

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	CUANDO		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	BAJERAS	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										
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										
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	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										
					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										

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	Salidas no conformes	Rondas de Seguridad	Análisis de resultados de indicadores	Oportunidades de mejora identificadas en los procesos	Otro:	Auditoria 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 auditoria 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 auditoria 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 auditoria 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 Juridica 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			
		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					

4	Oportunidad de mejora auditoría interna gestión de tecnología	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.	No aplica	Realizar la distribución de los elementos de acuerdo a la necesidad del servicio	CUÁNDO				MONITOREO POR PARTE DEL LÍDER DEL PROCESO				SEGUIMIENTO								
					SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA /	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomédico	9/11/2023	9/15/2023	No aplica	Comunicación oficial										
					Recibir respuesta por parte de almacén general sobre los equipos que se encuentran en almacén	Acción de mejora	Almacenista general	9/18/2023	11/30/2023	No aplica	Relación de equipos										
					Realizar los traslados de los equipos a los servicios requeridos	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomédico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	12/1/2023	1/31/2023	No aplica	Nota interna en solicitud de traslado										
					Verificar la puesta de funcionamiento de los equipos trasladados	Acción de mejora	Profesional Universitario-Equipo biomédico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	2/1/2023	6/30/2023	No aplica	Hojas de vida de tecnología										
5	9.1.3	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.	Falla en la identificación y formulación de indicadores en mantenimiento de equipos	Verificar el cumplimiento de los indicadores relacionados a mantenimiento y calibración	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	Acción correctiva	Profesional Universitario-Equipo biomédico	9/11/2023	10/30/2023	No aplica	Acta de reunión										
					Redefinir indicadores en caso de ser necesario	Acción correctiva	Profesional Universitaria-Equipo biomédico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	9/11/2023	10/30/2023	No aplica	Indicadores Infomedic										
					Realizar seguimiento y medición de los indicadores con la periodicidad definida	Acción correctiva	Profesional Universitaria-Equipo biomédico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	12/1/2023	6/30/2024	No aplica	Indicadores Infomedic										
					Retroalimentar a los terceros los resultados de los indicadores relacionados con mantenimiento y calibración de equipos	Acción correctiva	Profesional Universitaria-Equipo biomédico Profesional Universitario-Comunicaciones y sistemas	12/1/2024	6/30/2024	No aplica	Acta de reunión										

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"> 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. 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. 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). 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). 	<p>Inadecuada verificación y seguimiento al de la tecnología</p>	<p>Identificar la tecnología que no cuenta con placa, tenga placa desgastada, con registro o elementos de la Secretaría Municipal de salud</p>	<p>Revisar la tecnología que no cuenta con placa, tenga placa desgastada, con registro o elementos de la Secretaría Municipal de salud</p>	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						
			<p>Realizar revision del estado de la tecnología que requiere identificación</p>	Acción correctiva	Almacenista general	12/1/2023	12/31/2023	No aplica	Informe de la tecnología que necesita plaqueteo						
			<p>Realizar plaqueteo de la tecnología que no cuenta con placa, tenga placa desgastada, con registro o elementos de la Secretaría Municipal de salud</p>	Acción correctiva	Almacenista general	1/15/2024	4/30/2024	No aplica	Muestreo fotografico						
			<p>Elementos plaqueteados en sios</p>	Acción correctiva	Almacenista general	5/2/2024	6/15/2024	No aplica	Inventario de SIOS en donde se evidencie la inclusión de los elementos						
			<p>Realizar solicitud a la Oficina de comunicaciones y sistemas para la actualización de los responsables de cada puesto de trabajo o de cada ambiente de trabajo</p>	Acción correctiva	Almacenista general	10/1/2023	10/15/2023	No aplica	Comunicación oficial						
			<p>Recibir respuesta por parte de la oficina</p>	Acción correctiva	Almacenista general	10/16/2023	10/31/2023	No aplica	Correo de respuesta						
			<p>Realizar el ajuste en el aplicativo SIOS en caso de ser viable</p>	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>	<p>Información documental desactualizada</p>	<p>Actualizar el procedimiento de disposición final en donde se incluyen los formatos necesarios para la gestión</p>	<p>Realizar revisión de procedimiento de disposición final</p>	Acción correctiva	Almacenista general	10/15/2013	10/31/2023	No aplica	Acta de reunión						
			<p>Actualizar procedimiento en donde se incluyen los formatos para la disposición final de elementos que evidencia el concepto tecnico</p>	Acción correctiva	Almacenista general	11/1/2023	11/30/2023	No aplica	Procedimiento actualizado						
			<p>Actualizar el formato en donde se evidencien los responsables</p>	Acción correctiva	Profesional Universitario-Equipo biomédico	11/1/2023	11/30/2023	No aplica	Formato Reporte de Fallas de equipos GT-RFE 065 actualizado						
			<p>Desplegar el procedimiento y el formato actualizado</p>	Acción correctiva	Almacenista general	12/1/2023	12/15/2023	No aplica	Definir el medio de despliegue Acta de reunion de despliegue						
			<p>Realizar seguimiento y medición al indicador de disposición final de elementos</p>	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	EFECTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	
FIRMA		FIRMA		FIRMA			