

NOMBRE DEL PROCESO		GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO: GESTIÓN AMBIENTAL, ESTERILIZACIÓN, ALMACÉN GENERAL										FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN								
FUENTE DE IDENTIFICACIÓN: (Marque con una X)		Materialización de riesgos	Procesos de referenciarían		Quejas o reclamos		Resultados evaluación satisfacción del cliente		Resultados de revisión por la dirección		Autoevaluación estándares de acreditación									
		Resultados de auditoría interna/externa	Salidas no conformes		Rondas de Seguridad		Análisis de resultados de indicadores		Oportunidades de mejora identificadas en los procesos		Otro:									
No.	REQUISITO INCUMPLIDO / ASPECTO A MEJORAR	SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA / HALLAZGO / NO CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSA RAÍZ	QUÉ HACER	CÓMO HACERLO	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACCIÓN	CUÁNDO		QUÉ RECURSOS NECESITA	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MONITOREO POR PARTE DEL LÍDER DEL PROCESO				SEGUIMIENTO				
								FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN			FECHA DE MONITOREO	ESTADO	OBSERVACIONES FRENTE AL CUMPLIMIENTO	BARREERAS	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO	CU	
1	ISO 9001: 2015	Fortalecer la educación brindada al usuario sobre residuos hospitalarios en Hospital Local Civil, Primero de Mayo, El Progreso, El Rosario, La Laguna, Cabrera  Se recomienda la revisión y cambio de canecas de residuos con el fin de mantener el orden y la higiene adecuada en la sede. Además fijar estante en el consultorio de enfermería con el objeto de disminuir el riesgo de accidentes en Centro Hospital La Rosa  Fortalecer la información brindada al paciente y su familia relacionada con PGRASA, permite mejorar la disposición correcta de residuos y evitar riesgos para la Empresa en sede San Vicente - Gestión de Urgencias  Fortalecer el conocimiento de la correcta segregación de residuos por parte del personal de TRIAGE, en cumplimiento al PGRASA PL-GIR versión 16, permite el manejo adecuado de los residuos con el fin de disminuir el impacto ambiental de los mismos en Sede San Vicente - Gestión de Urgencias	N.A	Fortalecer la educación al usuario en Manejo de Residuos Hospitalarios en las sedes de la empresa	Realizar mensual y trimestralmente salidas/rondas de visitas a las sedes de la empresa del equipo de Gestión ambiental articulado con el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para el control y cumplimiento de los programas y procesos enmarcado dentro del PGRASA, Programa de Limpieza y Desinfección y estrategia de educación en uso eficiente y ahorro de agua y energía.	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	11/08/23	21/09/23	N.A	LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL.									
					Implementar y evaluar mediante lista de verificación y cumplimiento de programas y procesos de Gestión ambiental	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	11/08/23	21/09/23	N.A	LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL.									
					Establecer criterios de mejora, plan de mejora de acuerdo a los hallazgos obtenidos	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	11/08/23	21/09/23	N.A	Informe									
2	ISO 9001: 2015	Generar mecanismos que permitan una mejor ubicación de los equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología en Centro de Salud Pandiaco	N.A	Fortalecer la disposición de equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología en el Centro de Salud Pandiaco	Planificar visita de inspección de disposición de equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología del Centro de Salud de Pandiaco	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Establecer espacios adecuados de disposición de equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología del Centro de Salud de Pandiaco	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/11/2023	30/11/2023	Económico	Registro Fotográfico									
					Implementar herramientas /espacios de disposición de equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología del Centro de Salud de Pandiaco	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/11/2023	31/12/2023	Económico	Registro Fotográfico									
					Verificar cumplimiento de correcta disposición de equipos limpios y contaminados en el consultorio de odontología del Centro de Salud de Pandiaco	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica Contratista Secretaria General	1/1/2024	29/2/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
3	ISO 9001: 2015	Fortalecer la entrega de elementos estériles por parte de la central, con el fin de prevenir riesgos en la realización de procedimientos en sede Primero de Mayo	N.A	Fortalecer la entrega de elementos estériles por parte del equipo de conductores, jefes administrativas y equipo de esterilización, con el fin de prevenir riesgos en la realización de procedimientos en sede Primero de Mayo	Establecer criterios de entrega y devolución de elementos estériles con el talento humano relacionado al servicio de esterilización	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	10/10/2023	31/10/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Implementar criterios de entrega y devolución de elementos estériles definidos con el talento humano relacionado al servicio de esterilización	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Informe									
					Evaluar criterios definidos de entrega y devolución de elementos estériles con el talento humano relacionado al servicio de esterilización	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica Contratista Secretaria General	1/1/2024	29/2/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
					Establecer criterios rotulación correcta, manejo de fechas de vencimiento de los insumos del consultorio de enfermería para minimizar riesgos en la realización de procedimientos en Centro Hospital La Rosa en articulación con seguridad del paciente	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
4	ISO 9001: 2015	Es importante fortalecer la rotulación correcta de los insumos del consultorio de enfermería con el fin de identificar el producto correcto y fecha de vencimiento, para minimizar riesgos en la realización de procedimientos en Centro Hospital La Rosa	N.A	Fortalecer la rotulación correcta, manejo de fechas de vencimiento de los insumos del consultorio de enfermería para minimizar riesgos en la realización de procedimientos en Centro Hospital La Rosa	Implementar criterios de rotulación correcta, manejo de fechas de vencimiento de los insumos del consultorio de enfermería para minimizar riesgos en la realización de procedimientos en Centro Hospital La Rosa	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Informe									
					Evaluar criterios definidos de rotulación correcta, manejo de fechas de vencimiento de los insumos del consultorio de enfermería para minimizar riesgos en la realización de procedimientos en Centro Hospital La Rosa	Acción de mejora	Equipo esterilización Conductores Jefe de enfermería	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Informe									

					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Contratista Secretaria General	1/1/2024	29/2/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
5	ISO 9001:2015	Dotar de elementos como jabón de manos y toallas desechables en los baños de pacientes en sede Catambuco	N.A	Garantizar la dotación de elementos como jabón de manos y toallas desechables en los baños de pacientes de la sede de Catambuco	Establecer mediante comunicación oficial responsabilidades en la dotación de elementos como jabón de manos y toallas desechables en los baños de pacientes en Sede de Catambuco	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Comunicación oficial									
					Implementar criterios y responsabilidades en la dotación de elementos como jabón de manos y toallas desechables en los baños de pacientes en Sede de Catambuco	Acción de mejora	Almacenista General Personal Catambuco	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Informe									
					Evaluar mediante visita de inspección la dotación de elementos como jabón de manos y toallas desechables en los baños de pacientes en Sede de Catambuco	Acción de mejora	Almacenista General Personal Catambuco	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1/1/2024	29/2/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
6	8.5 de la NTC ISO 9001:2015	Es conveniente mejorar la descripción de formatos dentro de los procedimientos del proceso de gestión ambulatoria, de manera completa con su nombre, código y número para facilitar su identificación. (Control de reuso s de dispositivos médicos GAF-CRD 403) en Sede Santa Mónica  En el consultorio odontológico número 2, se evidenció falta de limas estériles disponibles para la atención de urgencias endodónticas, evidenciando falta de adherencia al protocolo de reuso de dispositivos médicos versión 9.0, incumpliendo con el requisito 8.5 de la NTC ISO 9001:2015 en Sede San Vicente	N.A	Fortalecer el correcto diligenciamiento del Formato 403 de reuso de dispositivos médicos	Establecer criterios de mejora y/o actualización en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/9/2023	31/10/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Difusión de criterios de mejora y/o actualización definidas en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/11/2023	31/12/2023	N.A	Formatos institucionales Acta reunión									
					Implementar criterios de mejora y/o actualización en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/11/2023	31/12/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Evaluar Establecer criterios de mejora y/o actualización en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/1/2024	31/3/2024	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/4/2024	30/4/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
7	ISO 9001:2015	Garantizar que la puerta de ingreso a la institución permanezca abierta para el acceso de los usuarios, puesto que al llegar se evidenció que la misma se encontraba cerrada convirtiéndose en barrera para acceder a los servicios sede Mapachico	N.A	Garantizar apertura de la puerta de ingreso a la institución para el acceso de los usuarios para acceder a los servicios en la sede de Mapachico	Realizar comunicación oficial a las diferentes sedes de la empresa de la importancia de mantener la puerta de ingreso abierta para el acceso de los usuarios	Acción de mejora	Secretaria General Seguridad del Sur	17/10/23	31/10/2023	N.A	Comunicación oficial									
					Revisar implementación y cumplimiento de comunicación oficial a las diferentes sedes de la empresa de la importancia de mantener la puerta de ingreso abierta para el acceso de los usuarios	Acción de mejora	Secretaria General Seguridad del Sur	17/10/23	15/12/2023	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Secretaria General Seguridad del Sur	16/12/23	31/12/23	N.A	Plan de mejoramiento si aplica									
8	8.2.3.1 de la NTC ISO 9001:2015	Se evidenció formato 342 lista de chequeo de limpieza y desinfección de consultorio odontológico sin registro de la jornada de la tarde del 31 de agosto 2023, incumpliendo el requisito 8.2.3.1 de la NTC ISO 9001:2015 en Centro de Salud Santa Bárbara, en Sede Obonuco  En el área de hospitalización 3 piso (post parto) se evidenció formato de "registro de limpieza y desinfección de áreas críticas" 342 sin diligenciamiento completo tal como lo establece el procedimiento de atención de partos código GU-PD 108, incumpliendo con el requisito 8.2.3.1 de la NTC ISO 9001:2015 en sede San Vicente - Gestión de urgencias  Fortalecer la limpieza y el orden del consultorio de enfermería con el fin de brindar una atención segura y humanizada en Centro Hospital La Rosa  Se evidenció formato "registro de limpieza y desinfección áreas semicríticas GAF-LDS-343" con espacios en blanco en los ítems de limpieza y desinfección terminal cada 15 días, ubicado en el consultorio de enfermería, incumpliendo el requisito 7.5.3.1 de la NTC ISO 9001:2015 en sede Cabrera	N.A	Fortalecer el registro del formato de limpieza y desinfección en las sedes de la empresa	Realizar salidas/rondas de visitas a las sedes de la empresa del equipo de Gestión ambiental articulado con el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para el control y cumplimiento de diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección por parte del personal asistencial y de Diez	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	5/10/23	19/10/23	N.A	Acta de visita									
					Implementar y evaluar cumplimiento de diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección por parte del personal asistencial y de Diez	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	5/10/23	19/10/23	N.A	Acta de visita									
					Establecer criterios de mejora, plan de mejora de acuerdo a los hallazgos obtenidos	Acción de mejora	Profesional Universitario - Ingeniero Ambiental Contratista Ingeniería Ambiental	1/11/23	31/12/23	N.A	Informe									
9	8.5.1 de la NTC ISO 9001:2015	Se evidenció que no se ha corregido la no conformidad resultado de la auditoria vigencia 2022 en el consultorio de odontología, respecto al área de lavado, secado, empaque, esterilización y almacenamiento con un direccionalidad generando riesgos de contaminación, incumpliendo el requisito 8.5.1 de la NTC ISO 9001:2015 en Sede Cabrera	N.A	Fortalecer en el consultorio de odontología la un direccionalidad del proceso de esterilización en la Sede Cabrera	Planificar visita de inspección de revisión de un direccionalidad del servicio de esterilización en el consultorio de odontología de Cabrera	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora quirúrgica	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Establecer criterios de un direccionalidad del servicio de odontología de Cabrera	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora quirúrgica	1/11/2023	30/11/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Implementar criterios de un direccionalidad del servicio de odontología de Cabrera	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora quirúrgica	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Informe									
					Evaluar criterios de un direccionalidad del servicio de odontología de Cabrera	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora quirúrgica	1/12/2023	31/12/2023	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica	1/1/2024	31/3/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
					Realizar visita de inspección y establecer criterios del correcto uso y diligenciamiento del formato código GAF -MFQ291 en Sede Genoy	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quiérgica Contratista Secretaria General	1/9/2023	30/11/2023	N.A	Acta de reunión/visita									

10	7.5.3 de la NTC ISO 9001:2015	En el consultorio odontológico se evidenció formato "monitoreo físico y químico de esterilización" código GAF-MFQ291, impreso de manera incompleta ya que no permite identificar el número del formato, incumpliendo con el requisito 7.5.3 de la NTC ISO 9001:2015 en Sede Genoy	N.A	Fortalecer el correcto uso y diligenciamiento del formato código GAF-MFQ291 en Sede Genoy	Difusión de criterios de mejora y/o actualización definidas en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/11/2023	31/12/2023		Informe									
					Implementar criterios de mejora y/o actualización en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica	1/11/2023	31/12/2023	N.A	Acta de reunión/visita									
					Evaluar los criterios de mejora y/o actualización en el diligenciamiento de formatos institucionales	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/1/2024	31/3/2024	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Profesional Universitario - Instrumentadora Quirúrgica Secretaria General Contratista Secretaria General Profesional Universitario - Odontóloga	1/4/2024	30/4/2024	N.A	Plan de mejoramiento									
11	4.4.1. numeral 5.7.1. NTC ISO 9001: 2015	La guía de recepción almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes GU_RAC versión 06, no es aplicable en su totalidad, además en la guía se menciona documentos sin codificación los cuales se mencionan en el numeral 4.4.1. numeral 5.7.1.	N.A	Actualizar la guía de recepción almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes GU_RAC versión 06	Actualizar la Guía de recepción, almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes.	Acción de mejora	Almacenista General	1-9-23	20/10/23	N.A	Formato 225 diligenciado									
					Desplegar la Guía de recepción, almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes, al personal involucrado en manejo de almacén	Acción de mejora	Almacenista General	17-10-23	31/10/23	N.A	listados de asistencia									
					Realizar seguimiento a través de herramienta de evaluación de ejecución de las actividades de la Guía de recepción, almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes.	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/23	31/5/24	N.A	listas de chequeo									
					Implementar acciones frente a desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/23	31/5/24	N.A	plan de acción levantado									
12	ISO 9001: 2015	Formato GAF- LII 235 levantamiento individual de inventario del ambiente No. 2017-0214, realizado el 22 de diciembre de 2022 con campos sin diligenciar (No de ambiente, red, IPS, nombre del responsable, identificación y cargo).	N.A	Retroalimentar al personal de Almacén General en el diligenciamiento de los formatos propios de Almacén General y Fortalecer el correcto diligenciamiento del Formato GAF- LII 235	Retroalimentación sobre el diligenciamiento de formatos propios de almacén General al personal de Almacén	Acción de mejora	Almacenista General	17/10/2023	31/10/2023	N.A	listados de asistencia									
					Monitoreo de cumplimiento en el diligenciamiento de los formatos propios de almacén general	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	31/05/2024	N.A	acta de verificación									
					Evaluación de cumplimiento en el diligenciamiento de los formatos propios de almacén general	Acción de mejora	Almacenista General	1-5/24	31/05/2024	N.A	Informe									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1-5/24	31/05/2024	N.A	plan de mejoramiento									
13	ISO 9001: 2015	Es importante tener un registro disponible que permita evidenciar el control de las condiciones ambientales de conservación de bienes e insumos en bodegas y sub bodegas de la Empresa (temperatura y humedad) para prevenir el riesgo de deterioro de los elementos que se encuentran almacenados	N.A	Monitorear las condiciones ambientales de almacenamiento de las bodegas de Almacén General	Instalación de Termo higrómetros en las diferentes bodegas de almacén general ubicadas en las cuatro redes y sede administrativa	Acción de mejora	Almacenista General	1/10/2023	31/10/2023	N.A	TRASLADOS DE INVENTARIO									
					Socialización al personal encargado de las bodegas de Almacén General de las redes y sede administrativa del formato GLC - RCA 196 "Registro de Condiciones Ambientales" para el diligenciamiento oportuno en las diferentes bodegas de Almacén General	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	15/11/2023	N.A	LISTADO DE ASISTENCIA									
					Monitorear y evaluar el diligenciamiento del formato GLC - RCA 196 "Registro de Condiciones Ambientales" en las diferentes bodegas de Almacén General	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	30/04/2024	N.A	Formato GLC - RCA 196 "Registro de Condiciones Ambientales" DILIGENCIADO									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1-5/24	31/05/2024	N.A	plan de mejoramiento									
14	ISO 9001: 2015	Al revisar la recepción de ingreso de bienes e insumos del contrato de compraventa No. 440 de 2022 de equipos de comunicaciones y sistemas, celebrado con Green Services and solutions SAS, el día 18 de octubre de 2022, se encontró que se ingresó al sistema de información tres servidores, sin previa certificación técnica por parte del responsable de la aceptación de características, especificaciones, cantidad, unidad de medida, marca, incumpliendo criterios establecidos la actividad No 3 del procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131, versión 06	N.A	Actualizar el procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131	Actualizar el Procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131, versión 06	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	17/11/2023	N.A	Formato 225 diligenciado									
					Solicitar a la oficina de Planeación, actualizar el Procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131, en el servidor documental	Acción de mejora	Almacenista General	20/11/2023	24/11/2023	N.A	evidencia de solicitud ante oficina de planeación									
					Desplegar el el Procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131 en su versión 07	Acción de mejora	Almacenista General	27/11/2023	1/12/2023	N.A	listados de asistencia									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1-5/24	31/05/2024	N.A	plan de mejoramiento									
15	9.1 de la NTC ISO 9001:2015.	No se evidencia resultados de medición de las actividades a través de los indicadores establecidos en los procedimientos: Disposición final de bienes GAF-PD 133, versión 06, Recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131 versión 06, Control de inventarios GAF-PD 132, versión 06, lo cual no permitan evidenciar los resultados provistos por el proceso, incumpliendo el requisito 9.1 de la NTC ISO 9001:2015.	N.A	Actualizar la medición de indicadores de los procedimientos establecidos en Almacén General	Solicitar la inclusión de indicadores de gestión de Almacén General a la plataforma Infomedic	Acción de mejora	Almacenista General	17/11/2023	31/10/2023	N.A	Indicador en Infomedic									
		Indicadores: Bajas de inventario, periodicidad anual Ingreso de bienes, periodicidad semestral Revisión de inventario, periodicidad anual Inventario a satisfacción, periodicidad anual Arqueos de inventarios en bodega de almacenes de las sedes, periodicidad bimensual			Diligenciar periódicamente los indicadores de gestión de Almacén General en Infomedic	Acción de mejora	Almacenista General	1/11/2023	mensualmente	N.A	INFOMEDIC									
		No se evidencia la medición de indicador oportunidad en la entrega de compras planificadas, correspondiente al segundo trimestre de 2023, establecido en el sistema de información INFOMEDIC.			Realizar seguimiento a la actualización de los indicadores de Gestión de Almacén General en Infomedic	Acción de mejora	Almacenista General	1/12/2023	mensualmente	N.A	INFOMEDIC									
					Toma de correctivos necesarios frente a las desviaciones encontradas	Acción de mejora	Almacenista General	1/5/24	31/5/24	N.A	plan de mejoramiento									
RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO - LÍDER DEL PROCESO					RESPONSABLE DE APROBAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO						RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO				SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO					
NOMBRE		JOSÉ ANDRÉS CHAVES PAZ					NOMBRE		EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDES				NOMBRE		NÚMERO SEGUIMIENTO					
CARGO		SECRETARIO GENERAL					CARGO		PROFESIONAL ESPECIALIZADO - CALIDAD				CARGO		EFFECTIVO CUMPLIMIENTO					

NOMBRE DEL PROCESO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA										FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN	
	Materialización de riesgos	Procesos de referenciación	Quejas o reclamos	Resultados evaluación satisfacción del cliente	Resultados de revisión por la dirección	Autoevaluación estándares de acreditación	19		9			
	Resultados de auditoría interna/externa	Salidas no conformes	Rondas de Seguridad	Análisis de resultados de indicadores	Oportunidades de mejora identificadas en los procesos	Otro:	Auditoría interna ISO 9001:2015					

No.	REQUISITO INCUMPLIDO / ASPECTO A MEJORAR	SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA / HALLAZO / NO CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSA RAZ	QUE HACER	COMO HACERLO	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACCIÓN	CUMANDO		QUÉ RECURSOS NECESITA	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MONITOREO POR PARTE DEL LIDER DEL PROCESO				SEGUIMIENTO						
								FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN			FECHA DE MONITOREO	ESTADO	OBSERVACIONES FRENTE AL CUMPLIMIENTO	BARRERAS	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
1	Oportunidad de mejora auditoría interna gestión de tecnología	Se recomienda reevaluar la asignación de roles en la caracterización del proceso, por cuanto en todas las actividades solo relacionan al Líder del Proceso, sin que se pueda visualizar las responsabilidades para cada rol, por ejemplo, la disposición final de elementos que debería estar a cargo de Secretaria General – Almacén General, entre otros.	No aplica	Realizar la asignación de roles de acuerdo a las actividades en la caracterización del proceso	Revisar y determinar los roles de cada una de las actividades de la caracterización del proceso	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico	9/11/2023	9/15/2023	No aplica	Acta de reunión											
					Actualizar la caracterización en donde se asignan los roles de acuerdo a las actividades planteadas.	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico	9/11/2023	9/15/2023	No aplica	Caracterización del proceso actualizada											
					Desplegar la caracterización del proceso a los grupos de interés	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico	9/18/2023	12/31/2023	No aplica	Listas de asistencia											
2	Oportunidad de mejora auditoría interna gestión de tecnología	Se recomienda que en la actualización del mapa de riesgos que se va a realizar este proceso bajo metodología AMFE, se incluyan los riesgos del proceso que ya estaban identificados y controlados bajo metodología DAFP para el cumplimiento del objeto establecido en la caracterización (y no dejar descubierto el riesgo asociado a la no actualización de inventarios de equipos biomédicos y de computo, entre otros).	No aplica	Actualizar la matriz de riesgos AMFE, en donde se contemple el riesgo a la falta de mantenimiento y calibración por inventarios desactualizados	Realizar la actualización de la matriz de riesgos AMFE en donde se contemple el riesgo a la falta de mantenimiento y calibración por inventarios desactualizados	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	12/1/2023	12/31/2023	No aplica	Matriz AMFE actualizado											
					Desplegar a traves de piezas comunicacionales los riesgos de tecnología y su gestión a traves de visitas a las sedes	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	1/1/2024	6/30/2024	No aplica	Piezas comunicacionales											
					Evaluar la adherencia del talento humano con relación al conocimiento de los riesgos y sus barreras respectivas	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	1/1/2024	6/30/2024	No aplica	Informe de rondas de seguridad											
3	Oportunidad de mejora auditoría interna gestión de tecnología	Se recomienda actualizar el normograma del proceso, el cual tiene como última fecha de actualización el 23 de noviembre de 2020.	No aplica	Actualizar el normograma del proceso en relación a la normatividad vigente	Realizar la revisión del normograma y de la normatividad vigente aplicable	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	9/11/2023	9/15/2023	No aplica	Acta de reunión											
					Actualizar el normograma del proceso gestión de la tecnología	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	9/11/2023	9/15/2023	No aplica	Normograma actualizado											
					Enviar el normograma actualizado a la Oficina Asesora Jurídica para que se realice la publicación	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomedico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	9/18/2023	12/31/2023	No aplica	Comunicación oficial											

31 - October - 2024  
Entregaron el plan


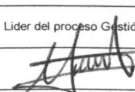
NOMBRE DEL PROCESO		GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA								FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN	
FUENTE DE IDENTIFICACIÓN: (Marque con una X)		Materialización de riesgos	Procesos de referenciación	Quejas o reclamos	Resultados evaluación satisfacción del cliente	Resultados de revisión por la dirección	Autoevaluación estándares de acreditación	19	9	Otro:	
		Resultados de auditoría interna/externa	Salidas no conformes	Rondas de Seguridad	Análisis de resultados de indicadores	Oportunidades de mejora identificadas en los procesos				Auditoría interna ISO 9001:2015	

SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA /	CUÁNDO	MONITOREO POR PARTE DEL LÍDER DEL PROCESO		SEGUIMIENTO																
<p>4</p> <p>Oportunidad de mejora auditoría interna gestión de tecnología</p> <p>Se recomienda que los elementos de cómputo, biomédicos que se encuentran en la bodega de almacén y que se catalogan como bodega temporal San Vicente sean reubicados según necesidad del servicio.</p>	<p>No aplica</p> <p>Realizar la distribución de los elementos de acuerdo a la necesidad del servicio</p>	<p>Solicitar a almacén general la relación de la tecnología que se encuentra a almacén general</p>	<p>Acción de mejora</p>	<p>Profesional Universitario-Equipo biomédico</p>	<p>9/11/2023</p>	<p>9/15/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Comunicación oficial</p>												
		<p>Recibir respuesta por parte de almacén general sobre los equipos que se encuentran en almacén</p>	<p>Acción de mejora</p>	<p>Almacenista general</p>	<p>9/18/2023</p>	<p>11/30/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Relación de equipos</p>												
		<p>Realizar los traslados de los equipos a los servicios requeridos</p>	<p>Acción de mejora</p>	<p>Profesional Universitario-Equipo biomédico</p> <p>Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas</p>	<p>12/1/2023</p>	<p>1/31/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Nota interna en solicitud de traslado</p>												
		<p>Verificar la puesta de funcionamiento de los equipos trasladados</p>	<p>Acción de mejora</p>	<p>Profesional Universitario-Equipo biomédico</p> <p>Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas</p>	<p>2/1/2023</p>	<p>6/30/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Hojas de vida de tecnología</p>												
<p>5</p> <p>9.1.3</p> <p>Se evidencia que los resultados del indicador de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos no se ajustan a la planeación establecida, por cuanto aquellos equipos que no se encuentran en sitio al momento de ejecutar los mantenimientos son retirados del denominador, incidiendo directamente en la medición de la efectividad del mantenimiento programado y logrando cumplimientos del 100% sin que se ajuste a la realidad, incumpliendo el requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.</p>	<p>Falla en la identificación y formulación de indicadores en mantenimiento de equipos</p> <p>Verificar el cumplimiento de los indicadores relacionados a mantenimiento y calibración</p>	<p>Realizar revisión de los indicadores relacionados al mantenimiento y calibración en la evaluación de la capacidad del tercero encargado de la gestión por medio de la plataforma INFOMEDIC</p>	<p>Acción correctiva</p>	<p>Profesional Universitario-Equipo biomédico</p>	<p>9/11/2023</p>	<p>10/30/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Acta de reunión</p>												
		<p>Redefinir indicadores en caso de ser necesario</p>	<p>Acción correctiva</p>	<p>Profesional Universitaria-Equipo biomédico</p> <p>Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas</p>	<p>9/11/2023</p>	<p>10/30/2023</p>	<p>No aplica</p>	<p>Indicadores Infomedic</p>												
		<p>Realizar seguimiento y medición de los indicadores con la periodicidad definida</p>	<p>Acción correctiva</p>	<p>Profesional Universitaria-Equipo biomédico</p> <p>Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas</p>	<p>12/1/2023</p>	<p>6/30/2024</p>	<p>No aplica</p>	<p>Indicadores Infomedic</p>												
		<p>Retroalimentar a los terceros los resultados de los indicadores relacionados con mantenimiento y calibración de equipos</p>	<p>Acción correctiva</p>	<p>Profesional Universitaria-Equipo biomédico</p> <p>Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas</p>	<p>12/1/2024</p>	<p>6/30/2024</p>	<p>No aplica</p>	<p>Acta de reunión</p>												



NOMBRE DEL PROCESO		GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA										FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN	
FUENTE DE IDENTIFICACIÓN: (Marque con una X)	Materialización de riesgos		Procesos de referenciación		Quejas o reclamos		Resultados evaluación satisfacción del cliente		Resultados de revisión por la dirección		Autoevaluación estándares de acreditación	19	9
	Resultados de auditoría interna/externa	X	Salidas no conformes		Rondas de Seguridad		Análisis de resultados de indicadores		Oportunidades de mejora identificadas en los procesos		Otro:	Auditoría interna ISO 9001:2015	

SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA /	CUÁNDO	MONITOREO POR PARTE DEL LIDER DEL PROCESO				SEGUIMIENTO								
<p>Se evidencia inconsistencias en la ubicación y control de algunos recursos de la institución (equipos biomédicos y de cómputo) incumplimiento del requisito 7.1 de la norma ISO 9001:2015 por cuanto se evidencia lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de actualización del inventario general que impide el cumplimiento a cabalidad de los mantenimientos preventivos y calibración de equipos, por cuanto algunos elementos no se encuentran en el consultorio asignado.</li> <li>Duplicidad de placa en el equipo de cómputo 218766 que existe tanto en el Centro de Salud Santa Mónica como en el Centro de Salud de Cabrera. Y en la trazabilidad solo hay un reporte de mantenimiento.</li> <li>Elementos a cargo de funcionarios que ya no pertenecen a la institución desde hace varios años (ejemplo: Aire Acondicionado con placa 237372 asignado a la fecha al sr Henry Cárdenas).</li> <li>Diferencias en los reportes que genera el sistema SIOS entre los módulos de Consulta por Placa y Consulta por Movimiento por Placa (generan responsables actuales diferentes).</li> </ul>		Acción correctiva	Almacenista general	10/1/2023	11/30/2023	No aplica	Relación en excel de los equipos que no cuenta con placa, tenga placa desgastada, con registro o elementos de la Secretaría Municipal de salud							
		Acción correctiva	Almacenista general	12/1/2023	12/31/2023	No aplica	Informe de la tecnología que necesita plaqueteo							
		Acción correctiva	Almacenista general	1/15/2024	4/30/2024	No aplica	Muestreo fotografico							
		Acción correctiva	Almacenista general	5/2/2024	6/15/2024	No aplica	Inventario de SIOS en donde se evidencie la inclusión de los elementos							
		Acción correctiva	Almacenista general	10/1/2023	10/15/2023	No aplica	Comunicación oficial							
		Acción correctiva	Almacenista general	10/16/2023	10/31/2023	No aplica	Correo de respuesta							
		Acción correctiva	Almacenista general	11/1/2023	12/31/2023	No aplica	Aplicativo de SIOS actualizado							
<p>No se evidencia la ejecución de la actividad "Realizar la disposición final de equipos biomédicos, industriales, comunicaciones y sistemas" definida en la caracterización del proceso, lo anterior por cuanto se observan elementos con más de un año que están en la bodega de inservibles (ejemplo: tensiómetro placa 218171, tensiómetro 217942), incumpliendo una de las actividades (incluyendo entradas y salidas) del proceso "GESTION DE LA TECNOLOGIA" versión 9.0</p>		Acción correctiva	Almacenista general	10/15/2013	10/31/2023	No aplica	Acta de reunión							
		Acción correctiva	Almacenista general	11/1/2023	11/30/2023	No aplica	Procedimiento actualizado							
		Acción correctiva	Profesional Universitario-Equipo biomédico	11/1/2023	11/30/2023	No aplica	Formato Reporte de Fallas de equipos GT-RFE 065 actualizado							
		Acción correctiva	Almacenista general	12/1/2023	12/15/2023	No aplica	Definir el medio de despliegue Acta de reunion de despliegue							
		Acción correctiva	Almacenista general	12/16/2023	6/30/2024	No aplica	Indicadores Infomedic							

RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO - LIDER DEL PROCESO		RESPONSABLE DE APROBAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO		SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJ.	
NOMBRE	MARIO NARANJO	NOMBRE	MARIO NARANJO	NOMBRE	FRANCISCO CASTILLO	NUMERO DE SEGUIMIENTO	
CARGO	Lider del proceso Gestión de la Tecnología	CARGO	Lider del proceso Gestión de la Tecnología	CARGO	Profesional Contratista Calidad	EFFECTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	
FIRMA		FIRMA		FIRMA			