DE MEJORAMIENTO PERIODO 2023
 Responsables del Dependencia: Adriana Andrade Carvajal
Servicio farmacéutico Fecha 31/12/2023

| No. | HALLAZGO | Origen del hallazgo | Causa del hallazgo | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----|---|---------------------|--|---|--|------------------|----------------------|--|------------------------------------|---|--|------------------|---------------------------------|
| | | | | | PROCESO | NOMBRE | CARGO | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTADO HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Manejo de Unidosis | 2-Control Interno | Los servicios no usan la unidosis, se evidencian medicamentos sin su identificación. Los sacan de su dispensación. | Rondas por los servicios, para vigilar y custodiar el manejo adecuado de unidosis. Se implementará un manual de reempaque de medicamentos sólidos | Distribución interna de medicamentos por unidosis. Gestión de distribución | Valentina Cotamo | Regente de Farmacia | 1/01/2023 | 31/12/2023 | Manejo de unidosis en los servicios adecuadamente sin sacar de su empaque secundario de unidosis, solo antes de su dispensación. | Educación continua para el uso de unidosis. Y realización de unidosis con sus respectiva documentación que evidencia su elaboración y trazabilidad. Adicionalmente se busca alianza con el HUEM para la realización de unidosis del HMRS ya que no se cuenta con certificación de reempaque. | 2-Cerrado | REVISIÓN CONSTANTE |
| 2 | Almacenamiento de medicamentos en servicios | 2-Control Interno | Almacenamiento de medicamentos e insumos medicos indebidamente. Vencidos y no identificados. | Rondas constantes por servicios para supervisar y auditar la forma de almacenamiento. | Manual de almacenamiento, semaforización. | Valentina Cotamo | Regente de Farmacia | 1/01/2023 | 31/12/2023 | Las constantes rodes, y stock que se maneja por servicio | Stock de medicamentos por servicios especialmente para CAD y SOC. Debidamente identificada y semaforizadas. | 2-Cerrado | REVISIÓN CONSTANTE |
| 3 | Formato de semaforización | 2-Control Interno | Algunos medicamentos sin semaforizar. En servicios y en farmacia. Se implementara la lista e identificación de medicamentos LASA | Semaforización y actualización de formato de fecha de vencimientos. Tratar de incluir en sistema operativo por sistema. Incluir en el manual semaforización de los medicamentos LASA y su identificación | Semaforización de medicamentos. | Adriana Andrade | Químico Farmacéutico | 1/01/2023 | 31/12/2023 | Formatos mensual de formatos de fecha de vencimientos, capacitación a los auxiliares de semaforización y medicamentos LASA. Afiches informativos en los servicios | Diligenciamiento del formato de semaforización mes a mes. Afiches en los servicios alucivos a la semaforización y capacitaciones al personal de enfermería. | 2-Cerrado | REALIZACIÓN CONSTANTE |
| 4 | Contingencia de cadena de frío | 2-Control Interno | El servicio Farmacéutico no cuenta con manual de contingencia de cadena de frío | Realizar el Manual de cadena de frío y contingencia de electricidad. | Manual de cadena de frío | Adriana Andrade | Químico Farmacéutico | 1/01/2023 | 1/02/2023 | Proceso de elaboración de manual MS-AP-SF-M-20 de contingencia de cadena fría. | Se realiza manual de contingencia. sin revisión por subgerencia | 2-Cerrado | SIN REVISIÓN POR DE SUBGERENCIA |
| 5 | Manejo inadecuado del carro de paro y sus formatos. | 2-Control Interno | Se creo el protocolo, pero no estaba en marcha los cierre de los carros de paro con sus respectivos formatos. No se lleva registro de controles ambientales. | Entregar a jefe encargado de carro de paro formatos y protocolo, para su respectivo manejo. Rondas por los carros de paro, reposición de insumos y cierres sin son abiertos. Capacitaciones para su manejo oportuno, afiches educativos por servicios | Protocolo de manejo de carro de paro. | Adriana Andrade | Químico Farmacéutico | 1/02/2023 | 30/07/2023 | Cantidad de actas y cierre de carros de paro, y formatos de reposición adecuadamente diligenciados. Afiche educativo en servicios, capacitaciones. | Actas de apertura y cierre de carros de paro, y se evidencia uso de zunchos | 2-Cerrado | REVISIÓN CONSTANTE |
| 6 | Sistema de inventario, ingresos y salidas. | 2-Control Interno | El servicio Farmaceutico no cuenta con sistema que recepcione la cantidad de medicamentos que ingresan al hospital y sistema de descargue y entrega de medicamentos por servicio. Que permitan tener un control del ingreso y salida de los mismos | Generar la necesidad con ingenieros de sistema, para implementar un sistema para tal fin | Inventario y recepción de medicamentos | Adriana Andrade | Químico Farmacéutico | 2/02/2023 | 1/08/2023 | Generar un sistema acorde junto con los de sistema para poner en funcionamiento herramientas para generar solicitudes y descargues de medicamentos que se vea reflejado con el consumo inventario real. | se realizara reuniones con el Ingeniero OCTAVIO, se le realiza inventarios desde marzo, abril, mayo y junio. | 3-Incumplimiento | REALIZACIÓN CONSTANTE |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|--|--|---|---|-----------|------------|--|---|-----------|-----------------------------------|
| 6 | MANEJO DE TALONARIO DE CONTROL ESPECIAL | 1-Lider proceso ESE | PERDIDA DE FORMULAS MEDICAS DE DOS TALONARIOS OFICIALES | SE LLEVARA CONTROL IGUALMENTE DE LA ENTREGA DE TALONARIO A LOS ESPECIALISTA CON SU RESPECTIVA FIRMA PARA GENERAR EL COMPROMISO DE CUSTODIA | MS-AP-SF-F-21 RELACION MANEJO DE TALONARIOS DE CONTROL ESPECIAL | VALENTINA COTAMO | REGENTE DE FARMACIA | 1/06/2023 | 1/12/2023 | NO DEBE EXITIR PERDIDA DE FORMULAS MEDICAS DE CONTROL ESPECIAL Y MAYOR CUSTODIA POR PARA DEL PERSONAL MÉDICO | SE REALIZA REVISIÓN DE TALONARIOS PARA INSPECCIÓN DE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y OPORTUNO DESPRENDIMIENTO S, RELACIONANDO EL USO DE ESTAS CON HISTORIAS CLINICAS SEGUN SEA EL CASO. | 2-Cerrado | REVISIONES CONSTANTES Y OPORTUNAS |
| 6 | MANEJO DE TALONARIO DE CONTROL ESPECIAL | 1-Lider proceso ESE | PERDIDA DE FORMULAS MEDICAS DE DOS TALONARIOS OFICIALES | SE LES ASIGNARA UN UNICO TALONARIO A LOS MÉDICOS GENERALES PARA SUS RESPECTIVAS FÓRMULAS DECONTROL EN CASOS DE PACIENTES DE URGENCIA QUE AMERITEN LA COMPRA DE MCE FUERA DE LA INSTITUCIÓN. SERAN RESPONSABLES DE LA CUSTODIA DEL MISMO. | MS-AP-SF-F-21 RELACION MANEJO DE TALONARIOS DE CONTROL ESPECIAL | MÉDICOS GENERALES | MÉDICOS GENERALES | 1/06/2023 | 1/12/2023 | EL PORCENTAJE DE PERDIDA DE FORMULAS SEA 0 % | SE REALIZA REVISIÓN DE TALONARIOS PARA INSPECCIÓN DE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y OPORTUNO DESPRENDIMIENTO S, RELACIONANDO EL USO DE CADA UNA DE ESTAS CON HISTORIAS CLINICAS SEGUN SEA EL CASO. | 2-Cerrado | REVISIONES CONSTANTES Y OPORTUNAS |
| 6 | MANEJO DE TALONARIO DE CONTROL ESPECIAL | 1-Lider proceso ESE | PERDIDA DE FORMULAS MEDICAS DE DOS TALONARIOS OFICIALES | NO SE PERMITIRÁ POR NINGUN MOTIVO DEJAR TALONARIOS QUE ESTEN EN CUSTODIA DE ESPECIALISTA EN SERVICIO DE SOC, NI EN TURNO DIURNOS NI NOCTURNOS | MS-AP-SF-F-21 RELACION MANEJO DE TALONARIOS DE CONTROL ESPECIAL | MÉDICOS ESPECIALISTAS Y JEFES DE ENFERMERIA | MÉDICOS ESPECIALISTAS Y JEFES DE ENFERMERIA | 1/06/2023 | 1/12/2023 | EL PORCENTAJE DE PERDIDA DE FORMULAS SEA 0 % | SE REALIZA REVISIÓN DE TALONARIOS PARA INSPECCIÓN DE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y OPORTUNO DESPRENDIMIENTO S, RELACIONANDO EL USO DE CADA UNA DE ESTAS CON HISTORIAS CLINICAS SEGUN SEA EL CASO. | 2-Cerrado | REVISIONES CONSTANTES Y OPORTUNAS |
| 6 | FALTA DE LIMPIEZA EN SERVICIO FARMACEUTICO | 1-Lider proceso ESE | DESORDEN, POLVO, TELARAÑAS, PAREDES POCO ASEADAS, NEVERAS POCO HIGIENICO. | SE REALIZARA UN PROTOCOLO DE LIMPIEZA CON UN FORMATO DE LIMPIEZA PARA LA TRAZABILIDAD DE LIMPIEZA Y AREAS LIMPIAS POR SEMANS. | GESTIÓN DE LIMPIEZA | ADRIANA ANDRADE | QUIMICO FARMACEUTICO | 1/07/2023 | 1/12/2023 | PROTOCOLO Y FORMATOS. TRAZABILIDAD DOCUMENTAL DE IMPLEMENTACION | LIMPIEZA DOCUMENTOS QUE RESPALDEN SU LIMPIEZA | 2-Cerrado | REVISIONES CONSTANTES Y OPORTUNAS |
| 6 | FALTA DE SEGUIMIENTO DEL USO RACIONAL D ANTIBIOTICOS | 1-Lider proceso ESE | USO IRRACIONAL Y SIN SEGUIMIENTO DE LOS ANTIBIOTICOS | SE REALIZARA UN FORMATO DE SEGUIMIENTO DE USO DE ANTIBIOTICOS PARA MES A MES, SE HARA SEGUIMIENTO Y VALIDACION DE PRESCRIPCIONES MEDICA DE LOS ANTIBIOTICOS | USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS | ADRIANA ANDRADE | QUIMICO FARMACEUTICO | 1/05/2023 | 1/12/2023 | FORMATO DE SEGUIMIENTO DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS | CANTIDAD DE REVISIONES Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INDICACION DE USO DE ANTIBIOTICOS | 2-Cerrado | REVISIONES CONSTANTES Y OPORTUNAS |
| 7 | FALTA DE PROTOCOLO PARA EL USO EN FARMACODEPENDIENTE DAR INICIO A UN UN PLAN PILOTO SEGUN LO SOLICITADO POR EL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES | 1-Lider proceso ESE | INICIAR EN EL HOSPITAL EL USO DE SOLUCION ORAL DE METADONA COMO INSTITUCION PIONERA EN EL USO | REALIZAR EL PROTOCOLO DE MANEJO METADONA 10 MG/ML SOLUCIÓN ORAL | MS-AP-SF-FT-08 PROTOCOLO DE MANEJO METADONA 10 MG/ML SOLUCIÓN ORAL | Adriana Andrade | QUIMICO FARMACEUTICO | 1/12/2023 | 17/12/2023 | PROTOCOLO ENVIADO A FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES | CRREO ENVIADO CON REQUISITOS AL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES | 2-Cerrado | |

RESPONSABLE Adriana Andrade Carvajal





ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-F-0

PLAN DE MEJORAMIENTO

FECHA: 30-05-23

Proceso: **AVANCE PLAN DE MEJORAS CARTERA, FACTURACIÓN, GLOSAS**

Responsables: **LILIBETH SOTO, LILIANA MONTAÑEZ, VICTOR GOLZALEZ**

Dependencia: **CARTERA, FACTURACIÓN, GLOSAS** Fecha: **29/12/2023**

| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----------------------|--|--|--|---|--------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|--|------------------|-----------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador de cumplimiento | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | Dependencia | Nombre | Cargo | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTAD O HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Ajustar y documentar procedimientos | Elaborar documento de ajuste de procedimientos en la dependencia | Cartera-facturación y glosas-Auditoría | Lilibeth Soto- Victor Gonzalez, Liliana Montañez, | Cartera, Facturación, auditora | 01/01/2023 | 31/12/2024 | Documento | En proceso | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 2 | Seguiminto a acuerdos de pago y verificación de facturación antes de cobro | Realizar permanentemente seguimiento a acuerdos de pago para mejorar recaudo y revisión de facturación antese de generar cobro | Facturación y cartera | Victor Gonzales-Lilibeth Soto | Facturación-Cartera | 01/01/2023 | 31/12/2024 | 100% | 40% | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 3 | Depuración de cartera y mejora en recaudo | Realizar permanentemente depuración de cartera y cobro persuasivos y documentales con evidencia para mejorar recaudo y bajar saldos de cartera | Cartera-gerente | Lilibeth Soto-Jesús Emilio Rincón | Cartera-Gerencia | 01/01/2023 | 31/12/2024 | 100% | Se ha mejorado en recaudo e incrementó la facturación pero aún esta alto el valor de cartera | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 4 | Glosas | Se ha recuperado Glosas,se ha mejorado, socializar y adelantar acciones para que no ocurran las casusas de glosas | auditora | Liliana Montañez | Auditora | 01/01/2023 | 31/12/2024 | 100% | Se ha mejorado, documentar acciones para evitar las glosas. | 1- Abierto | 29/12/2024 |

RESPONSABLE

NOMBRE: LILIBETH SOTO - LILIANA MONTAÑEZ- VICTOR GONZALEZ

JESUS EMILIO RINCÓN VERA

CRUZ MÓNICA SANABRIA G

CARGO

Gerente

Control Interno



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-F-0

PLAN DE MEJORAMIENTO

FECHA: 30-05-23

Proceso: **SEGUMIMIENTO AL AVANCE DEL PLAN DE MEJORA**

Responsables: **SILVANA FLOREZ**

Dependencia: **ARCHIVO** Fecha: **29/12/2023**

| PARA USO DEL AUDITADO | | | | | | | | | PARA USO DE CONTROL INTERNO | | |
|-----------------------|---|---|--------------------|-------------------------------------|------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|--|------------------|-----------------|
| No. | HALLAZGO | Que acciones se van a realizar | RESPONSABLE | | | Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora | Fecha Final de la acción de Mejora | Indicador de cumplimiento | VERIFICACION DE LAS ACCIONES | | |
| | | | Dependencia | Nombre | Cargo | | | | DESCRIPCION DE LA VERIFICACION | ESTAD O HALLAZGO | FECHA AUDITORIA |
| 1 | Unificación y mejora infraestructura | Se proyecta adecuar y unificar el archivo | Archivo | Jesús Emilio Rincón | Gerencia | 01/01/2023 | 09/12/2024 | 1 | Adecuar el archivo | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 2 | Pinar-tablas de retención, FUID, Plan institucional de Archivo-SIC, Manual de Archivo | Se contrató para dar cumplimiento a Pinar-tablas de retención, FUID, Plan institucional de Archivo-SIC, Manual de Archivo | Archivo | Silvana Florez | Responsable de archivo | 01/01/2023 | 09/12/2024 | Documento | Se cuenta con la recolección, diseño y documento | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 3 | Extintores y detector de incendio en archivo | Se cuenta con los extintores actualizados, se va a revisar los del extintor de incendio | Gerente-Suministro | Jesús Emilio Rincón-Yomaira Cordero | Gerente-suministros | 01/01/2023 | 09/12/2024 | 50% | Extintores ok, pendiente detector de incendios | 1- Abierto | 29/12/2024 |
| 4 | Mejorar estado archivo historico | Organizar el archivo historico | Archivo | Silvana Florez | Responsable de archivo | 01/01/2023 | 09/12/2024 | 50% | Mejorar la organización Archivo historico sistematizar | 1- Abierto | 29/12/2024 |

RESPONSABLE

NOMBRE

SILVANA FLOREZ

JESUS EMILIO RINCÓN VERA

CRUZ MÓNICA SANABRIA G

CARGO

Archivo

Gerente

Control Interno