



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
2 y3	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X		X												Fortalecer la capacitación permanente sobre el procedimiento de consentimiento informado a los médicos, odontólogos y enfermeras, teniendo en cuenta la rotación por el servicio social obligatorio. Fortalecer la capacitaciones en las guías practicas medicas, protocolos de manejo y de reacción inmediata para la atención, incluida la de eventos adversos en salud, entre el personal asistencial ambulatorio	Ambulatorio
4 y 6	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X		X												Fortalecer la oportunidad para las interconsultas y remisiones a servicios de medicina especializada concretando los diferentes proyectos como el de especialista al campo y tele medicina y reforzar la ruta de la salud. Fortalecer la oportunidad para la remisión de pacientes y la realización de exámenes de diagnostico en instituciones de mayor nivel de complejidad	Ambulatorio
5	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X		X												Fortalecer el transporte para el acceso a los servicios y el fortalecimiento de las programación y registro de las citas por parte del promotor de salud	Ambulatorio
9 (8)	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X		X												Implementar estrategias y fortalecer cobertura de los programas de P y P, diferentes a salud oral y Programa Ampliado de Inmunizaciones	Ambulatorio
2	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Fortalecer la revisión de las guías de practica clínica con referencia en la MBE y la metodología para la evaluación de su adherencia que incluya las HCL de ecoterapia, con enfoque a las primeras causas de egreso y morbilidad.	Hospitalario
4	Planeacion concertada del cuidado de la salud	4	X		X												Fortalecer la monitorizacion al cumplimiento de los cinco correctos en la administración de medicamentos que incluya los servicios de observación y ecoterapia	Hospitalario
5 y6	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Fortalecer el ordenamiento, foliado y legibilidad de las HCL de los pacientes de ecoterapia del CDPH, así como el registro legible de la información que incluya entre otros los signos vitales en la totalidad de ellas. Fortalecer en las historias clínicas el registro de la información al paciente y familia sobre el tratamiento y resultados diagnósticos. Sistematizar las historias clínicas para asegurar su disponibilidad completa, la protección de la información y finalmente, la eficacia en la prestación del servicio.	Hospitalario



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILTACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
7	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Fortalecer la búsqueda activa de las situaciones de inseguridad y eventos adversos, su gestión y monitozacion a la efectividad de las barreras implementadas con énfasis en las caídas en el CDPH-ecoterapia En el componente de eco terapia se ha iniciado una acción correctiva relacionada con la fuga de un paciente, incorporar un campo que permita determinar el objetivo que se persigue con el conjunto de acciones correctivas, por ejemplo registrar allí cero fugas y cero intentos de fuga de pacientes.	Hospitalario
10	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Fortalecer la adherencia al lavado de manos, el uso de desinfectantes en el CDPH, la adherencia al aislamiento en el CAMI y CDPH, el seguimiento al cumplimiento en el uso prudente de antibiótico y el reuso; monitorizacion al proveedor de alimentos de pacientes hospitalizados en el CAMI y mayor participación del químico farmacéutico para la búsqueda activa, prevención y control de infecciones.	Hospitalario
11	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Conformar e implementar el equipo de autoevaluacion de estándares de habilitación/rehabilitación para el CDPH que de respuesta a los servicios integrados de ecoterapia.	Hospitalario
12	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X												Fortalecer el procedimiento de autoevaluacion periódica de los estándares de acreditación y seguimiento sistemático a las acciones derivadas de las oportunidades de mejoramiento	Hospitalario
2	Administrativo y Financiero	7	X		X												Monitorizar el cumplimiento del manual de ética y convivencia que sea visible en el comportamiento de los colaboradores	Recurso Humano
4 Y 6	Administrativo y Financiero	7	X		X												Fortalecer los factores determinantes que inciden negativamente en la satisfacción del cliente interno que promuevan el mejoramiento de la pertinencia de los colaboradores y del clima organizacional. Intervenir permanentemente mediante estrategias innovadoras la cultura organizacional con acciones sinergicas entre la institución y los colaboradores, tendientes a aumentar entre otras la permanencia en la institución de los colaboradores de prestación de servicios.	Recurso Humano



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACION			
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)		
5	Administrativo y Financiero	7	X			X												Fortalecer el cumplimiento de las capacitaciones programadas y concretar la realización de los nuevos temas propuestos que permitan la ejecución presupuestada. Depurar algunas habilidades que se perciben como valores humanos, en documentos como el perfil solicitud personal y el documento resultados cualitativos y cuantitativos del proceso de selección, por ejemplo en el perfil de enfermera se observa formulado responsabilidad y en el formulario de resultados cualitativos de observa calificado el respeto. Revisar y complementar las habilidades requeridas en los diferentes cargos, por ejemplo: el de técnico en agronomía no considera habilidades referidas a su función educativa, o hay perfiles de cargos diferentes que coinciden de manera exacta. Hacerlo favorecerá la gestión, cuando se determine con mayor precisión éstas habilidades.	Recurso Humano
1	Sistemas información	9	XX		X													Continuar fortaleciendo las capacitaciones sobre el diligenciamiento de ordenes de servicio y Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), y la adherencia a la; guía para la administración de archivos de Historia Clínica Fortalecer el conocimiento y acceso a los colaboradores que garantice el hallazgo oportuno de los formatos, guías y documentos a consultar desde las sedes	Gerencia de la información
2	Sistemas información	9	X		X													Hacer seguimiento al ajuste de la estructura de los códigos de facturación que permita incluir la totalidad de actividades que realiza el hospital	Gerencia de la información
3	Sistemas información	9	X		X													Respecto a garantizar la oportunidad y suficiencia en la transmisión de datos e información, desde cualquier sede de la institución, abrieron invitación a cotizar la prestación de este servicio que se encuentra en tramite; informan que TELMEX fue seleccionado y esperan acordar inicio de funcionamiento	Gerencia de la información
4	Sistemas información	9	X		X													Fortalecer el conocimiento y acceso a los colaboradores que garantice el hallazgo oportuno de los formatos, guías y documentos a consultar desde las sedes Asegurar el apropiado diligenciamiento de registros, cumpliendo lo establecido en los procedimientos o en los mismos formatos y cuestionando la utilidad y el objetivo de hacerlo. Aunque es una ventaja el tener en forma digital la información del Sistema, las dificultades de comunicación a través de Internet obstaculizan su disponibilidad en el momento y sitio en forma oportuna. Evaluar alternativas que aseguren la conectividad y la actualidad de las consultas. Revisar el sistema documental que se ha desarrollado, asegurando cumplir los requisitos legales, buscando que sea liviano y evitando procedimientos engorrosos, para contar con un sistema adecuado a lo que se requiere en la institución	Gerencia de la información



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACION	
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)
5	Sistemas información	9	X		X											Estandarizar y desplegar el uso sistemático de los diferentes aplicativos de diseño propio que permita la agilidad en el registro de las actividades y toma de decisiones oportunas relacionadas con los clientes internos y externos	Gerencia de la información
4	Administrativo y Financiero	10		X	X											Aplicar con antelación el manual de gestión de tecnología para el proyecto de respuesta equina, en lo relacionado con los equipos médicos básicos.	Gerencia Tecnología
5	Administrativo y Financiero	10	X		X											Asegurar el funcionamiento óptimo y seguimiento a situaciones de seguridad potenciales con los equipos de alquiler	Gerencia Tecnología
2	Administrativo y Financiero	8	X		X											Fortalecer la operatividad de los programas de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia articulándolos con la seguridad del paciente que permita acciones integradas y sinérgicas	Ambiente Físico
3	Administrativo y Financiero	8	X		X											Evaluar y cuantificar sistemáticamente el ahorro de los programas de racionalización de servicios públicos que permita la re inversión en otras actividades prioritarias	Ambiente Físico
4	Administrativo y Financiero	8	X		X											Documentar y hacer seguimiento sistemático a la adherencia a la política de no reuso	Ambiente Físico
1	Sistemas de calidad	6	X		X											Concretar el proyecto de atención especializada en la localidad así como el de tele medicina que permita el mejoramiento de la oportunidad para este nivel de atención. Con relación al servicio de tele medicina en vista de que no se encontró un oferente en la red pública, se gestionó la viabilidad con la Fundación Santa fe y la conectividad con Telmex, proyectos que están en trámite	Sedes integradas en red
2	Seguimiento y control	6	X		X											Fortalecer la estandarización de la organización y registro de la HCL manual que permita se trazabilidad y la confidencialidad de la información. Hacer seguimiento a cumplimiento de la normalización y aplicación de los acronimos, así como de su acceso a los diferentes medios magnéticos por los profesionales de la salud	Sedes integradas en red



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
4	Evalucion de la prestacion del servicio	6	X		X												Monitorizar y analizar los resultados de la validación del aplicativo para el sistema de seguimiento unificado e integral del modelo de servicios de salud "seguimos" que permita su aplicación en campo, facilitando la intervención y atención integral y oportuna del paciente y su familia	Sedes integradas en red
1	Direccionamiento estrategico	1	X		X												Fortalecer la viabilidad operacional y financiera del hospital concretando los diferentes proyectos establecidos y gestionando acuerdos con la Secretaria Distrital de Salud. Concretar los diferentes proyectos derivados de las referencianciones con otras instituciones que potencialice el programa de ecoterapia, seguridad alimentaria y el desarrollo de investigaciones, entre otros.	Direccionamiento y Gerencia
2	Sistemas de Calidad	1	X		X												Fortalecer los mecanismos de asesoría a la Junta Directiva y la educación continuada articulándolos con base en el Direcccionamiento y ejes de la acreditación	Direccionamiento y Gerencia
3	Sistemas de Calidad	1	X		X												Hacer explicito el eje de Responsabilidad Social desde el Direcccionamiento, documentandolo y operativizando acciones eficaces y eficientes que aseguren los beneficios a los grupos vulnerables	Direccionamiento y Gerencia
4	Sistemas de Calidad	1	X		X												Fortalecer la humanización de los servicios, que se evidencia en el buen trato por parte de la totalidad de los colaboradores mediante acciones permanentes con ellos y concretar mejoras en las condiciones locativas, privacidad y confidencialidad en el ambito intramural y extramural	Direccionamiento y Gerencia



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACION		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
5	Sistemas de Calidad	1	X			X											<p>Considerar herramientas adicionales para complementar los resultados de la medición de satisfacción del cliente. Por ejemplo grupos focales, entrevistas personales con usuarios, cliente o usuario incógnito y las reuniones de participación en las que se recoge información.</p> <p>Hacer visible un objetivo de calidad que muestre de manera explícita la intención (objetivo) relacionada con el cumplimiento de los requisitos de calidad del servicio.</p> <p>Monitorear por algún medio, por ejemplo la proporción de acciones preventivas frente a las acciones correctivas.</p> <p>Fortalecer el manejo conceptual de los auditores internos con base en la norma ISO9001:2008. Si los auditores dominan conceptos, podrán ser factor de enseñanza y claridad durante las auditorías internas.</p> <p>Asegurar que la redacción deben contener la suficiente información para que sean verificables. Redactar de manera precisa las no conformidades, sirve para que los planes de acción sean precisos y además eficaces.</p> <p>Estudiar e implementar lo propuesto por la Norma NTC ISO 9004:2009, iniciando por un auto diagnóstico de la institución con la guía de lo propuesto en el Anexo A, para detectar oportunidades de mejora que permitan un desarrollo sostenible de la organización.</p>	Direccionamiento y Gerencia
5	Sistemas de Calidad	1	X		X												<p>Fortalecer el análisis en el nivel operativo del comportamiento de los indicadores de cada unidad funcional que empodere la toma de decisiones concertadas entre los colaboradores</p> <p>Utilizar los indicadores como activadores de acciones que permitan consolidar los logros de la institución a través de acciones bien sea correctoras o correctivas, pero mejor aún, acciones preventivas y de mejora.</p> <p>Complementar los indicadores con los resultados del año anterior, una flecha que muestre el sentido del resultado buscado, el desarrollo durante el periodo en curso, y metas dinámicas, alcanzables pero retadoras y claras, además de un vínculo con las acciones tomadas (correctoras, correctivas, preventivas y de mejora), luego de su análisis. Por ejemplo señalar en cada indicador si es mejor que suba (flecha hacia arriba) o si es mejor que baje (flecha hacia abajo)</p>	Direccionamiento y Gerencia
1	Administrativo y Financiero	1	X		X												<p>Gestionar la aprobación de los proyectos relacionados con el recurso humano ante la SDS Secretaria Distrital de Salud, que permita concretar entre otros el mejoramiento de la habitabilidad en las sedes y la re adecuación de las sede administrativa</p>	Direccionamiento y Gerencia (Recurso Humano)



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACION		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
1	Administrativo y Financiero	1	X		X												<p>Gestionar los recursos presupuestados en el proyecto de habitabilidad radicado en la SDS que permita concretar las mejoras de infraestructura en las sedes del CAMI y UPA.</p> <p>Concretar las mejoras de infraestructura de la sede administrativa que permita la readecuacion en general de las diferentes areas y el mejoramiento de las condiciones laborales y de seguridad de los trabajadores, personal flotante y visitantes.</p> <p>Gestionar los recursos para realizar las mejoras de infraestructura en las diferentes sedes que garantice la seguridad de usuarios internos y externos</p>	Direccionamiento y Gerencia (Ambiente Físico)
3	Administrativo y Financiero	1	X		X												<p>Gestionar los recursos para el proyecto de ampliación de la capacidad de las plantas eléctricas que permita su disponibilidad en casos de contingencia en las sedes asistenciales.</p>	Direccionamiento y Gerencia (Gerencia Tecnología)
1	Ejecución de Alternativas de Solución	5	X		X												<p>Fortalecer la correcta toma de las muestras de TSH con el fin asegurar su procesamiento y posterior diagnostico</p>	Laboratorio
2	Ejecución de Alternativas de Solución	5	X		X												<p>Asegurar la confidencialidad de los resultados de los analisis</p>	Laboratorio
3	Ejecución de Alternativas de Solución	5	X		X												<p>Mejorar la oportunidad en la entrega de resultados al paciente</p>	Laboratorio
1	Sistemas de calidad	1	X				X										<p>No se evidencia la identificación y registro del Producto No Conforme del Parque Temático Chaquén</p>	Direccionamiento y gerencia
2	Sistemas de calidad	1	X				X										<p>No se evidencia profundidad y cubrimiento de la totalidad de procedimientos en la Auditoria Interna de Calidad realizada por el Hospital</p>	Direccionamiento y gerencia



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN	
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)
	Ejecución de Alternativas de Solución	1	X			X										Promover la comercialización de los productos y servicios del parque chaquen	Direccionamiento y gerencia
	Diagnostico familiar de necesidades y expectativas	4	X			X										Gestionar los hallazgos encontrados por la SDS, por medio de la Direccio de Desarrollo de Servicios, analisis y politicas de servicios de salud (area de medicamentos), atravez del proyecto; Desarrollo del Sistema de Gestion de Calidad de los Servicios Farmaceuticos de las ESE adscritas	Hospitalario
	Interaccion comunitaria	3	X			X										<p>1. Se recomienda crear un gráfico que permita ver cuáles de las quejas y reclamos recibidos corresponden a incumplimientos confirmados por un análisis interno. De momento se comunica a la gerencia cuales quejas y reclamos fueron recibidos, sin embargo no se esta reportando cuales de ellas son quejas o reclamos justificados., por lo que se asume que todas las recibidas son justificadas.</p> <p>2. Se recomienda relacionar los reclamos con incumplimiento de requisitos, es decir con no conformidades confirmadas internamente. Hacerlo permite centrarse en aquellas fallas que confirmadas, permitan decidir con mayor precisión sobre cuales ameritan para acción correctiva.</p> <p>3. También se recomienda administrar criterios para decidir en cuales casos se amerita implementar acción correctiva, adicionales a los ya definidos, por ejemplo adicionar el criterio de costo del reclamo, reputacional o económico. Hacerlo contribuye a hacer más precisa la determinación de acciones correctivas.</p> <p>4. Se recomienda registrar en el documento de registro general de quejas y reclamos, sobre cuáles de estas se ha iniciado acción correctiva, con el fin de poder hacer rastreo de cuáles de ellas han sido sujeto de este tipo de acciones.</p> <p>5. Se recomienda enviar una comunicación escrita a aquellos clientes que hayan registrado quejas y que su queja haya sido objeto de acción correctiva, compartiendo allí las acciones tomadas para evitar la recurrencia de estos problemas, enviar esta comunicación puede contribuir a elevar el nivel de satisfacción de estos pacientes que se han quejado y cuya queja era justificada.</p>	Ambulatorio
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X											Evitar las fugas de pacientes pertenecientes al programa de Ecoterapia	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X		X											Establecer el mecanismo por medio del cual se van a trasladar los usuarios post hospitalización a la localidad	Hospitalario



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE									OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILTACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL			HUMANAVI/R	ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)
	Planeacion concertada del cuidado de la salud	4	X													<p>Se evidencia que al comité de Historias clínicas del mes de junio no asistieron los representantes de dinamizador SAN, coordinador interacción comunitaria y gestión documental.</p> <p>Se evidencia que en el mes de junio no asistieron al comité de Infecciones Intrahospitalarias, el coordinador de epidemiología, representante de toma de muestras, químico farmacéutico y representante de salud ocupacional.</p> <p>Se evidencia que al comité de estadísticas vitales del mes de junio no asistieron los participantes.</p>	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X													<p>Se evidencia que no se realiza seguimiento a acciones de mejora del mes de junio del comité de historias clínicas y estadísticas vitales y no se anota en el acta el motivo por el cual no se hace el seguimiento.</p> <p>No se realiza seguimiento de ética hospitalaria por que las actas se encuentran con Elizabeth Cardona representante del COPACO al comité, fuera de la institución.</p> <p>No se realiza seguimiento a las citologías por que la persona encargada se encuentra en reunión en la SDS</p>	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X													Se evidencia que las bases de datos de los pacientes crónicos incluidos EPOC y obesidad de encuentra desactualizada	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X													Se evidencia que no se realiza en forma escrita los compromisos del COVE del mes de Junio	Hospitalario
	Planeacion concertada del cuidado de la salud	3		X												priorizar familias identificando actividades de promoción y prevención, para realización en espacios que corresponda previo a la jornada	Ambulatorios
	Administrativo y Financiero	8		X												facturación de oxígeno dependientes, dado que no hay claridad para la facturación	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8		X												En lista de chequeo de julio 26 de 2011 de la UPA solicitan instalar baranda de la camilla de sala de procedimiento.	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8		X												Evaluar y cuantificar el impacto de la planta de tratamiento ubicada en el centro de desarrollo en cuanto a la disminución de la contaminación a las fuentes receptoras y la utilización en el parque chaquen	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8	X													Realizar control del abastecimiento del combustible de los centros de atención	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8	X													Inconvenientes en la coordinación de la programación del servicio de transporte	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8	X													Se observa desconocimiento del personal de mantenimiento de infraestructura sobre el protocolo que se debe hacer para el lavado de los tanques de la institución	Ambiente Físico



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
	Administrativo y Financiero	8	X														Se evidencia que no se ha actualizado el mantenimiento realizado en el mes de junio a la lampara de fotocurado	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8	X					X									Se evidencia la desactualizacion de los procesos y procedimientos del area	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	10		X					X								Acordar con el proveedor de mantenimiento la entrega de equipos en prestamo que sustituyan a los que se encuentran en mantenimiento en el caso del proyecto de respuesta rural equina	Gestion de la tecnologia
	Sistemas de calidad	1		X										X			Se identifica la necesidad de prevenir la ausencia de seguimiento y evaluacion de la asesoria realizada por parte de la oficina de mercadeo a los programas a los cuales se les realiza dicha asesoria	Direccionamiento y gerencia
	Sistemas de calidad	1	X						X								Durante la verificacion que realiza el CRUE para el cumplimiento de las moviles del programa de APH de la SDS se evidencio en dos oportunidades que la movil 5033 que pertenece al hospital no contaba con algunos insumos necesarios para prestar en forma adecuada los servicios del programa	Direccionamiento y gerencia
1	Sistemas información	9		X					X								Optimizar el registro de los aspecto incluidos en la lista de chequeo	Gerencia de la información
	Sistemas de calidad	1		X					X								Se hace necesaria la creacion de otra herramienta para el registro, analisis causal, seguimiento y cierre de las acciones de mejora, con el fin de aumentar las fuentes de informacion de los planes de mejora	Direccionamiento y gerencia



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN	
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILTACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)
	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X			X										No se observó en adecuadas condiciones de mantenimiento y limpieza los filtros de las bombas de espalda, utilizadas en las aplicaciones de productos fitosanitarios en los lotes de producción de hortalizas, incumpliendo el numeral 3,3,1 de la norma 5400 BPA	Amulatorios
	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X			X										Se observó que el sistema de identificación o codificación de los lotes o parcelas de producción en la unidad productiva se encuentran deteriorado y no permite la identificación de cada parcela para garantizar la trazabilidad, incumpliendo el requisito 3,10 de la norma 5400 BPA	Amulatorios
	Ejecución de Alternativas de Solución	3	X			X										El plan de capacitación documentado para los operarios que laboran en el predio, no incluye los temas relevantes para asegurar el mantenimiento de las Buenas Prácticas Agrícolas, no incluye la intensidad horaria y los responsables de gestionar y orientar los temas de capacitación propuestos, incumpliendo el numeral 3,11 de la norma 5400 BPA	Amulatorios
	Administrativo y Financiero	8		X					X							En lista de chequeo de julio 26 de 2011 de la UPA solicitan instalar baranda de la camilla de sala de procedimiento.	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8	X						X							26 de Agosto esta accion de mejora se levanto con la tarea 65 de agosto unificar. Agosto 29 se cierra por estar repetida se unifica el seguimiento en la tarea 65. Septiembre se verifico desde planeacion el lavamiento de accion en el aplicativo en red, la cual tiene analisis causal y seguimiento esta pendiente el cierre, aunque ya se cuenta con soportes de actividades realizadas	Ambiente Físico
	Administrativo y Financiero	8		X												En lista de chequeo del C.D.P.H. de agosto 30 reportan que el conductor del bus que recogía el turno de ecoterapia que salía a descanso, solamente espero 10 minutos para que hicieran entrega de turno al personal que llegaba al centro	Ambiente Físico
	Ejecución de Alternativas de Solución	4		X					X							Gerencia informa que en reunión con la J.A.L. el día 30 de agosto, manifiestan el problema que se tiene con bajo peso y obesidad en la comunidad de la localidad	Ambulatorios
				X					X							Según información de la J.A.L. en el nuevo proyecto de Vereda Sana no esta incluida la verda San Antonio	
				X					X							Según información de la J.A.L. los usuarios del filtros asumen que el insumo es asignado a la familia y no a la casa, por lo tanto se debe hacer acta retroactiva a todos los beneficiarios y explicar que el filtro pertenece a la casa.	



No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE										OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN		
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILITACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM	AUTOCONTROL	HUMANAVIVIR			ENTRES DE CONTROL (CONTRALORIA)	
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X						X								En lista de chequeo del C.D.P.H. de septiembre 2 reportan que el usuario Jorge Adelman Guzmán no acepta remisión a segundo nivel de complejidad, por alteración en resultado de exámenes. Firmando desistimiento	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4		X					X								En lista de chequeo del C.D.P.H. de septiembre 2 informan que 35 usuarios recibieron reforzamiento por higiene oral, la coordinadora de ecoterapia informa que no se facturan por que ya se hizo la facturación por P y P en el CAMI	Hospitalario
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X						X								En lista de chequeo del C.D.P.H. de septiembre 2 reportan revisión del Plan de cuidado individual del usuario Francisco Córdoba y como última fecha de valoración por psiquiatría registra el 5 de agosto y la siguiente será el 9 de septiembre pasando más de 30 días de la fecha de programación por consulta psiquiátrica.	Hospitalario
	Administrativo y Financiero	8	X						X								En lista de chequeo del CAMI de septiembre 5 reportan daño y sobre cupo en vehículo que llevaba colaboradores a la unidad de atención	Ambiente Físico
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X						X								Producto del análisis del caso del usuario Joge Guzmán, se evidencia solicitud de paraclínicos no cubiertos como examen de TSH por nuestro nivel de complejidad	Laboratorio
	Ejecución de Alternativas de Solución	4		X					X								En círculo operativo de calidad se visualiza la necesidad de fortalecer estándares de confidencialidad	
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X						X								En lista de chequeo de septiembre 6 de la UPA San Juan reportan que en reunión con comunidad para lectura de determinantes asiste solo una persona	Ambulatorios
	Ejecución de Alternativas de Solución	4	X						X								En lista de chequeo de septiembre 6 de la UPA informan que el gestor José Luis Penagos, realiza reunión con un actor social el presidente de la Junta de Acción Comunal de Santo Domingo, lo cual no es acorde con los lineamientos del hospital	Ambulatorios
	Ejecución de Alternativas de Solución	4		X					X								En lista de chequeo de la UPA San Juan de septiembre 7 refieren que una usuaria rechaza actividades por salud mental	Ambulatorios
	Interacción comunitaria	3		X					X								En lista de chequeo de la UPA San Juan de septiembre 7 reportan dificultad de aseguramiento de la usuaria Mercedes Cubillos	Ambulatorios
				X					X								En Círculo Operativo de Calidad se analiza la oportunidad de continuar el mejoramiento de la efectividad en convocatorias con la Secretaría de Educación	
	Ejecución de Alternativas de Solución	4		X					X								En lista de chequeo del CAMI de septiembre 10 reportan evaluación de lavado de manos al conductor de ambulancia Francisco Lehuoqc, quien obtiene el 75% en técnica, lo que es inadecuado dada la antigüedad del colaborador	Ambulatorios
			X						X								En lista de chequeo del CAMI de septiembre 8 y 9 no reportan actividades de Gustavo Heredia y Gina Izquierdo, gestores con responsabilidad de actividades trazadoras frente al modelo y frente a compromisos contractuales	
	Interacción comunitaria	3		X					X								En lista de chequeo de septiembre 8 de la UPA San Juan se reporta que los usuarios Exelio Poveda y Merlín Moreno de la vereda Paquiló no salieron a ruta de la salud	



HOSPITAL NAZARETH I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

MATRIZ PLANES DE MEJORAMIENTO INST
CODIGO - FPGSCMC007-2

No oportunidad de mejora	PROCESO	CÓDIGO ESTANDAR	TIPO DE ACCION		FUENTE								OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTÁNDAR ACREDITACIÓN
			A. CORRECTIVA	A. PREVENTIVA	ACREDITACION	CERTIFICACION (ISO 9001, BPS, GP 1000, ETC)	AUDITORIA INTERNA	HABILTACION	COMITES, CIRCULOS Y RONDAS DE SEGURIDAD	COLSUBSIDIO	SOLSALUD	CAPRECOM		



Lideres En Salud Fai

TELEFAX : 2 95 63 53 - 2 95 63 33 - 4 16 34 90 – Consu

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Asegurara el conocimiento del personal ambulatorio sobre las practicas, guías y procedimientos que apliquen	5	3	5	75	2011/04/04		16			1	0	
Estandarizar y mejorar la oportunidad para las interconsultas, remisiones y realización de exámenes especializados, con el fin de aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos	5	3	5	75	2011/04/04		17			1	0	
Aumentar la satisfacción del usuario teniendo en cuenta el acceso, programación y registros de citas, asegurando la continuidad del servicio	5	3	5	75						1	0	
Garantizar y ampliar el cubrimiento de P y P en ámbitos relacionados a la población usuaria	2	3	3	18						1	0	
	4	3	5	60						1	0	
Definir la metodología para el seguimiento de la aplicación de los cinco correctos en la administración de medicamentos en ecoterapia y observación	3	3	3	27	2011/04/04		18			1	0	
Garantizar el cumplimiento de los requisitos de diligenciamiento de la HCL y su manejo, con el fin de mantener información legible y oportuna.	5	5	5	125						1	0	

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Garantizar la efectividad de las gestiones para subsanar los eventos adversos presentados a través de seguimientos, especialmente en el CDPH-ecoterapia	3	3	3	27						1	0	
Asegurar y monitorizar el cumplimiento de directrices como lavado de manos, uso prudente de antibióticos, el uso de desinfectantes en el CAMI y CDPH, garantizando la prevención de infecciones	4	3	4	48						1	0	
Implementar el equipo de autoevaluacion de estándares de habilitación y rehabilitación para el CDPH-ecoterapia	3	3	3	27						0	0	
Asegurar la aplicación de la autoevaluacion de acuerdo a las directrices dadas con el fin de garantizar el cubrimiento de todos los estándares que apliquen, además verificar la tomas de acciones originadas de las oportunidades de mejora a través del seguimiento	4	3	4	48	2011/03/17		9 SISTEMAS DE CALIDAD			1	0	LEONARDO GARZON
Realizar seguimiento a la aplicación del manual de ética y convivencia por parte de los colaboradores, viéndose reflejado en su comportamiento	3	3	3	27	2011/03/03		3			1	0	ESMERALDA SANCHEZ
Aumentar la satisfacción de los colaboradores a través de los resultados de la medición del clima laboral. Garantizar la permanencia y continuidad de los colaboradores por medio de acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos.	3	3	3	27	2011/03/03		4			1	0	ESMERALDA SANCHEZ

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Asegurar el cumplimiento de las capacitaciones programadas con el fin de contribuir al mejoramiento continuo	3	1	1	3						1	0	
Garantizar el correcto y completo diligenciamiento de los registros, así como su ubicación, con el fin de garantizar la disposición oportuna y confiable de las evidencias de los servicios prestados	3	1	3	9	2011/02/15					1	0	
Asegurar la facturación de los servicios prestados a través de la actualización e inclusión de los códigos en la facturación y así contribuir al incremento en el recaudo	2	1	5	10	2011/02/15					1	0	FRANK VANEGAS
Aumentar la eficiencia en la prestación del servicio, a través de la contratación de un proveedor competente para la trasmisión de datos.	4	3	3	36	2011/01/15					1	0	FRANK VANEGAS
Garantizar el acceso oportuno a los formatos, guías y documentos desde las diferentes sedes e instrumentos	4	3	3	36	2011/01/15					1	0	FRANK VANEGAS

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Optimizar las herramientas disponibles para agilizar el registro de información que se mantengan disponibles para la toma de decisiones	2	3	3	18	2011/01/15					1		FRANK VANEGAS
Garantizar la disponibilidad y actualización de los manuales, fichas y hojas de vida de los equipos medicos basicos	3	1	1	3						1	0	
Realizar seguimiento a los equipos de alquiler haciendo énfasis en las situaciones de seguridad, con el fin de garantizar su utilización y disposición	4	3	4	48	2011/01/20					1	0	JAIME CHARARY
Mejorar la funcionabilidad de los comites de farmacovigilancia y tecnovigilancia para que se articulen con la seguridad del paciente	5	5	5	125	2011/01/20	2011/09/01		ACTA DE USUARIO S. FORMATO DE REPORTE DE SITUACIONES DE INSEGURIDAD RELACIONADAS CON FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA Y SEGURIDAD DEL USUARIO. ESTABLECIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PLAN OPERATIVO CON ESTO INDICADORES RELACIONADOS		0	1	JAIME CHARARY
Optimizar los recursos por medio de la racionalización de los servicios publicos	2	3	2	12	2011/03/30	2011/12/06		ACTA DE REUNION PARA EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS. POR CADA CENTRO E INDICADORES PIGA PARA LA TOMA DE DESICIONES		0	1	JAIME CHARARY
Contribuir a la aplicación de la política del no reuso en euestro hospital	3	1	2	6	2011/03/30					1		JAIME CHARARY
Aumentar la prestación de servicios a través de la telemedicina por medio de aplicación de nuevas tecnologías y entidades	4	3	2	24	2011/04/04		19			1	0	LEONARDO GARZON
Asegurar la trazabilidad y confidencialidad de las HCL por medio de la estandarización y organización. Asegurar la aplicación de la normalización y acronimos por parte de los colaboradores, por medio de la optimización de los medios digitales	4	3	4	48						1		

INSTITUCIONAL

Vigente Desde :12-02-09

Versión : 01

Pag. 1 de

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
	4	3	4	48						1		
Garantizar la optatividad y mantenimiento en el tiempo de la prestación de los servicios con calidad por parte del Hospital Nazareth a través de la consecución de nuevos proyectos de diferentes fuentes	5	5	5	125	2011/03/17		2			1		
Asegurar los medios para la articulación hacia la junta directiva sobre el direccionamiento y la acreditación	4	1	4	16	2011/04/17	2011/07/31	1	ACTAS DE JUNTA DIRECTIVA		0	1	LEONARDO GARZON
Contribuir a la alineación de la Responsabilidad Social con el direccionamiento y procesos que aseguren su eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios	3	3	4	36	2011/03/17		3			1	0	LEONARDO GARZON
Garantizar el buen trato a los pacientes por parte de los colaboradores por medio de la humanización de los servicios tanto en el ámbito intramural y extramural, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuarios	4	3	5	60	2011/03/17		4			1	0	LEONARDO GARZON

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTAD O			ACCION					
	3	3	3	27						1		
Asegurar que el analisis de resultados a partir de indicadores sea una fuente para la toma de decisiones y planes de mejora	5	3	4	60	2011/03/17					1	0	LEONARDO GARZON
Garantizar la habitabilidad de los colaboradores y la mejora en las instalaciones de las sedes a través de la gestión de proyectos para la consecución de recursos necesarios ante la SDS. Gestionar los recursos presupuestados en el proyecto de habitabilidad radicado en la SDS que permita concretar las mejoras de infraestructura en las sedes del CAMI y la UPA	3	3	4	36						1		

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Mejorar las condiciones de habitabilidad a nivel asistencial y administrativo contribuyendo al mejoramiento en la prestación del servicio. Garantizar la seguridad de los usuarios tanto interno como externos en las diferentes sedes y así disminuir el reporte de eventos adversos y riesgos	5	5	5	125	2011/03/17		7			1	0	LEONARDO GARZON
Asegurar la capacidad de la planta eléctrica para cubrir las necesidades de las sedes y garantizar la prestación de los servicios conforme a los objetivos.	4	3	5	60	2011/03/17		8			1	0	LEONARDO GARZON
Garantizar que las muestras para TSH sean tomadas de acuerdo a los requisitos, asegurando la viabilidad de la misma y posterior analisis	4	5	2	40	2011/04/04		20			0	0	CAROLINA RODRIGUEZ
	4	5	3	60	2011/04/04		21			0	0	CAROLINA RODRIGUEZ
Aumentar la oprotunidad en la entrega de resultados a los pacientes una vez sean entregados por el laboratorio de referencia, con el fin de contribuir al diagnostico medico	4	5	3	60	2011/04/04		22			0	0	CAROLINA RODRIGUEZ
Asegurar la identificacion, registro y tratamiento al PNC a los productos que se generen	2	3	1	6	2011/04/10		1 DE PARQUE CHAQUEN			1	0	ANDREA MOYA
Contribuir a mejorar la cobertura y seguimiento de los procedimientos existentes en el hospital y así asegurar su mejoramiento continuo	3	3	2	18	2011/04/02		15			1	0	LEONARDO GARZON

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Incrementar los ingresos por medio de nuevas fuentes, asegurando la operatividad y mejora en la prestación del servicio	2	3	5	30						1	0	ANDREA MOYA
Asegurar la subsanacion de los hallazgos registrados en el informe por medio del lavamiento de acciones de mejora, teneindo en cuenta los siguientes aspectos: 1. Informacion especifica del paciente 2. Selección y adquisicion 3. Almacenamiento 4. Prescripcion y transcripcion 5. Elaboracion y dispensacion 6. Administracion 7. Seguimiento 8. Medicamentos de alto riesgo 9. Evaluacion	5	3	5	75	2011/04/05		1			1	0	MARIA VICTORIA MORA
	4	5	2	40						1		YENNY RIOS
	4	3	2	24						1		ANGELICA SANCHEZ
	4	3	2	24						1		

INSTITUCIONAL

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Asegurar la asistencia de los miembros de los diferentes comites que hacen parte de la institucion.	5	3	4	60						1		
Garantizar la mejora continua a traves del cierre de acciones de mejora.	4	5	4	80						1		
Actualizar la base de datos e implementar un mecanismo para su actualizacion permanente	5	5	3	75						1		
Asegurar que los resultados de los coves se registren y sean comunicados a los participantes	5	5	4	100						1		
Optimizar los recursos para la prestacion del servicio por medio de una planificacion con base en p y p	4	3	4	48						1	0	ELIANA HURTADO
Garantizar la facturacion de todos los servicios que se prestan en el hospital y asi contribuir a la consecucion de recursos	2	3	3	18	2011/06/15	2011/06/30		RELACION DE PACIENTES CON OXIGENO AL AREA DE FACTURACION		0	1	JAIME CHARARY
Evitar que se presente un icidente o un evento adversos	2	3	3	18	2011/08/01					1	0	JAIME CHARARY
Contribuir al mantenimiento del medio ambiente de nuestro paramo	5	5	3	75	2011/05/11					1		JAIME CHARARY
Contribuir al la eficiencia de los recursos del hospital	5	5	5	125	2011/07/17	2011/08/11		ACTA DE CAPACITACION PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE, CONTROLES DE COMBUSTIBLE POR CENTRO DE ATENCION COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS		0	1	JAIME CHARARY
Asegurar el trnsporte de los colaboradores a los centros de atencion, con el fin de cumplir las actividades diarias	3	5	3	45	2011/07/15	2011/08/10		ACTA DE CAPACITACION PROCEDIMIENTO TRANSPORTE		0	1	JAIME CHARARY
Garantizar las condiciones sanitarias para el almacenamiento del agua a traves del cumplimiento del protocolo de mantenimieto	4	3	4	48	2011/07/15					1	0	JAIME CHARARY

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
Dgarantizar que los mantenimientos realizados sean actualizados y archivados oportunamente	3	3	2	18	2011/08/05					1	0	JAIME CHARARY
Garantizar la disposicion de procedimientos actualizados en el area y asi amtener los controles activos	4	3	4	48	2011/07/15					1	0	JAIME CHARARY
Aegurar la disponibilidad de equipos para la prestacion de l servicio oportunamente	4	3	4	48	2011/05/11	2011/08/01		comunicación al gerente de biomeh		0	1	JAIME CHARARY
Garantizar el seguimiento para la actualizacion de las necesidades de cada uno de los programas	3	3	2	18	2011/05/17		1			1	0	JAIME FORERO
Brindar de manera oportuna por parte de la ESE los insumos necesarios para la movil 5033 y cumplir con le programa de APH	5	5	5	125	2011/08/10		2			1	0	JAIME FORERO
Asegurar que la Isita de chequeo cumpla los requisitos para evidenciar la mejora continua y disminuir la duplicidad de actividades	3	3	4	36	2011/06/21		1			1	0	FRANK VANEGAS
Garantizar la identificacion de OM por medio de diferentes medios, garantizando su registro y cierre	3	3	4	36	2011/06/01					1	0	JAIME FORERO

INSTITUCIONAL

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No		SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION						
Asegurar que los equipos y elementos utilizados para la producción se encuentren en condiciones de operación	3	3	3	27						1		ANDREA MOYA	
Garantizar la adecuada identificación de las parcelas de producción	3	3	3	27						1		ANDREA MOYA	
Contribuir al mejoramiento de la competencia y formación del personal que labora en el parque a través de la inculción en el plan de capacitación temas específicos del parque	3	2	3	18						1		ANDREA MOYA	
	4	1	5	20	2001/08/01	2011/08/04	3 DOCS	DESCRIPCION Y REVISION POR CIRCULO DE CALIDAD DIARIO		0	1	YADDY TORRES	
	3	2	4	24	2011/08/25	2011/08/29	69 docs agosto	DESCRIPCION Y REVISION POR CIRCULO DE CALIDAD DIARIO		0	1	JAIME CHARARY	
	5	2	3	30	2011/08/31	2011/09/01	83 DOCS agostos	DESCRIPCION Y REVISION POR CIRCULO DE CALIDAD DIARIO		0	1	YADDY TORRES	
				0	2011/09/01	2011/09/05	4 docs sep			1	0	ELIANA HURTADO Y LEONARDO GARZON	
				0	2011/09/01	2011/09/05	6 DOCS SEP			1	0		
				0	2011/09/01	2011/09/05	7 DOCS SEP			1	0	BLANCA RODRIGUEZ	

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
	2	2	3	12	2011/09/05	2011/09/06	14 DOCS SEP			0	1	ANGELICA SANCHEZ Y JENY RIOS
	3	3	3	27	2011/09/05	2011/09/06	15 DOCS SEP			0	1	ANGELICA SANCHEZ
	2	1	3	6	2011/09/05	2011/09/06	16 DOCS SEP			0	1	ANGELICA SANCHEZ
	5	4	2	40	06/9/2011	2011/09/07	23 DOCS SEP			0	1	YADDY TORRES
	2	1	3	6	06/9/2011	2011/09/07	24 DOCS SEP			0	1	ELIANA HURTADO
	3	5	5	75	06/9/2011	2011/09/07	26 DOCS SEP			0	1	ELIANA HURTADO
				0	2011/09/07	2011/09/12	29 DOCS SEP			1	0	MARISOL CASALLAS Y MALLERLY SOLER
				0	2011/09/07	2011/09/12	30 DOCS SEP			0	1	MARISOL CASALLAS Y MALLERLY SOLER
	2	1	3	6	2011/09/08	2011/09/12	34 DOCS SEP			0	1	Marisol Casallas, Diana Montenegro, Mallery Soler y Eliana Hurtado
				0	2011/09/08	2011/09/12	35 DOCS SEP			0	1	YENNY RIOS
	4	3	4	48	2011/09/08	2011/09/12	36 DOCS SEP			1	0	JOHANA ARANGO
	4	3	4	48	2011/09/12	2011/09/20	40 DOCS SEP			0	1	MARIANA LUENGAS Y CAMILO AVILA
				0	2011/09/12	2011/09/20	41 DOCS SEP			1	0	MARISOL CASALLAS
	5	3	3	45	2011/09/12	2011/09/20	42 DOCS SEP			0	1	YENNY RIOS

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					
	1	2	3	6	2011/09/12	2011/09/20	44 DOCS SEP			1	0	ELIANA BHURTADO
				0	2011/09/12	2011/09/13	47 DOCS SEP			1	0	YENNY RIOS
				0	2011/09/15	2011/09/23	57 DOCS SEP			0	1	ELIANA HURTADO Y CAMILO AVILA
	5	5	4	100	2011/09/15	2011/09/19	59 DOCS SEP			1	0	Talento Humano, Subgerencia Administrativa y Financiera, calidad, subgerencia servicios de salud y coordinadores de centro
				0	2011/09/15	2011/09/19	62 DOCS SEP			1	0	Talento Humano y Subgerencia servicios de salud
	3	4	3	36	2011/09/19	2011/09/22	66 DOCS SEP			1	0	Eliana Hurtado, Marcela Martínez y Subgerencia Salud
					2011/09/20	2011/09/21	68 DOCS SEP			1	0	ELIANA HURTADO
					2011/09/21	2011/09/22	74 DOCS SEP			1	0	Yamile Villota y Marisol Casallas
					2011/09/29	2011/09/30	88 DOCS SEP			1	0	Juan Camilo Martínez, Camilo Avila, Yenni Rios
				0								
				0								
				0								

ABIERTA	1
CERRADA	0

INSTITUCIONAL	Vigente Desde : <u>12-02-09</u> Versión : <u>01</u> Pag. <u>1</u> de <u> </u>
----------------------	--

OBJETIVO	CALIFICACIÓN				FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	No	SOPORTES DE CIERRE	RESULTADO INDICADOR	ESTADO	SOPORTES Y RUTAS DE ARCHIVO	RESPONSABLE
	RIESGO	COSTO	VOLÚMEN	RESULTADO			ACCION					