



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

HMRS

MA-AG-AP-01



PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

FECHA
VIGENCIA

15-01-2020. V1

mipg

ESE Hospital Mental Rudesindo Soto

Proceso: CONTRATACIONResponsable: MARGARITA RAMIREZ YAÑEZDependencia: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVAFecha: 03/07/2024

PARA USO DEL AUDITADO

PARA USO DE CONTROL INTERNO

No.	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	VERIFICACION DE LAS ACCIONES		
				PROCESO	NOMBRE	CARGO				DESCRIPCION DE LA VERIFICACION	ESTADO HALLAZGO	FECHA AUDITORIA
1	En los contratos verificados por la auditoria de la muestra tomada, no están foliados, la foliación debe hacerse cronológicamente con todos los soportes que corresponden	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Se debe socializar con el personal contratista y con el personal del proceso de contratación la foliación cronologica de los contratos, verificar los soportes completos y con las respectivas firmas.	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	21/06/2024	03/07/2024	1 actividad	Acta No. <u>01/2024</u> De fecha <u>02/07/24</u> Sobre socialización foliación cronologica y verificación de soportes completos y con firmas.	2-Cerrado	19/06/2023
2	Actualizar la lista de chequeo de verificación de requisitos del contrato y que esté firmada por el responsable que verificó el proceso	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Actualizar lista de chequeo	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	21/06/2024	03/07/2024	1 actividad	Se aprobo una lista de chequeo.	1-Abierto	19/06/2023

5	Realizar Manual de y monitoreo de manera actualizado en marzo del 2023, Realizar procedimiento documentado con el respectivo flujoograma.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna con el respectivo flujoograma.	El comprobante de egreso con los soportes, debe estar en la carpeta del contrato para que exista unidad de archivo en los contratos de suministros, ya que se encuentra en contabilidad únicamente, separado del contrato y proceso contractual.	Realizar propuesta de viabilidad, contratos de suministros de suministros	Administrati vo	Margarita Ramírez Yañez	Subgere ne Administ rativo, Con trata ción.	21/06/2024	03/07/2024	1 actividad	Se aprbo una sola unidad de archivo	2-Cerrado	19/06/2023
4	Realizar procedimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna con el respectivo flujoograma.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna con el respectivo flujoograma.	Realizar procedimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna con el respectivo flujoograma.	Realizar propuesta de viabilidad, contratos de suministros de suministros	Administrati vo	Margarita Ramírez Yañez	Subgere ne Administ rativo, Con trata ción.	21/06/2024	03/07/2024	1 actividades	Esta en proceso de elaboracion y aprobacion	1-Abierto	19/06/2023
3	Realizar procedimiento documentado con el respectivo flujoograma.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento documentado con el respectivo flujoograma.	Realizar procedimiento documentado con el respectivo flujoograma.	Realizar propuesta de viabilidad, contratos de suministros de suministros	Administrati vo	Margarita Ramírez Yañez	Subgere ne Administ rativo, Con trata ción.	21/06/2024	03/07/2024	1 actividades	Acta No. 01/2024 De fecha 02/07/24 Sobre socializacion Manual de Contratacion.	2-Cerrado	19/06/2023

RESPONSABLE: EMILIO RINCON - Corrente MARGARITA RAMIREZ - Subg Administrativo - Contratación MONICA SANABRIA - Control Interno

Emilio Rincon

Margarita Ramirez

Monica Sanabria



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 08/08/2024



PARA USO DEL AUDITADO										PARA USO DE CONTROL INTERNO		
No.	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	VERIFICACION DE LAS ACCIONES		
				PROCESO	NOMBRE	CARGO				DESCRIPCION DE LA VERIFICACION	ESTADO HALLAZGO	FECHA AUDITORIA
1	Se debe realizar seguimiento a las quejas por mal servicio, si es reiterativo verificar las causas y tomar medidas.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar descargos y seguimiento a las quejas por mal servicio, capacitar especialmente a los involucrados en capacitaciones de trato humanizado y servicio al cliente.	SIAU-GERENCIA - PQRDF	MAYERLY SACHICA ADRIANA LOPEZ	Subg Administrativo, Responsables PQRDF	25/07/2024	08/08/2024	1 actividades	Se observa que estan realizando descargos y seguimiento a los casos	2-Cerrado	24/07/2024
2	En las quejas por perdidas de pertenencias de pacientes y/o usuarios, iniciar investigación interna y guardar los videos como evidencia, tomar las medidas que sean necesarias.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Iniciar investigacion interna y tomar medidas.	SIAU-GERENCIA - PQRDF	MAYERLY SACHICA ADRIANA LOPEZ	Subg Administrativo, Responsables PQRDF	25/07/2024	08/08/2024	1 actividades	Se realiza gestion para aprobacion de protocolos internos	1-Abierto	24/07/2024

4	Señalización y mejoramiento de los buzones de PORDF	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Diseñar señalización y comprar nuevos buzones de PORDF	SIAU-GERENCIA -PORDF MAYERLY SACHICA LOPEZ Subgerente Responsables PORDF	25/07/2024	08/08/2024	1 actividades	se verifica los avances en la señalización de los buzones.	1-Abierto	24/07/2024
3	Sistematizar el proceso de PORDF	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Sistematizar el proceso de PORDF, para que el usuario pueda realizar seguimiento.	SIAU-GERENCIA -PORDF MAYERLY SACHICA LOPEZ Subgerente Responsables PORDF	25/07/2024	08/08/2024	1 actividades	Se verifica los avances en la sistematización	1-Abierto	24/07/2024

RESPONSABLE:

EMILIO RINCON, Gerente. MAYERLY SACHICA - ADRIANA LOPEZ, Responsables PORDF. MONICA SAMABINA - Control Interno

Emilio Rincon

Mayerly Sachica

Monica Samabina



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

HMRS

MA-AG-AP-01



PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

FECHA VIGENCIA

15-01-2020. V1



Proceso: CONTRATACION
 Responsable: MARGARITA RAMIREZ YAÑEZ
 Dependencia: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

Fecha 20/11/2024

PARA USO DEL AUDITADO									PARA USO DE CONTROL INTERNO			
No.	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	VERIFICACION DE LAS ACCIONES		
				PROCESO	NOMBRE	CARGO				DESCRIPCION DE LA VERIFICACION	ESTADO HALLAZGO	FECHA AUDITORIA
1	En los contratos verificados por la auditoria de la muestra tomada, algunos contratos no están foliados, la foliación debe hacerse cronológicamente con todos los soportes que corresponden	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Se debe continuar con la foliación cronologica de los contratos, en el orden de la lista de chequeo	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	30/10/2024	29/11/2024	1 actividad	Se cumple con la foliación de manera cronologica	2-Cerrado	30/10/2024
2	Realizar procedimiento documentado con el respectivo flujograma.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento documentado con flujograma.	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	30/10/2024	29/11/2024	1 actividad	Esta en proceso de elaboración y aprobación	1-Abierto	30/10/2024
3	Dar cumplimiento al procedimiento de archivo y realizar una sola unidad del contrato, solo aplica para los contratos de suministros y contrato de obra, ya que actualmente solo se encuentra una parte hasta el acta de inicio y la otra parte en contabilidad	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	30/10/2024	29/11/2024	1 actividad	Esta en proceso de elaboración y aprobación	1-Abierto	30/10/2024

4	Anexar el comprobante de egreso y acta de liquidación en la unidad del contrato para que quede completo, dando cumplimiento a la normatividad de archivo vigente	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	30/10/2024	29/11/2024	1 actividad	Se aprobo una sola unidad de archivo, en proceso de elaboracion y aprobacion	1-Abierto	30/10/2024
5	Diseñar, rediseñar, documentar y socializar los controles y autocontroles para minimizar los riesgos, de acuerdo al formato establecido para la segunda línea de defensa y enviar a la oficina de control interno cada tres meses para el respectivo seguimiento.	Seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna	Realizar procedimiento	Administrativo	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo, Contratación.	30/10/2024	29/11/2024	1 actividad	Se realizo linea de defensa	2-Cerrado	30/10/2024

RESPONSABLE:





 EMILIO RINCON - Gerente MARGARITA RAMIREZ - Subg Administrativo - Contratación MONICA SANABRIA - Control Interno



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-F-02

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

FECHA: 30-05-23

VERSION: 2

Proceso: Gestion de calidad
 Plan de mejoramiento: Hallazgos auditoria Comfaoriente 13/06/2024
 Dependencia: Auditoria

Fecha 12/07/2024

No.	HALLAZGO	Que acciones se van a realizar	PARA USO DEL AUDITADO			Fecha Inicial para inicio de la acción de mejora	Fecha Final de la acción de Mejora	Indicador de cumplimiento	PARA USO DE AUDITOR			PARA USO DE CONTROL INTERNO		
			RESPONSABLE						VERIFICACION DE LAS ACCIONES			VERIFICACION DE LAS ACCIONES		
			Dependencia	Nombre	Cargo				DESCRIPCION DE LA VERIFICACION	ESTADO HALLAZGO	FECHA AUDITORIA	DESCRIPCION DE LA VERIFICACION	ESTADO HALLAZGO	FECHA AUDITORIA
1	La Psiquiatra Gloria Blanco no cuenta con Rethus	La institucion realiza seguimiento a la inscripcion en Rethus por parte de la Psiquiatra	Subgerencia Administrativa	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
2	Falta certificado de control de plagas y estudio microbiológico de agua	Gestionar la realizacion de control de plagas y el estudio microbiologico de agua	Subgerencia Administrativa	Margarita Ramirez Yañez	Subgerente Administrativo	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
3	No cuenta con certificado de calibracion de los equipos biomedicos	Gestion de gerencia para la realizacion de las calibraciones de los equipos biomedicos que sean requeridas	Gerencia	Emilio Rincon Vera	Gerente	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
4	Falta radicar el Plan de gestion integral de residuos hospitalarios	La lider de Gestion ambiental realizara el radicado ante la entidad competente del PGIHRS de la institucion	Lider gestion ambiental	Marcela Duque	Lider Gestion ambiental	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
	No se cuenta con cuenta activa en VIVANTO	Realizar seguimiento de la activacion del VIVANTO	Subgerencia de servicios de salud	Julian Toro	Subgerencia de servicios de salud	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
	No se cuenta con plan de capacitaciones del programa de seguridad del paciente	Elaborar el plan de capacitaciones del programa de seguridad del paciente	Lider seguridad del paciente	Lizeth Saenz	Lider Seguridad del paciente	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
	Falta la ejecucion de los comites institucionales del 2024	Ejecutar los comites institucionales comprendidos del I y II trimestre del 2024	Subgerencia de servicios de salud	Julian Toro	Subgerencia de servicios de salud	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
	No se esta caracterizacion el grupo poblacional de los pacientes atendidos en Historia clinica	Gestionar con ingeniero del Software de historia clinica SAIH el ajuste mencionado	Gerencia	Emilio Rincon Vera	Gerente	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
	No se evidencia ejecucion del PAMEC vigencia 2024	Ejecutar las etapas de autoevaluacion de la ruta critica del PAMEC acorde a cronograma institucional	lider calidad	Sonia florez	Lider calidad	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						
5	Falta evaluacion de las guias de manejo	Realizar actividades de evaluacion de las guias de manejo	Auditor	Luis Palencia	Auditor	12/07/2024	12/09/2024	Actividad realizada/ Actividad programada						

RESPONSABLE SONIA ROCIO FLOREZ
 CARGO AUDITOR CALIDAD-PLANEACION



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CODIGO: ME-DEG-DE-F-02

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

FECHA: 30-05-23

VERSION: 2

Proceso: GESTION DE CALIDAD
 Responsable: SONIA ROCIO FLOREZ GAMBOA
 Dependencia: PLANEACION-AUDITORIA DE CALIDAD

Fecha: lunes, 15 de julio de 2024

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 HALLAZGO	FECHA AUDITORIA
1	No se evidencia soporte de actualización y socialización de guías, protocolos, procedimientos acorde a procesos prioritarios	Realizar actualizaciones y socializaciones de la misma con el personal de la institución	Planeacion-Auditoria de calidad	Sonia Rocio florez Gamboa	Asesora de Planeacion-Auditora de calidad	1/04/2024	31/12/2024	1			
2	Falta de inoportunidad en los indicadores de consulta por psiquiatria afectando los atributos de calidad en la atención del paciente	Implementar estrategias con el proposito de mejorar la oportunidad en la asignacion de citas por psiquiatria	Planeacion-Auditoria de calidad	Sonia Rocio florez Gamboa	Asesora de Planeacion-Auditora de calidad	1/04/2024	31/12/2024	1			
3	Se evidencia infraestructura antigua inadecuada incumpliendo con las condiciones minimas de habilitacion acorde a resolucio 3100 de 2019	Realizar adecuaciones locativas en la infraestructura, de igual forma gestionar proyecto de la segunda fase de construccion del hospital con el fin de cumplir con normatividad en habilitacion	Planeacion-Auditoria de calidad	Sonia Rocio florez Gamboa	Asesora de Planeacion-Auditora de calidad	1/04/2024	31/12/2024	1			
4	Se evidencia falencias en el registro de historia clinica de la institucion, como omision de enfermedad de base, diagnostico, mala transcripcion de medicamentos, mala ortografia, ordenes medicas incompletas	Auditorias constantes a las historias clinicas de los especialistas en busca de mejorar el registro de las mismas	Planeacion-Auditoria de calidad	Sonia Rocio florez Gamboa	Asesora de Planeacion-Auditora de calidad	1/04/2024	31/12/2024	1			

RESPONSABLE

NOMBRE

CARGO



FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO

CIUDAD - MUNICIPIO	Cúcuta
REGIONAL (una vez registre la ciudad, esta saldra por defecto)	Bucaramanga
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO
NIT - CODIGO BH	890500810 _ Código Sucursal: 12755
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:	3/7/2024

METODOLOGÍA: El plan de mejora se realiza con base en el análisis causal de las fallas de Calidad y/o problemas, una vez identificadas las causas de los problemas o fallas de calidad se inicia la elaboración del plan de mejora utilizando la matriz Swih.

HALLAZGO	PORQUE Defina las razones por las cuales se decidió que se trabajará en dicha actividad, en razón del impacto que este genera	¿CÓMO? ACCIONES DE MEJORAMIENTO - (Una vez realizado el análisis causal, describa las actividades que va a realizar para solucionar la falla de Calidad detectada)	META DE LA ACCIÓN Describir los aspectos a mejorar con la implementación de la acción. (A donde se quiere llegar)	DONDE PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO - (Escriba el servicio o Área o proceso responsable de la mejora)	QUIEN PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN (Escriba el cargo de la persona responsable de realizar o ejecutar dicha actividad)	¿CUÁNDO?		COMPONENTE Seleccione de la lista desplegable el Componente que se va a intervenir con la acción de mejora.	SEGUIMIENTO	
						Inicio DD/MM/AAAA	Final DD/MM/AAAA		CUMPLE	NO CUMPLE
1. En revisión de historia clínica CC 1193236348 atención del 7/6/2024, no se evidencia el reporte e interpretación de parámetros solicitados al ingreso.	La institución debe garantizar la continuidad en la prestación del servicio en salud sin interrupción alguna.	Se realizara la verificación con los implicados en el proceso y se tomaran acciones, se deba recalcar la importancia en el registro de historia	Mejorar el complemento de salud mental en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios-auditoria	Subgerencia de servicios-auditoria	5/7/2024	31/7/2024	Enfoque		
2. No cuenta con soporte de medición de adherencia a guías de manejo de: - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos: Síndrome de dependencia. - Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos. - Psicosis de origen no orgánico, no especificada. - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.	La institución debe estar en continuo mejoramiento y adherencia a los protocolos, procedimientos y guías clínicas de atención en salud de la entidad	Realizar auditoria a las tres primeras causas de morbilidad de la institución, retroalimentar con los profesionales los hallazgos encontrados.	Mejorar el atributo de continuidad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios-auditoria	Subgerencia de servicios-auditoria	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
3. No se evidencia soportes de socialización de guía de manejo de dengue a los profesionales de salud.	La institución debe garantizar personal pertinente durante la prestación del servicio en salud	Programar socialización al personal asistencial sobre la guía de manejo de dengue en coordinación con jefes de servicios y subgerencia de servicios de salud	Mejorar el atributo de pertinencia en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios en salud-Jefes de enfermería	Subgerencia de servicios en salud-Jefes de enfermería	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
4. No cuenta con documento de proceso y protocolo de atención derecho a muerte digna. OBS: Una vez documentado, realizar socialización a todo el personal asistencial incluyendo médicos.	La institución debe garantizar personal pertinente durante la prestación del servicio en salud, de igual forma se debe garantizar adherencia al cumplimiento de la normatividad vigente	Solicitar asistencia técnica para realizar y ajustar documento del protocolo de muerte digna en institución mental	Mejorar el atributo de pertinencia en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios en salud-Jefes de enfermería	Subgerencia de servicios en salud-Jefes de enfermería	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
5. Manual de limpieza y desinfección hospitalaria con fecha de abril de 2023; no acorde a la prestación del servicio en el hospital.	La institución debe adherirse a la situación real de la empresa y normatividad vigente	Realizar ajustes necesarios al documento desde la responsable de seguridad y salud en el trabajo	Mejorar el atributo de seguridad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Lider Seguridad y salud en el trabajo	Lider Seguridad y salud en el trabajo	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
6. No cuenta con implementación de programa de optimización de antimicrobianos (PROA) del Ministerio de Salud.	La institución debe garantizar la continuidad en la prestación del servicio en salud sin interrupción alguna.	Solicitar asistencia técnica para realizar y ajustar documento del programa de antimicrobianos PROA	Mejorar el atributo de seguridad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios en salud-Bacteriología	Subgerencia de servicios en salud-Bacteriología	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
7. No se evidencia soporte de medición de adherencia de higiene de manos durante el año 2024. Última medición de lavado de manos del 2do semestre del 2023. OBS: Se indica al prestador la implementación de indicador de higiene de manos de acuerdo a lo definido en la Resol 2471 del 2022.	La institución debe responder a las necesidades presentadas, mediante registro y control de sus indicadores para su respectiva medición y desviación	Definir indicador de higiene de manos correlacionado con el PROA, incluir en el cuadro de indicadores institucional	Mejorar el atributo de seguridad y oportunidad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios de salud-seguridad del paciente	Subgerencia de servicios de salud-seguridad del paciente	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
8. No se evidencia soportes de las dos últimas actas de comité de infecciones.	La institución debe garantizar el cumplimiento a la normatividad vigente referente a la obligatoriedad de contar con comités que estén funcionando de forma adecuada	Realizar reuniones acorde a la programación y periodicidad establecida por la institución	Mejorar el complemento de continuidad, seguridad, accesibilidad y oportunidad cumplimiento con el SOGC	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
9. No se evidencia soportes de las dos últimas actas de comité de seguridad del paciente.	La institución debe garantizar el cumplimiento a la normatividad vigente referente a la obligatoriedad de contar con comités que estén funcionando de forma adecuada	Realizar reuniones acorde a la programación y periodicidad establecida por la institución	Mejorar el complemento de continuidad, seguridad, accesibilidad y oportunidad cumplimiento con el SOGC	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
10. No se evidencia soportes de las dos últimas actas de comité de ética hospitalaria.	La institución debe garantizar el cumplimiento a la normatividad vigente referente a la obligatoriedad de contar con comités que estén funcionando de forma adecuada	Realizar reuniones acorde a la programación y periodicidad establecida por la institución	Mejorar el complemento de continuidad, seguridad, accesibilidad y oportunidad cumplimiento con el SOGC	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		
11. No se evidencia soportes de las dos últimas actas de comité de historias clínicas.	La institución debe garantizar el cumplimiento a la normatividad vigente referente a la obligatoriedad de contar con comités que estén funcionando de forma adecuada	Realizar reuniones acorde a la programación y periodicidad establecida por la institución	Mejorar el complemento de continuidad, seguridad, accesibilidad y oportunidad cumplimiento con el SOGC	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	Subgerencia de servicios de salud-Miembros de comité institucional	5/7/2024	31/12/2024	Procesos asistenciales		

12. En revisión de hojas de vida de personal, se observa: - Sindy Ruiz Villamizar (enfermera) no se evidencia soporte curso dengue de la OPS. - Luis Fernando Ramirez Mora (medico general), no se evidencia soporte de formación continua para la atención y el tratamiento en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y adicciones, ni curso de dengue de la OPS. - Mayra Alejandra Blanco Lázaro (aux enfermería), no se evidencia soporte de formación continua para la atención y el tratamiento en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.	La institución debe garantizar personal pertinente durante la prestación del servicio en salud	Realizar revisión de hojas de vida desde contratación y solicitar la inclusión de las certificaciones faltantes para dar cumplimiento a la normatividad	Mejorar el complemento de pertinencia en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Subgerencia de servicios en salud-Subgerencia administrativa-Contratación	Subgerencia de servicios en salud-Subgerencia administrativa-Contratación	5/7/2024	31/12/2024	Gestión del talento humano		
13. No se evidencia soporte de mantenimiento de planta eléctrica.	La institución debe estar en continuo mejoramiento y adherencia de cumplimiento de la normatividad vigente	Realizar formato de seguimiento al mantenimiento e incluir dentro del plan de mantenimiento la planta eléctrica de la institución	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Subgerencia administrativa-Profesional mantenimiento/almacen	Subgerencia administrativa-Profesional mantenimiento/almacen	5/7/2024	31/12/2024	Condiciones de Infraestructura		
14. No se cuenta con certificado vigente expedido por el cuerpo de bomberos.	La institución debe estar en continuo mejoramiento y adherencia de cumplimiento de la normatividad vigente	Realizar formato de seguimiento al mantenimiento e incluir dentro del plan de mantenimiento la planta eléctrica de la institución	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Subgerencia administrativa-Lider Seguridad y salud en el trabajo	Subgerencia administrativa-Lider Seguridad y salud en el trabajo	5/7/2024	31/12/2024	Condiciones de Infraestructura		
15. En área de observación constante (SOC), se evidencia paredes con deterioro de pintura.	La institución en pro del cumplimiento de los objetivos estratégicos, buscara realizar las debidas adecuaciones a la infraestructura del hospital	Según plan de mantenimiento se realizara en el mes de Agosto las adecuaciones mencionadas	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Gerencia	Gerencia	5/7/2024	31/12/2024	Condiciones de Infraestructura		
16. En hospitalización mujeres, no se cuenta con timbres de llamado por cama.	La institución en pro del cumplimiento de los objetivos estratégicos, buscara realizar las debidas adecuaciones a la infraestructura del hospital	Actualmente la institución se encuentra en construcción de la nueva etapa del hospital, paulatinamente se estaran realizando adecuaciones al resto de la infraestructura	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Gerencia	Gerencia	5/7/2024	31/12/2024	Condiciones de Infraestructura		
17. No se evidencia soporte de calibración de termohigrómetro.	La institución debe estar en continuo mejoramiento y adherencia de cumplimiento de la normatividad vigente	Realizar la respectiva contratación para la calibración de los equipos biomedicos	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Gerencia	Gerencia	5/7/2024	31/12/2024	Equipos Biomedicos		
18. Falta de oportunidad en envío de plan de mejora derivado de auditoria del 02/02/2023 y cierre de seguimientos a plan de mejora menor al 90% de avance.	La institución en pro del cumplimiento de los objetivos estratégicos, buscara realizar las debidas ajustes	Realizar seguimiento a la oportunidad de envío en los tiempos establecidos desde gerencia	Mejorar el atributo de continuidad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	Planeación-calidad	Planeación-calidad	5/7/2024	31/12/2024	Mejoramiento de la calidad		
19. No se evidencia soportes de auditorias a contratos tercerizados: - Transporte asistencial con Servicio de asistencia medica inmediata. - Recolección de residuos Norsire ESP SAS.	La institución debe estar en continuo mejoramiento y adherencia de cumplimiento de la normatividad vigente	La institución realizara auditorias a los contratos en los cuales se encuentra tercerizado	cumplir con los criterios y estándares de habilitación en salud	Subgerencia administrativa-Contratación	Subgerencia administrativa-Contratación	5/7/2024	31/12/2024	Interdependencia		
20. Seguimiento desactualizado de base consolidada de PQRS, en estructura definida por la Circular Externa 202315100000010-5 del 22/6/2023.	La institución en pro del cumplimiento de los objetivos estratégicos, buscara realizar las debidas ajustes	La institución realizara seguimiento a la matriz de trazabilidad para que tener información en tiempo real y realizar debidos ajustes	Mejorar el atributo de accesibilidad en la institución cumpliendo con los estándares mínimos de habilitación	SIAU	SIAU	5/7/2024	31/12/2024	Información y atención al usuario		