



ENTIDAD  
REPRESENTANTE LEGAL  
PERIODO

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
ORIANA CARVAJAL QUITIAN  
2016

FECHA DE SEGUIMIENTO:

N°	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	4
				TIEMPO PROGRAMADO		
2	No se cuenta con un procedimiento institucional de uso y reuso de dispositivos medicos, que garantice buenas practicas en seguridad del paciente.	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de reuso de dispositivos médicos cuando aplique y a los definidos dentro de la política institucional	SUBGERENCIA CIENTIFICA Y SUBGERENCIA DE CALIDAD	11 MESES	1. Elaborar el documento 30% 2. Socializar e Implementar el procedimiento con el personal asistencial 50% 3. evaluar la adherencia al procedimiento a diciembre (02) evaluaciones. 20%	
3	No se evidencia la existencia documental de planes de contingencia frente a la realización de modificaciones, adecuaciones y otros cambios estructurales en la institucion	Documentar los planes de contingencia planificados cada vez que se requiera la realización de modificaciones, adecuaciones y otros cambios estructurales en la institucion	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y MANTENIMIENTO	11 MESES	1. Establecer un procedimiento y formatos para planes de contingencia.	
4	No se evidencia despliegue del plan de emergencias a la totalidad de los colaboradores, incluido el personal de puestos de salud, el cual debe ser ajustado a los nuevos cambios estructurales de la orgacizacion	Realizar el despliegue institucional del nuevo plan de emergencias con la actualización de los aspectos relacionados en este criterio	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SALUD OCUPACIONAL	11 MESES	1. Documentar el plan de emergencias institucional. 30% 2)Asegurar el despliegue del plan de emergencias a todos los colaboradores. 40% 3) implementar el plan de emergencias 30%.	
5	No se evidencia un plan de contingencia para garantizar el buen funcionamieinto de los sistemas de informacion de la institucion.	Diseñar, implementar y evaluar un plan de contingencia para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de información de la institución	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SISTEMAS	11 MESES	1. Diseñar un plan de contingencia para garantizar la seguridad y funcionamiento de la informacion.	

6	No se cuenta con un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología	Documentar, implementar y diseñar un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología que incluya los criterios mencionados en el estándar	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SISTEMAS	11 MESES	1. Diseñar 30% un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología que incluya los criterios mencionados en el estándar. 2. Documentar el programa 30%. 3. Implementar 40%
7	No se evidencia la implementación de los controles en el transporte de muestras a laboratorios de referencia.	Se debe implementar controles en el transporte de muestras a laboratorios de referencia según los criterios especificados en el estándar: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros	SUBGERENCIA CIENTIFICA Y LABORATORIO	11 MESES	1. Elaborar el procedimiento de transporte de muestras a laboratorios de referencia 2) establecer los controles en el transporte de muestras.
8	Se evidencia falta de despliegue del programa de seguridad del paciente para el personal de puestos de salud	Asegurar el despliegue del programa de seguridad del paciente a los diferentes puestos de salud y sus colaboradores, búsqueda activa de eventos adversos e incidentes	SUBGERENCIA DE GESTION DE CALIDAD Y LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Realizar el seguimiento a la implementación del programa de seguridad del paciente en 5 puestos de salud. 30% 2. Presentar informe con evidencias de la aplicación de la estrategia en cada sede. 70%
5	No se evidencia una adecuada identificación de los riesgos por servicio e intervención de los mismos, poca cultura de autoreporte.	Fortalecer el programa de seguridad del paciente en cuanto a estrategias de auto reporte, identificación del riesgo e implementación de barreras de seguridad	SUBGERENCIA DE GESTION DE CALIDAD Y LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Socializar y resocializar los mecanismos de reporte, ampliar o facilitar el autoreporte 30% 2. Aumentar en un 25% el número de los reportes de acuerdo con la línea de base del año 2015. 70%.
6	No se cuenta con la implementación de una metodología a nivel institucional para la identificación de los riesgos, fallas y eventos adversos.	Estandarización de una metodología para la búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	SUBGERENCIA DE GESTION DE CALIDAD Y LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Elaborar un matriz de riesgos de eventos de adversos o de incidentes por servicio, donde se identifique, analice e intervengan los factores de riesgos o incidente detectados
10	No se evidencia un procedimiento de técnicas de aislamiento, además de la socialización y evaluación al personal asistencial.	Documentar, difundir y evaluar el procedimiento de técnicas de aislamiento para personal asistencial, familiares y/o visitantes, y hacer la medición de la adherencia al mismo	SUBGERENCIA CIENTIFICA Y LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Definir y documentar el tipo de aislamiento documentarlo 30%. 2. socializarlo 30% con el personal involucrado. 3. e implementarlo, evaluarlo y controlarlo 40%



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003

Versión: 000

PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

ENTIDAD: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 REPRESENTANTE LEGAL: WALTER ÁNGEL TORRES  
 PERÍODO: 2016  
 FECHA DE SEGUIMIENTO:

Nº	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
				TIEMPO PROGRAMADO			
1	No se cuenta con un procedimiento institucional de uso y reuso de dispositivos médicos, que garantice buenas prácticas en seguridad del paciente.	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de reuso de dispositivos médicos cuando aplique y a los definidos dentro de la política institucional	SUBGERENCIA CIENTÍFICA Y SUBGERENCIA DE CALIDAD	11 MESES	1. Elaborar el documento. 30% 2. Socializar e Implementar el procedimiento con el personal asistencial. 50% 3. Evaluar la adherencia al procedimiento a diciembre (02) evaluaciones. 20%		100%
2	No se evidencia la existencia documental de planes de contingencia frente a la realización de modificaciones, adecuaciones y otros cambios estructurales en la institución.	Documentar los planes de contingencia planificados cada vez que se requiera la realización de modificaciones, adecuaciones y otros cambios estructurales en la institución.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y MANTENIMIENTO	11 MESES	1. Establecer un procedimiento y formatos para planes de contingencia. 100%		100%
3	No se evidencia despliegue del plan de emergencias a la totalidad de los colaboradores, incluido el personal de puestos de salud, el cual debe ser ajustado a los nuevos cambios estructurales de la organización.	Realizar el despliegue institucional del nuevo plan de emergencias con la actualización de los aspectos relacionados en este criterio.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SALUD OCUPACIONAL	11 MESES	1. Documentar el plan de emergencias institucional. 30% 2. Asegurar el despliegue del plan de emergencias a todos los colaboradores. 40% 3. Implementar el plan de emergencias. 30%		100%
4	No se evidencia un plan de contingencia para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de información de la institución.	Diseñar, implementar y evaluar un plan de contingencia para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de información de la institución.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SISTEMAS	11 MESES	1. Diseñar un plan de contingencia para garantizar la seguridad y funcionamiento de la información. 100%		100%
5	No se evidencia una adecuada identificación de los riesgos por servicio e intervención de los mismos, poca cultura de autorreporte.	Fortalecer el programa de seguridad del paciente en cuanto a estrategias de auto reporte, identificación del riesgo e implementación de barreras de seguridad.	SUBGERENCIA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Socializar y resocializar los mecanismos de reporte, ampliar o facilitar el autoreporte. 30% 2. Aumentar en un 25% el número de los reportes de acuerdo con la línea de base del año 2015. 70%		100%
6	No se cuenta con un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología.	Documentar, implementar y diseñar un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología que incluya los criterios mencionados en el estándar.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SISTEMAS	11 MESES	1. Diseñar un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología que incluya los criterios mencionados en el estándar. 30% 2. Documentar el programa. 30% 3. Implementar. 40%		
7	No se cuenta con la implementación de una metodología a nivel institucional para la identificación de los riesgos, fallas y eventos adversos.	Estandarización de una metodología para la búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	SUBGERENCIA DE CALIDAD Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Elaborar un matriz de riesgos de eventos de adversos o de incidentes por servicio, donde se identifique, analice e intervengan los factores de riesgos o incidente detectados. 100%		100%



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003  
Versión: 000

PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

ENTIDAD: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
REPRESENTANTE LEGAL: WALTER ÁNGEL TORRES  
PERÍODO: 2016  
FECHA DE SEGUIMIENTO:

N°	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
				TIEMPO PROGRAMADO			
8	No se evidencia la implementación de los controles en el transporte de muestras a laboratorios de referencia.	Se debe implementar controles en el transporte de muestras a laboratorios de referencia según los criterios especificados en el estándar: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros	SUBGERENCIA CIENTÍFICA Y LABORATORIO	11 MESES	1. Elaborar el procedimiento de transporte de muestras a laboratorios de referencia. 50% 2. Establecer los controles en el transporte de muestras. 50%		100%
9	Se evidencia falta de despliegue del programa de seguridad del paciente para el personal de puestos de salud.	Asegurar el despliegue del programa de seguridad del paciente a los diferentes puestos de salud y sus colaboradores, búsqueda activa de eventos adversos e incidentes.	SUBGERENCIA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Realizar el seguimiento a la implementación del programa de seguridad del paciente en 5 puestos de salud. 30% 2. Presentar informe con evidencias de la aplicación de la estrategia en cada sede. 70%		100%
10	No se evidencia un procedimiento de técnicas de aislamiento, además de la socialización y evaluación al personal asistencial.	Documentar, difundir y evaluar el procedimiento de técnicas de aislamiento para personal asistencial, familiares y/o visitantes y hacer la medición de la adherencia al mismo.	SUBGERENCIA CIENTÍFICA Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	11 MESES	1. Definir y documentar el tipo de aislamiento documental. 30% 2. Socializarla con el personal involucrado. 30% 3. Implementarla, evaluarla y controlarla. 40%		100%
11	Se evidencian falencias en el cuanto a los componentes del estándar de Medicamentos, falta despliegue de farmacovigilancia y evidencia de la estrategia de uso seguro de medicamentos.	Fortalecer dentro del programa de seguridad del paciente la estrategia de el uso seguro de medicamentos y garantizar el despliegue institucional.	GERENCIA Y LAS TRES SUBGERENCIAS	11 MESES	1. Modificar el objeto del contrato con el proveedor de medicamentos e insumos médico quirúrgicos incluyendo el cumplimiento del estándar de medicamentos. 15% 2. Controlar el cumplimiento de los criterios del estándar de habilitación. 30% 3. Evaluar la adherencia a la aplicación de la estrategia del uso seguro de medicamentos. 30% 4. Determinar un espacio físico donde se pueda conservar y controlar los insumos y medicamentos con los estándares de habilitación. 25%		100%
12	No se evidencia despliegue e implementación del programa de tecnovigilancia en la institución.	Garantizar la implementación del programa de Tecnovigilancia a nivel institucional, divulgación, aplicación y evaluación.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, LÍDER DEL PROCESO DE MANTENIMIENTO	11 MESES	1. Realizar despliegue institucional del programa de tecnovigilancia dando cumplimiento a la normatividad vigente. 70% 2. Definir e implementar la ruta de reporte de eventos adversos. 30%		100%



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003  
Versión: 000

ENTIDAD  
REPRESENTANTE LEGAL  
PERÍODO  
FECHA DE SEGUIMIENTO:

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
WALTER ÁNGEL TORRES  
I TRIMESTRE 2016  
10/04/2016

Nº	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
				TIEMPO PROGRAMADO			
13	No se cuenta con una política formal para el uso racional de antibióticos en la institución.	Implementar a nivel institucional la política formal para el uso racional de antibiótico, divulgar y evaluar su adherencia.	GERENCIA, SUBGERENCIA DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA	11 MESES	1. Establecer la política institucional al uso racional de antibióticos. (20%) 2. Elaborar el manual de uso racional de antibióticos. (40%) 3. Socializar el manual del uso racional de antibióticos. (30%) 4. Evaluar la adherencia al uso racional de antibióticos. (10%)		100%
14	Fortalecer la medición de adherencia a guías clínicas y/o protocolos de uso institucional.	Ampliar la medición a la adherencia a guías clínicas y protocolos en otras áreas de los procesos asistenciales, y evidenciar la toma de acciones frente a los resultados.	SUBGERENCIA DE CALIDAD Y AUDITORÍA	11 MESES	1. Ampliar en un 50 % la medición de adherencia a Guías Clínicas y protocolos en los diferentes servicios asistenciales. (60%) 2. Evidenciar los resultados de los análisis y sus acciones frente a los resultados. (40%)		100%

NOTA: Las acciones de mejoramiento correspondientes a infraestructura de los servicios de salud se encuentran contenidas en el Plan de Desarrollo Institucional 2014-2016 y en el Plan de Acción por Procesos para la vigencia 2015

Firma Representante Legal:

*Walter Ángel Torres*

Gerente