

	PROCESO	AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS	CÓDIGO	AIFT01
	FORMATO	FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN	1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO ANTIOQUIA

NIT:

890907254-7

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

12/09/2018

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	Hallazgo 2 De acuerdo con la información aportada por la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, no se logró evidenciar que frente a los representantes del sector salud, el origen de la designación de cada uno, por lo que se predica un presunto incumplimiento de lo señalado en el Numeral 2 del Artículo 7 del Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994. Hallazgo 4 De los documentos aportados por la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, en el desarrollo de la visita no fue posible evidenciar que los representantes de la comunidad que hacen parte de la Junta Directiva, acrediten el cumplimiento de los requisitos señalados en la Ley frente a la vinculación y cumplimiento de las funciones específicas de Salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud, y la acreditación de su experiencia de trabajo no inferior a un año en un comité de usuarios, así como tampoco de no hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley, con lo que se incumple presuntamente lo exigido en el Numeral 1 “Los representantes de la comunidad”, del Artículo 8 del Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994.	Solicitar y revisar documentación	Cada que se lleve a cabo le elección de alguno de los representantes de la Junta Directiva del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, se solicita a la Secretaria de Salud, enviar junto con el acta de posesión, copia del respectivo proceso de elección , verificando el cumplimiento del Numeral 1 ""Los representantes de la comunidad", Artículo 8 del Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994.	Proporción de Representantes a la Junta Directiva con el debido proceso según el Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994	100%	Dr Luis María Otalvaro Sánchez Secretario de la Junta Directiva	Septiembre 15 de 2018	Continuo
	Hallazgo 5 Se evidencia que el Acta de posesión de la Señora Adriana Margarita Riaño del 17 de diciembre del 2014 aportada por la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro no se encuentra numerada con lo que se puede presumir que no existe un correcto proceso de gestión documental, conforme a los estándares generales preestablecidos, incumpliendo presuntamente lo dispuesto en los Artículos 1,46,47 y 48 de la Ley 954 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos”, reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4124 de 2004 y 1100 de 2014 y demás concordantes.	Verificar acta de posesión enviada por la Secretaria de Salud	El acta de posesión que envía la Secretaría de Salud se debe revisar y verificar que esté debidamente numerada.	Proporción de actas enviadas de la Secretaría de Salud debidamente numeradas	100%	Maria Elena Franco Centro Administrativo de Documentos	Septiembre 15 2018	Continuo

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
ADMINISTRATIVO	Hallazgo 6 Se evidencia que la Junta Directiva no hace seguimiento a la organización documental de las actas, puesto que en las actas revisadas no se incluyen los documentos que dicen hacer parte integral de las mismas, por ejemplo, no se anexan los soportes y/o documentos que hacen parte de la reunión, no existe seguimiento a los planes, programas y tareas asignadas en las reuniones.	Verificar soportes y/o documentos	Al terminar cada reunión de Junta Directiva se realizará revisión minuciosa del acta con el fin de identificar y anexar los documentos y soportes que la sustentan para ser incorporados, En cada reunion de junta directiva según el orden del día se revisan las tareas, con su responsable y cumplimiento a la fecha, dejarlo todo consignado en el acta.	Proporción de actas revisadas y foliadas correctamente	100%	Dr Luis María Otalvaro Sánchez Secretario de la Junta Directiva	Septiembre 15 2018	Continuo
	Hallazgo 7 Se evidencia que la entidad no cumple con la obligación de inscribir el libro de actas de la junta directiva y que las actas no se llevan en el libro registrado	Revisión de tareas	Elaborar el acta de registro, adjuntar las hojas a foliar a registrar, llevar a la Secretaría de Salud del Municipio para la respectiva firma y sello. Con el documento ya firmado dar inicio al libro de actas de Junta Directiva para la vigencia de enero a diciembre del respectivo año, teniendo en cuenta que el archivo de las hojas correspondientes al acta deben ir organizadas en forma cronológica. .					
	Hallazgo 10 Dentro de los documentos aportados por la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, no se logra evidenciar la ejecución de las cinco fases del MECI en los tiempos señalados por el decreto 943 de 2014, toda vez que para el 31 de diciembre de 2014 no se habían ejecutado las mismas dentro de la entidad, con lo que se incumple presuntamente lo reglamentado por el Artículo 4 del Decreto 943 de 2014.	Dar inicio a la Implementacion del MIPG	Revisar el modelo para la implementacion del MIPG y capacitar a los lideres. Aplicación de las herramientas de diagnostico Estructurar los planes de accion acorde a la calificación de las autoevaluaciones.	Proporción de actividades cumplidas	80%	Comité Institucional de gestión y desempeño	26/01/2018	31/12/2018
	Hallazgo 11 Dentro de los documentos aportados por la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, no se evidencia la realización de la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno de los componentes de: (I) Componente de administración del riesgo, (II) Componente de autoevaluación institucional y (III) Componentes de planes de mejoramiento de la ESE, para la vigencia 2015, con lo que presuntamente incumple lo dispuesto en el Artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y el Artículo 3 del Decreto 1537 del 26 de julio de 2001.		Resalizar programación para las reuniones de capacitacion a los líderes de los procesos en el tema de implementación del MIPG. Elaborar actos administrativos de las políticas desarrolladas Realizar caracterizacion de procesos					

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	Hallazgo 14 La ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, para las tres vigencias objeto de la auditoria, no presentó evidencia de la realización de los acuerdos de gestión con el personal de libre nombramiento y remoción, incumpliendo presuntamente el Artículo y 50 de la Ley 909 de 2004 y Artículo 78 del decreto 1227 de 2005.	Realizar acuerdos de gestión para 2018	Capacitar al personal en la realización de las evaluaciones del desempeño Concertar objetivos con los funcionarios de libre nombramiento Formalizar el acuerdo Hacer seguimiento semestral Incluir obligación dentro de la matriz de obligaciones legales de la institución y en las alertas del calendario definidas para la matriz	Acuerdos de gestión realizadas y evaluados	2	Frank Gomez / Jefe de talento humano	26/01/2018	31/12/2018
	Hallazgo 30 De acuerdo a la informacion suministrada por el Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, se observa la deficiencia en la radicación de la facturación en los tiempos establecidos por la ley lo que dificulta el flujo de recursos, el flujo de caja, como tambien el recaudo en la ejecucion presupuestal de ingresos, incumpliendo en la ley 1438 de 2011, la cicrular conjunta 030 de 2013, resolucion 006066 y la ley 1797 d 2016.	* Incremento del talento humano * Renovacion tecnologica * Plan de contingencia para depuracion de facturacion en proceso de envio y radicacion.	Se incremento el personal del area de facturacion y se realizaron jornadas para llevar a cabo el proceso de depuracion de la facturacion acumulada y pendiente de envio y radicacion.	Facturacion radicada total / Facturacion generada	90%	Katherine Garcia Echeverri Coodinadora de Facturacion	Septiembre 1 de 2017	Diciembre 31 de 2018
	Hallazgo 40 La Empresa Social del Estado Hospital san Juan de Dios, Antioquia, no realiza reporte de novedades en el REPS, respecto a cierre o apertura de servicios y capacidad instalada de las salas de procedimientos, sala de yesos, consultorio de Triage, la Oficina de CRUE y 44 camillas de urgencias, por lo cual presume de incumplimiento con el numeral 12.3 y 12.4 del Artículo 12 de la Resolución 2003 de 2014 y Artículo 16 con su Parágrafo del Decreto 1011 de 2006, hoy Artículo 2.5.1.3.2.10 “Reporte de Novedades” del Decreto 780 de 2016.	Revisar novedades con los servicios y capacidad instalada. Realizar reporte en el REPS	Incluir en la agenda del comité directivo la revisión de cambios en los servicios y capacidad instalada de los mismos para aprobación y reporte de la novedad en el REPS.	Proporción de novedades revisadas en el comité directivo	100%	Cyntia Mogollón Asesora de calidad	Septiembre 18 de 2018	Septiembre 18 de 2018
	Hallazgo 41 La Empresa Social del Estado Hospital san Juan de Dios, Antioquia, tiene atenciones por urgencias que registran tiempos mayores a seis horas en atención de Triage II, III. Lo anterior presuntamente incumple los requerimientos definidos en la Resolución 5596, Artículo 6, punto 6.4.	Implementar estrategias que permitan disminuir el tiempo de espera para la atención posterior al triage	Adquirir 5 sillas reclinomatic para adecuar la sala de atención rápida Adecuar 2 cubículos para la evaluación de pacientes y apoyo al proceso de Triage Implementar la asignación de un medico para apoyo a urgencias y remisiones Generación de un proyecto de unas nuevas urgencias ampliando sustancialmente la capacidad instalada y la infraestructura que nos permita reestructurar el modelo de atención.	Promedio de tiempo de espera en la atención de triage II	30 min	Dra Patricia Quintero Subdirectora Cientifica	Enero de 2018	Marzo de 2018

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	Hallazgo 42 La Empresa Social del Estado Hospital san Juan de Dios, Antioquia, tiene habilitada en el REPS, cirugía de mediana complejidad para la cual la sala de recuperación tiene que contar con una dotación especial con la cual no cuenta (Estimulador de nervio periférico, Presión Arterial Invasiva, equipo de gases arteriales, sistema de infusión rápida de líquidos y sistema de calentamiento de líquidos y sangre, Cardiovisoscopio, equipo de cricotiroidectomia percutánea, ni equipo de intubación retrograda). Lo anterior presuntamente incumple los requerimientos definidos en el estándar de dotación para sala de recuperación en la Resolución 2003 de 2014.	Ubicación de equipos Reinducción a personal del servicio de cirugía	Ubicar los equipos relacionados en la sala de recuperación. En el proceso de reinducción del personal del servicio de cirugía, tener en cuenta el inventario de los equipos biomedicos, su uso y manejo adecuado.	Proporción de personal del servicio de cirugía con conocimiento de los equipos biomedicos disponibles en el servicio	90%	Dra Patricia Quintero Subdirectora Científica	Septiembre 15 de 2018	Octubre 31 de 2018
	Hallazgo 44 En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro Antioquia, no se cuenta con la cultura de identificación de riesgos previo a su ocurrencia, lo cual potencializa los riesgos para la seguridad de los pacientes y de	-Jornada de reinducción en el programa de seguridad del paciente. -Inducción en seguridad del paciente para el personal nuevo que ingresa a la institución. -Rondas de seguridad con la participación de las agremiaciones y la alta gerencia.	-El equipo de seguridad del paciente para la jornada de reinducción, contará con un stand en el que se socializará nuevamente con el personal tanto administrativo como asistencial los paquetes instruccionales implementados en la institución. -Durante el proceso de inducción del personal nuevo se cuenta con un espacio para el tema de seguridad del paciente, donde al nuevo funcionario se le capacita en temas como: cultura de seguridad del paciente, reporte y gestión de incidentes y eventos adversos y paquetes instruccionales, haciendo énfasis en el de prevención de Infecciones asociadas a la Atención en salud con estrategias como lavado e higiene de manos y aislamiento hospitalario. Los temas socializados son evaluados a través del aula virtual con un pretest y un postest. -Para fortalecer la aplicación del Manual de Seguridad del paciente se incluyó en las rondas de seguridad representantes de las agremiaciones que cuentan con mayor	Porcentaje de adherencia higiene de manos Porcentaje de	80%	-Equipo de seguridad del paciente. -Equipo de seguridad del paciente y talento humano. -Equipo de seguridad del	-Septiembre 18 de 2018. -Mayo de 2018.	-Septiembre 19 de 2018. -Continuo. -Continuo.

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
ASISTENCIAL	los funcionarios. Por lo anterior, presuntamente incumple la Política de Seguridad del paciente y Estándar de Procesos prioritarios de la Resolución 2003 de 2014 y Numeral 3 del Artículo 3° y 6° del Decreto 1011 de 2006 hoy Artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.	-Aplicar la encuesta de percepción de la cultura de seguridad del paciente. -Sensibilización y auditoria a higiene de manos.	agregaciones que cuenten con mayor número de agremiados en la institución y se espera a partir del mes de octubre de 2018 dar inicio a las rondas de seguridad semanales con representantes del área administrativa, con el fin de fortalecer la comunicación y el trabajo en equipo entre la alta dirección y el personal asistencial. -La encuesta de percepción de la cultura de seguridad del paciente se implementará en la ESE a partir del mes de octubre de 2018 y a partir de esa fecha se continuará realizando una vez al año. -Durante el mes de mayo se realizó campaña de sensibilización en los 5 momentos, técnicas adecuadas y duración del procedimiento de higiene de manos a través de mensajes a los correos de cada funcionario, uso de caja reveladora e inspección oculta durante la jornada laboral, así como la implementación de auditoría trimestral de adherencia con el fin de disminuir el porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud.	adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario	80%	paciente y personal administrativo. -Equipo de seguridad del paciente. -Equipo de seguridad del paciente.	-Octubre de 2018. -Octubre de 2018. -Mayo de 2018.	-Continuo 1 vez por año. -Continua trimestral
	Hallazgo 45 La ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, al 30 de noviembre de 2017, no tiene agenda para el mes de diciembre de 2017 en las especialidades de anestesia, cardiología ni cirugía maxilofacial. Tampoco tiene agenda para nutrición y dietética para diciembre. Tiene agenda llena para terapia respiratoria, cirugía pediátrica y cardiología pediátrica. Por lo anterior está presuntamente incumpliendo los atributos de calidad: OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD, según el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006, hoy Artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 y el Artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013.	Implementar estrategias que permitan disminuyan las barreras de accesibilidad a consulta externa	Ajustar oferta de servicios a Savia Salud para garantizar la accesibilidad al según la demanda dirigida Realizar gestión interna de autorizaciones y asignación de citas entre Savia y el Hospital	Proporción de usuarios en lista de espera de asignación de citas	30%	Patricia Quintero / Subdirectora Científica	Junio de 2018	Diciembre de 2018
	Hallazgo 46 La ESE San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, no garantiza la prestación de servicios de salud de manera segura centrados en el usuario., toda vez que:	Socializar el protocolo de limpieza y desinfección hopitalaria a todo el personal de la institución Registro de limpieza y desinfección	Capacitar el personal en limpieza y desinfección hospitalaria. Llevar registro de limpieza del área de de preparación de medicamentos	Proporción de personal con adherencia al protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria	90%	Grupo de seguridad del paciente y Calidad	Mayo de 2018	Continuo
	I) No cuenta en el servicio de urgencias con las condiciones de aseo, orden, limpieza y desinfección en área de preparación de medicamentos, carros de paro, unidades de pacientes y no responden							

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por esta área; II) No se cuenta con registros de limpieza y desinfección de las áreas ni de aplicación de protocolo de limpieza y desinfección de carros de paro; III) No se soporta un protocolo estandarizado de revisión de carros de paro por parte del servicio farmacéutico en conjunto con enfermera o enfermero del área asistencial, IV) No se encontró ni un lugar, incluido servicio farmacéutico donde se ejecute esta rotulación de medicamentos LASA; V) en el área de consulta externa se encuentra área con polvo y sin registro de fechas de limpieza y desinfección, en el fondo de la caja de almacenamiento de boquillas para espirometría, se encuentra residuos de cemento de construcción;	Socializar los paquetes instruccionales y practicas seguras en seguridad del paciente Socializar el manual de bioseguridad	Capacitar el personal de la institución en practicas seguras de seguridad del paciente. Capacitar el personal en normas de bioseguridad. Desde SST realizar campaña de uso de EPP	Proporción de personal capacitado en seguridad del paciente Proporción de peronal capacitado en normas de bioseguridad Proporción de personal con uso adecuado de los EPP	90%	Grupo de seguridad del paciente y Calidad	Enero de 2018	Continuo
	Hallazgo 47 La ESE San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, en lo que respecta a medicamento e insumos: I) realiza reenvase de jabones antibacteriales para lavado y desinfección de manos y de amonio cuaternario para desinfección de alto nivel y en servicio farmacéutico se adquieren blíster de medicamentos , en el servicio farmacéutico ambulatorio para ajuste de dosis de medicamentos de pacientes hospitalizados pero no cuenta con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA. II) no se tiene un protocolo estandarizado de revisión de carros de paro en conjunto con el servicio farmacéutico y enfermero o enfermera del área asistencial; III) no se cuenta con rotulación de medicamentos LASA aunque en todas las áreas de manejo de medicamentos se está invitando a hacerlo, IV) en urgencias ante los faltantes y los vencimientos encontrados, el químico farmacéutico culpaba a los enfermeros y los enfermeros al químico. Los insumos faltantes por su costo, representan un deterioro de los bienes públicos con fuerte daño económico a una entidad del Estado; V) se reenvasa soluciones, jabones, amonio cuaternario (que lo reenvasan las funcionarias de servicios generales y las entregan al personal de enfermería para su uso y se re usa pero no se soporta ningún documento que soporte esta actividad, así como tampoco se cuenta con fichas o formatos técnicos de guía del fabricante para poder hacer seguimiento y control, tampoco se cuenta con certificación en Buenas Prácticas de Manufactura; VI) presenta reúso de dispositivos y no cuenta con un manual socializado de uso y reúso de dispositivos médicos. Lo anterior presuntamente incumple con los requerimientos definidos en el estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos y en el estándar de procesos prioritarios de la Resolución 2003	Elaborar, socializar e implementar el Instructivo para el manejo de carros de paro. Socializar el Manual de Seguridad de Medicamentos Alto Riesgo y LASA	Revisión de bibliografía dsponible sobre manejo correcto del carro de paro y sus responsables. Capacitar a los enfermeros y/o enfermeras jefes en el manejo correcto d elos carros de paro Elaborar cronograma de revisión de carros de paro. Capacitar al personal en Medicamentos Alto Riesgo y LASA Realizar la Marcación de medicamentos LASA Solicitar reunion con CORPAUL , para mejorar los tiempos de espera de los medicamentos a fraccionar.	Proporción de carros de paro con cumplimiento de las normas contempladas en el Instructivo	90%	Siria Valencia Natalia Zuluaga Quimico farmaceutico	Septiembre 1 de 2018 Noviembre1 de 2018	Octubre 31 de 2018 Continuo
		Revisión y/o actualización documental	Revisión y/o actualización de los instructivos, manuales y protocolos del área de gestión ambiental	Proporción de documentos revisados y actualizados	90%			

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	Hallazgo 48 La ESE San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia no garantiza el adecuado manejo y recolección de los residuos generados, lo cual representa un riesgo de contaminación cruzada e infecciones asociadas a la atención en salud y ambientales. Lo anterior presuntamente incumple lo establecido en el Numeral 8.1.3 RECOLECCIÓN del Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares en Colombia MPGIRH, de la Resolución 1164 de 2002, y los Numerales 1.1.1, 1.1.3, 1.1.4 del Manual de Conductas Básicas en Bioseguridad del Ministerio de Salud y Protección Social y Artículo 23 de Decreto 1543 de 1997 hoy Artículo 2.8.1.3.12 Bioseguridad del Decreto 780 de 2016.	Socializar la documentación actualizada según normatividad vigente	Realizar sensibilización con el personal asistencial de las modificaciones realizadas al instructivo para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares	Proporción de personal capacitado en manejoye residuos hospitalarios	95%	Dismary Florez Ingeniera Ambiental	Octubre 1 de 2018	Continuo
		Revisar el instructivo para la recolección, transporte y disposición final de residuos hospitalarios	Retro alimentar al personal encargado del almacenamiento central de residuos los cambios a realizar y el instructivo con la finalidad de corregir el proceso y que se realice el uso adecuado de los tres carros existentes	Cumplimiento de las actividades ejecutadas / cumplimiento actividades planteadas	95%			
		Retroalimentar protocolo de limpieza y desinfección	Capacitar al personal encargado del almacenamiento central de residuos las normas de limpieza y desinfección según el protocolo institucional.		95%			
	Hallazgo 49 La ESE San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, no realiza custodia de la información clínica de los pacientes, ni gestión completa de los datos clínicos, toda vez que I) en el área de consulta externa se encuentran CDs de apoyo diagnóstico, no saben de donde son, II) se encuentra un Récord Anestésico de un usuario de cirugía FACO y cajas con CDs con apoyos diagnósticos con nombres de pacientes en urgencias y consulta externa; III) en la historia clínica con identificador único 162216-3 no se diligenciaron datos como: ocupación de la paciente, parentesco de la persona responsable del usuario, ni el número telefónico, generando un presunto incumplimiento en el estándar de procesos prioritarios de la Resolución 2003 de 2014, y los Artículos 9 y 13 de la Resolución 1995 de 1999.	Establecer estrategias que promuevan el cumplimiento de los requisitos de custodia y diligenciamiento completo planteados en al resolucion 1995 de 1995	Capacitar 8 a todo el personal administrativo que esté relacionado con la admisión del usuario, en el diligenciamiento completo de los datos de identificación del usuario en el software SERVINTE según cumplimiento de la norma	Proporción de personal capacitado	70%	Katherine Garcia / Coord. Facturación Nohemy Giraldo / Tecnica Estadística	Octubre de 2018	Diciembre de 2018
			Disponer de un espacio físico adecuado (mueble) para ubicar los registros y/o CDS en cada uno de los servicios en caso de ser necesario mantener temporalmente estos para su revisión, en su defecto serán entregados a cada usuario para su custodia o al archivo clínico en caso de historia clínica física. Capacitar en forma virtual al personal asistencial en el cumplimiento de la resolución 1995, en cuanto a que la historia clínica debe ser diligenciada en el momento de la atención y con datos reales, además de las implicaciones que se tienen en el no cumplimiento de esta.				Enero de 2019	Marzo de 2019
							Enero de 2019	Marzo de 2019
	Hallazgo 51 La ESE San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia no cuenta con soporte documental del Comité de Ética Hospitalaria en los periodos auditados, por lo cual presuntamente incumple los requerimientos definidos en la Resolución 13437 de 1991, Artículos 1° y 2°, por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes.	Garantizar la ejecución de las reuniones del comité de etica y la conservación de los registros	Realizar cronograma de actividades de la oficina de atención al usuarios, donde se incluyan los comités de etica Asignar por cuaro de turno las reuniones de los comités al perosnal asistencial	Proporción de reuniones de comités realizados	80%	Monica Arcila / Coord. Atención al usuario Patricia Quintero / Subdirectora Científica	Octubre de 2018	Diciembre de 2018

PLAN DE MEJORAMIENTO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
	Hallazgo 56 La ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, no soporta personal encargado ni estadísticas ni capacitación de personal para el manejo del Protocolo de Interrupción voluntaria del embarazo en la institución. Lo anterior presuntamente incumple los requerimientos definidos en la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 DE 2006.	Estructurar un grupo y plan de implementación del Protocolo de Interrupción voluntaria del embarazo	Conformar un grupo de apoyo asistencial que lidere la capacitación del personal en el protocolo de IVE Actualizar el protocolo de IVE Capacitar al personal asistencial en el protocolo de IVE	Proporción de personal capacitado	80%	Patricia Quintero / Subdirectora Científica	Enero de 2019	Junio de 2019

Firma del Representante Legal

Nombre: