



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
GESTION DE AGENDAMIENTO	ESE LADERA	PQRs	Desarticulación del proceso para el análisis, definición y establecimiento de las acciones de mejora y correctivas y la integración con los líderes de los procesos que participan como proveedores en la atención al usuario y participación social. Limitación en la formulación de las acciones correctivas para asegurar la efectiva solución de los problemas relacionados con la prestación del servicio en las diferentes etapas.	1. Falta de adherencia del personal al modelo de atención al usuario, su familia y cuidadores. 2. Falta de participación y compromiso en la ejecución de las tareas y actividades de los proveedores del proceso. 3. Debilidad en el enfoque del proceso para el análisis, comprensión y definición de las causas de los problemas y sus acciones de mejoramiento. 4. Debilidad en la identificación y reporte de los problemas, incidentes y fallas en los procesos y el establecimiento de las acciones de mejora, correctivas y preventivas.	En este sentido, se adelantan acciones en conjunto con el referente de sistemas, la líder del centro de contacto, los subgerentes Científico y de Promoción y Prevención y la jefe de Planeación; se priorizo la evaluación del proceso, lo cual permitió generar acciones	? Se acordó desde las subgerencias científica y de promoción y prevención, que se debe garantizar que el 70% de los cupos para citas se reserven para el agendamiento a través del centro de contacto, el 20% de manera presencial y el 10% por pagina web. ? Se logró la contratación de un nuevo especialista en psiquiatría, para ampliar la capacidad de atención, debido a que es una de las especialidades en las cuales se presenta más demanda y se ve reflejado en las inconformidades por la falta de oportunidad en el agendamiento en esta especialidad. ? Se está realizando la construcción de un módulo en la página web, para el agendamiento exclusivo de médicos especialistas. ? Se inició un proceso de devolución de llamadas perdidas en el centro de contacto, al igual que envió de recordatorio de citas a través de mensajes de texto.	LINA VARELA	13/10/2021 12:00:00 a.m.	16/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Preventiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	(DEBILIDADES) Programar capacitación en Dengue a las personas del triage referente a las sospechas que deben tener frente a la enfermedad. Además de la importancia en la toma de signos vitales, completos en niños representando importancia en la detección temprana del shock hipovolémico. Reconfirmar por parte del médico el motivo de consulta anotado por los profesionales del triage, igual para los signos y síntomas. Fortalecer la administración de los líquidos endovenosos tanto en el médico en su forma de ordenarlos, como en el personal de enfermería, en su control; líquidos administrados y eliminados(balance) en observación y/o hospitalización. Ya esta recomendación se ha realizado a los médicos de Urgencias en las diferentes capacitaciones virtuales sobre el manejo del evento Dengue. Fortalecer el seguimiento a los	hacia otros diagnósticos diferentes de enfermedades transmisoras por vectores, así presenten la clínica de Dengue. Hay médicos que siguen utilizando el medicamento hidroxicina ampolla 100 mg, dipirona ampolla (debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel, no se debe administrar intramuscular, ni en paciente pediátrico, y cuando se utilice se debe informar riesgos)1, loratadina y clorfeniramina tabletas, sin una clara indicación. No se realiza trazabilidad a sintomatología y signos vitales, se presenta paciente con PA1 117/67, PA2 98/65, y PA 84/54 y con signos de deshidratación. El paciente pertenece la EPS SURA y había estado consultado en Siloe. Posterior a la última evaluación continuó demandando servicios en su IPS respectiva. Se ordenan líquidos a voluntad o en bolo. No se aplica fórmula para hidratación. A pesar de contar con el recurso de	Difundir a medico y enfermeras los hallazgos encontrados en la revisión de las historias clínicas del 4 trimestre de 2021.	Realizar reunión con médicos de urgencias de Siloe con el fin de difundir el informe y crear responsabilidades	Coordinadores de urgencias Siloe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	18/02/2022 12:00:00 a.m.	28/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTE DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	CASO ID 1503 CAÍDA DE PACIENTE ADULTA MAYOR DE 84 AÑOS DE EDAD QUIE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EL PASADO 04/12/2021 POR PRESENTAR EPISODIOS DE DIARREA DE 1 DIA DE EVOLUCION,USUARIA SE ENCONTRABA EN SALA DE OBSERVACIÓN,EL ACOMPAÑANTE QUE SE RETIRA DEL SERVICIO SIN AVISAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EN ESE MOMENTO LA PACIENTE SE PARA AL BAÑO SIN PEDIR AYUDA Y SUFRE CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA LA CUAL NO OCASIONA LESIONES NI DAÑOS GRAVES	NO APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL RIESGO DE CAIDA EN LA HISTORIA CLINICA	*REVISAR LA APLICACIÓN CORRECTA DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA, EN TODOS LOS PACIENTES AL MOMENTO DEL INGRESO A LA INSTITUCIÓN. * AJUSTAR LOS TIEMPOS, MOMENTOS Y PERFILES DEL PROFESIONAL PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA, EN LA HISTORIA CLINICA, TENIENDO EN CUENTA LAS VARIACIONES EN LA CONDICIÓN CLINICA DEL PACIENTE. * REALIZAR CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE SALUD, * REALIZAR EVOLUCIONES MEDICAS Y NOTAS DE ENFERMERIA LO SUFICIENTEMENTE CLARAS PARA LA TOMA DE DECISIONES Y PLANES DE MANEJO DEL PACIENTE. * DILIGENCIAR POR PARTE DE ENFERMERIA EN LA HISTORIA CLINICA DE MANERA CLARA LA EVOLUCION DE LA CONDICION CLINICA DE LOS USUARIOS ADEMAS SI SE TRATA DE UN EVENTO ADVERSO. * REALIZAR EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIA CON RESPECTO A LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA PATOLOGIA Y ATENCION EN SALUD PARA PROPENDER SU AUTOCUIDADO.	* REALIZANDO POR PARTE DE LA COORDINACION DE URGENCIAS RESOCIALIZACION DE LA CORRECTA APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL RIESGO DE CAIDA, MEDIANTE REUNIONES CON EL PERSONAL MÉDICO. * REVISANDO Y AJUSTANDO POR PARTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS PARÁMETROS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ESCALA DEL RIESGO CON EL ÁREA DE SISTEMAS , INCLUYENDO DIFERENTES PERFILES PROFESIONALES, ADEMAS SE PERMITA EN DILIGENCIAMIENTO NO SOLO A LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA, SI NO QUE SE PUEDA AJUSTAR DEPENDIENDO LOS CAMBIOS CLÍNICOS PRESENTADOS. * REALIZANDO NOTAS DE EVOLUCIÓN MEDICA Y DE ENFERMERÍA EN DONDE SE DESCRIBA DE MANERA AMPLIA EL ESTADO FÍSICO, MENTAL DEL PACIENTE, DE FORMA CEFALOCAUDAL, APLICANDO UNA VALORACIÓN INTEGRAL. * SOCIALIZACION A FAMILIA Y PACIENTE DE LAS MEDIDAS APLICADAS INSTITUCIONALMENTE PARA LA PREVENCION DE CAIDAS.	ENFERMERA, AUXILIARES, MEDICOS, FACTURADORES, SEGURIDAD DEL PACIENTE	21/12/2021 12:00:00 a.m.	21/01/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. TERRON COLORADO	Seguridad del Paciente	encuentra paciente ( EDWIN FERNANDO SALAMANCA CC 6108926 ) en el servicio de urgencias. PACIENTE TRAIIDO POR LA POLICIA PORQUE SE HA CAUSADO HERIDA EN PLIEGUE DE ANTEBRAZO IZQUIERDO ,PACIENTE REFIERE QUE FUMA BAZUCO Y HEROINA Y SE HIRIÓ CON UNA CUCHILLA Y REFIERE QUE QUIERE VER LA HIJA DE LA CUAL NO TIEN LA CUSTODIA, INTERROGANDO LA HERMANA SANDRA MILIEN SALMANACA REFEIRE QUE ES CONSUMIDOR DE BASUKO Y TIENE UNA DENUNICA EN LA FISCALIA POR ATENTAR CONTRA UN SOBRINO Y HOY LO DENUNCIARON POR ROBO DE UN TIO , REFIERE QUE ESTUVO HOSPITALIZADO EN HOPSITAL SAN ISIDRO POR PSICOSIS DEBIDO A TRASATONO MENTAL AL SER UNICO SOBRE VIVINTE ENTRE 20 SOLDADOS EN UN COMBATE. a las 09+30 horas se torna agresivo con el personal, las auxiliares evitan que tome insumos	*INFRAESTRUCTURA SE PRESTA PARA LA DEAMBULACION DE UN SERVICIO A OTRO. *NO SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO PSICOSOCIAL AL PACIENTE *NO VIGILANCIA ACTIVA DEL PERSONAL DE SEGURIDAD *NO ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE EN SISTEMAS	* COLOCAR BAJO LLAVE LA PUERTA DE ACCESO ENTRE CONSULTA EXTERNA Y EL SERVICIO DE URGENCIAS -- YA SE CUENTA CON CANDADO EN LA REJA QUE COMUNICA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA , SOLO LA JEFE DEL SERVICIO CUENTA CON LAS LLAVES DE ESTE * REALIZAR SEGUIMIENTO AL PACIENTE POR PARTE DEL EQUIPO PSICOSOCIAL ANTE EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE * REALIZAR REUNION CON COORDINADOR DE LA EMPRESA DE SEGURIDAD Y DE CONTRATACION PARA LA INSTITUCION * ACTUALIZAR INFORMACION BASICA DE LOS USUARIOS PARA FACILITAR SU CONTACTO Y SEGUIMIENTO	* SOLO EL PERSONAL DE URGENCIAS TENDRA LA LLAVE DEL CANDADO PARA CONTROLAR EL INGRESO DEL PERSONAL * BUSQUEDA ACTIVA DEL USUARIO ANTE LA NOTIFICACION DEL CASO A LA COORDINADORA DE PSICOSOCIAL. * SE PLANTEA REALIZAR UNA REUNIÓN EN PRESENCIA DEL COORDINADOR DE LA EMPRESA DE SEGURIDAD JUNTO A LA COORDINADORA DEL CONTRATO PARA LA RED DE LAEDA Y LOS COORDINADORES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CON LA FINALIDAD DE PLANTEAR NECESIDADES * EL PERSONAL DE FACTURACIÓN Y PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁN REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS A LOS USUARIOS	EMPRESA DE SEGURIDAD-EQUIPO PSICOSOCIAL, FACTURADORES	17/12/2021 12:00:00 a.m.	17/01/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U. A GESTION AMBIENTAL	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 123: * Divulgación de la política ambiental.	la institución cuenta política ambiental, pero no se han realizado socializaciones de ella.	Actualizar la política ambiental establecida y socializarla por los medios de comunicación que cuenta la institución.	socializar la política ambiental por el principal medio de comunicación de la institución .	Lider de Gestión Ambiental	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U. A RECURSOS FISICOS	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 122: 1. fortalecer la cultura con el cliente externo para el cuidado de la infraestructura	no se realizan acciones de fortalecimiento para el cuidado de la infraestructura dirigido a los usuarios internos y externos.	se requiere realizar acciones de socializacion dirigidas a los usuarios internos y externos, que permitan la sensibilizacion del uso y cuidado de la infraestructura fisica de las IPS adscritas a la Red de Salud de Ladera.	realizar jornadas de capacitación realizar socialización del uso adecuado y cuidado de la infraestructura fisica mediante los diferentes medios de comunicación con los que cuenta la Red de Salud de Ladera ESE.	Lider de Gestion de Ambiente Fisico	18/02/2022 12:00:00 a.m.	18/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A RECURSOS FISICOS	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 121: 1.fortalecer la cultura de utilización de elementos de protección personal y seguridad industrial. 2.fortalecer el seguimiento a las desviaciones detectadas durante las inspecciones realizadas a las áreas de trabajo.	1. falta de fortalecimiento en la cultura para el uso adecuado de protección personal y seguridad industrial. 2. falta de seguimiento a las desviaciones detectadas durante las inspecciones de mantenimiento realizadas a las IPS	1. realizar acciones de socialización y sensibilización que generen cultura para el uso adecuado de elementos de protección personal y seguridad industrial con el acompañamiento del area de SST. 2. realizar seguimiento constante a las acciones realizadas para cerrar los hallazgos encontrados en las inspecciones realizadas a las IPS, en cuanto a mantenimiento preventivo y correctivo se requiere.	1. realizar actividades de capacitación virtual que permitan la socialización y sensibilización de la cultura de uso de los elementos de protección personal y seguridad industrial. 2. realizar acciones constantes que permitan la verificación y cierre de los hallazgos encontrados en las inspecciones realizadas a las IPS adscritas a la Red de Salud de Ladera E.S.E.	Lider de Gestion Ambiente Físico	18/02/2022 12:00:00 a.m.	18/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 110: * Mejorar los tiempos de ejecución. - Actualizar el plan de capacitaciones y formaciones.	las ejecuciones de las capacitaciones para la formación del personal no son constantes.	Actualizar el plan de capacitaciones para que los tiempos de ejecución del proceso de formación del personal sea más constante.	Realizar capacitaciones constante al personal que se encuentra en los procesos, Adjuntar actas de capacitaciones donde se mejoran los tiempos de ejecución y anexar plan y cronograma de capacitaciones actualizado	Lider de Gestion de Talento Humano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 109: Mejorar los tiempos de validación o verificación de los datos entregados en las Hojas de Vida de los funcionarios.	algunas hojas de Vida de los funcionarios no están completamente sistematizadas	Sistematizar todas las Hojas de Vida de los Funcionarios de la Red de Salud de Ladera E.S.E, para la rápida ubicación de los documentos.	digitalizar todas las hojas de vida de los funcionarios de la Institución.(anexar pantallazos de las carpetas donde se encuentran digitalizadas las hoja de vida escaneadas del personal).	Lider de Gestion Talento Humano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	21/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 107: * Mejorar los tiempos de programación y ejecución de los planes de inducción y reintroducción.	dificultades en el cumplimiento de la ejecución de los planes de inducción y reintroducción.	socialización para el cumplimiento del cronograma de inducción y reintroducción para el fortalecimiento de la cultura organizacional.	Realizar las inducciones y reintroducciones teniendo en cuenta los planes y cronogramas estipulados por la institución. (anexar actas de inducción y Reintroducción)		22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 105: * Mejorar la comunicación interna con el fin de identificar las oportunidades de fortalecimiento en los diversos procesos.- Diseñar estrategias con los diversos comités con el fin de mejorar la asertividad en la comunicación.	poca utilización de los canales de comunicación existentes en la institución	implementar estrategia de comunicación efectiva para la divulgación de la información.	Utilizar los medios de comunicación más importantes dentro de la institución para la socialización de los comunicados desde el proceso de talento humano.	Lider de Gestion de Talento Hiumano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	14/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 104: Crear estrategias para fortalecer el clima laboral-Evaluaciones de ambiente laboral.- Estrategias internas con los diversos comités que hacen parte de la organización.	baja innovación en el diseño e implementación de estrategias de intervención para afectar positivamente el clima laboral.	Coordinar con la ARL POSITIVA, para la realización de la evaluación de clima laboral	Realizar actividades que estimulen y fortalezcan el clima laboral en la Institución. (entregar actas y listados de asistencia de las actividades realizadas).	Líder Proceso de Gestión Talento Humano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	20/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	SEDE ADMINISTRATIVA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 101: * Utilizar las herramientas diseñadas en formatos en la página Interna de la Institución. Socializar y capacitar a los supervisores de los contratos.	No se contaba con los documentos actualizados ni socializados.	Se requiere actualizar los documentos del area juridica y socializarlos a las diferentes areas.	Actualizar en la pagina Intranet toda la documentacion del área jurídica y socializarlo.	U.A JURIDICO	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 92: *Fortalecer la adherencia de los procesos a los mapas de riesgo institucional y a los controles, contingencias y barreras de seguridad establecidas por la organización para impactar positivamente la incidencia de riesgos y eventos adversos.	poco seguimiento a los mapas de riesgo de institucionales	realizar seguimiento constante al reporte de los controles de los mapas de riesgos institucionales	consolidar la matriz de los riesgos para evaluación y seguimiento Cuatrimestral de de los diferentes controles planteados para la mitigación de los riesgos	Responsable de Calidad	22/12/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A TALENTO HUMANO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 72 - optimizar el recurso físico con relación al talento humano para mejorar la prestación del servicio.	Recurso físico con poca cantidad de talento humano para la prestación de servicios	actualizar la relación de capacidad instalada vs la oferta y disponibilidad de suficiencia del talento Humano	Garantizar la cantidad necesaria de talento humano teniendo en cuenta la capacidad instalada de las IPS. (solicitudes de talento que realizan IPS para optimizar la prestación de los servicios).	U.A TALENTO HUMANO	22/12/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 51: * actualizar todas las guías de práctica clínica asistencial de los servicios, incluir el registro de la información brindada al usuario y su familiar sobre la atención y tratamiento brindado, elaborar el plan de cuidados para el paciente posterior a su egreso, socializar las actualizaciones con todo el personal asistencial. * actualizar el UYH-pro-009 protocolo de egreso para ingresar la información del paso a paso que se le debe de informar al paciente para realizar el proceso de solicitud de citas o remisiones ambulatorias posterior al egreso y socializar con el personal asistencial de los servicios.	se deben actualizar todas las guías de práctica clínica asistencial, se debe incluir el registro de la información brindada al usuario y su familiar sobre la atención y tratamiento brindado, se debe elaborar el plan de cuidados para el paciente posterior a su egreso, teniendo en cuenta que si no se realiza dichas acciones pueden generar no un adecuado manejo a los ptes, importante dejar todo esto evidenciado en la historia clínica para evitar posibles problemas con los familiares ante quejas posteriores a la atención.	se realiza actualización de todas las guías de práctica clínica asistencial de los servicios, se incluye el registro de la información brindada al usuario y su familiar en la historia clínica sobre la atención y tratamiento brindado, se realizará socialización de las actualizaciones con todo el personal asistencial.	Los coordinadores de los servicios de urgencias realizará la actualización de las GPC y se realizará la socialización con el personal asistencial de cada servicio.	URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 40: Creación del perfil de Resistencia antibacteriana, por parte de Laboratorio clínico.	no se contaba con una guía de poa para el laboratorio	se realizo una reunion con el equipo de poa donde se identifico el perfil de resistencia de laboratorio se solicito capacitacion y se realizo el perfil del laboratorio de resistencia con la muestras mas representativa que es urocultivo se hizo tabulacion y se grafico estamos en el analisis para su medicion	realizar perfil antibacteriano del laboratorio y determinar las pruebas de sensibilidad o antibiogramas que determinan la susceptibilidad de un microorganismo frente a los medicamentos antimicrobianos a partir de las de la exposición de una concentración estandarizada del germen a fármacos .	APOYO DIAGNOSTICO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SALUD PUBLICA	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 36: *Realizar actualización del manual de transporte conservación y remisión de muestras.	durante la autoevaluación no se evidencio el manual de transporte conservación y remisión de muestras.	revisar y actualizar el manual de transporte conservación y remisión de muestras con el que cuenta la institución.	realizar actualización del manual de transporte conservación y remisión de muestras de la institución.	U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	22/10/2021 12:00:00 a.m.	28/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 23: *Establecer enfoque de riesgo de acuerdo a resolución 3280 de 2018 - Adopción de las guías para cada curso de vida establecidos por el ministerio para la resolución 3280 de 2018.	Guías desactualizadas, falta de parametrización de las historias clínicas.	Implementación de las guías y/o protocolos correspondientes a la evaluación de riesgo de los cursos de vida pertenecientes a resolución 3280 de 2018. Creacion y modificacion de las historias clínicas de programa que permita realizar tamizajes de riesgo. Capacitar al personal asistencial en las rutas de atención de salud de los diferentes cursos de vida Resolución 3280 de 2018	Se implementaron cada una de la RIAS en los diferentes curso de vida pertenecientes a la Resolución 3280 de 2018, mediante la adopción de las guías y/o protocolos correspondientes de acuerdo a la resolución. Modificación y/o crean de Historias clínicas a fin de cumplir con los criterios de evaluación (tamizajes) y demás parámetros que permitan evaluar el riesgo de los usuarios asistentes a la Red de Salud ladera.	Subgerencia de PYP	12/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 21: Garantizar la asignación de citas de acuerdo a curso de vida del paciente con los diferentes programas de promoción y mantenimiento de la salud por los diferentes canales de asignación de citas. *Establecer de acuerdo a las condiciones sociales y culturales del usuario la clasificación del riesgo para su atención el los diferentes programas de PYP *Garantizar que el personal asistencial nuevo y antiguo conozca las necesidades el usuario para la prevención de enfermedades (características y requerimiento de cada programa)	Asignación de citas solo presenciales para los programas de promoción y mantenimiento de la salud. No se realiza proceso de inducción por cada una de las líneas o cursos de vida contenidos en la Resolución 32080 de 2018.	realizar la implementación de la asignación de citas de cada uno de los programas de promoción y mantenimiento de la salud por todos los canales e atención (presencial, telefónica y pagina web) Garantizar el proceso de inducción a todo el personal asistencial nuevo en las rutas de atención de la Resolución 32080 de 2018	Realizar la asignacion de citas de todos los cursos de vida por medio de la pagina web y realizar proceso de inducción bajo agendamiento con cada uno de los referentes de promoción y mantenimiento de la salud al personal asistencial nuevo en la Red de Salud Ladera. E.S.E	Subgerencia de PyP	22/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A SISTEMAS	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estandar 16: Capacitación al personal de apoyo administrativo en el proceso de atención al usuario en lo referente a la asignación de citas medicas.	Rotación del personal contratado en el área de atención al usuario y Call Center para asegurar una adecuada prestación del servicio.	capacitar constantemente al personal para mejorar la prestación del servicio	hacer capacitación periódica al personal sobre la asignación de citas medicas, facturación. hacer video educativos.	Responsable de Agendamiento de Citas	01/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A SISTEMAS	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estandar 65: Adquirir un servidor con buenas características para mejorar los tiempos de respuesta en la elaboración de informes del sistema de información.	Bloqueos en sistema de Información RFAST	Compra de un Servidor con buenas característica	solicitando compra de equipo a la Gerencia para mejorar el proceso	Responsable de Gestion de Informacion	01/09/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	ESE LADERA	Auditoría Medica	Se deben implementar mejoras en el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa Juventud en el tema de planificación familiar, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos donde corresponde la información y reforzarlo inherente al análisis y examen físico completo, incluyendo examen de mamas.	1. No se registra información de vacunación contra SARS. 2. No se evidencia la historia clínica totalmente diligenciada persisten espacios en blanco. 3. Falta el registro antecedentes laborales u ocupacionales. 4. No se evidencia remisión a otros programas. 5. No se realiza examen de las mamas en alto porcentaje de las historias evaluadas. 6. No se registra cita de control. 7. No se registra examen por sistemas.	Realizar capacitación a funcionarios entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería sobre recomendaciones en la calidad del dato en las HC y valoración del paciente al momento de la consulta.	realizar capacitación frecuente y en la siguiente Reunión mensual de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se anexa acta de la última reunión.	Jefe Ingrid Bravo	17/12/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estandar 1 - Garantizar la comprensión de los derechos y deberes de los pacientes a personas con limitaciones visuales, auditivas y mentales.	No cuenta con estrategia en la divulgación de los derechos y deberes en pacientes con limitaciones auditivas y visuales.	Realizar estrategia de divulgación en medios audiovisuales a pacientes con limitaciones visuales y auditivas	Se realizara video ilustrativos con vos en off y lenguaje de señas donde se explique los derechos y deberes de los pacientes asistentes a la red de salud ladera E.S.E	Responsable de Promoción y Mantenimiento en la Salud	31/12/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estandar 29 - Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.	No se diligenciaba en historia clínica de manera completa y clara la clasificación del riesgo de las gestantes.	Implementar en Historia Clínica escala de identificación de riesgo Biosicosocial, para clasificar las usuarias según su riesgo	Se realizara modificación de historia clínica (materno perinatal) para incluir la escala de riesgo biosicosocial.	Responsable de Promoción y Mantenimiento en la Salud	01/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estándar 40: Adoptar GPC de INS acorde a nivel de atención	por falta de actualización de guías de prácticas clínicas se puede dar un inadecuado manejo de ciertas patologías.	Se Adoptan GPC de INS acorde a nivel de nuestra atención y se envían a calidad para ser subidas a la intranet para el acceso de todo el personal asistencial que las requiera.	Los coordinadores de los servicios de urgencias y hospitalización realizarán la socialización de las guías con el personal asistencial de cada servicio .	Rspnsable de Urgencias y Hospitalizacion	01/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Priorizacion de Acreditacion	Estandar 51 - No se cuenta con un Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones.	al no contar con un Plan de cuidado escrito que incluya la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, se puede generar complicaciones en el manejo ambulatorio del usuario.	En próxima reunión con el personal asistencial de los servicios, se socializara la importancias de realizar a cada paciente un plan de cuidado, donde se debe de forma integral explicar el manejo de su patología y la continuidad del tratamiento ambulatorio si esto lo requiere para evitar posibles complicaciones y reingresos por mal manejo en casa.	socializar con los médicos la importancia que tiene, explicar de manera verbal y por escrito todo lo referente al plan de cuidado y las recomendaciones una vez salga de la institución, y debe quedar evidenciado en la historia clínica de cada paciente.	Responsable de Urgencias	01/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1496/ Evento adverso Fuga Paciente identificado # 1108570334, menor de 5 años quien es remitida de la consulta externa IPS Siloé el día 27/10/2021 por diagnóstico de sospecha abuso sexual, por hallazgos al examen físico y exámenes de laboratorio Se informa que durante el proceso de atención se presentaron dificultades en la atención debido a alteración emocional de la madre, al solicitarle documento de registro civil de la niña, se interviene con trabajo social quien identifica que es la madre de crianza con custodia legal de la niña. Se comenta caso con equipo interdisciplinario quienes consideramos pertinente dejar a su disposición del ICBF por los posibles riesgos psicosociales en el medio familiar y los hallazgos clínicos En el transcurso de la mañana del día 28/10/2021 la auxiliar de enfermera identifica que la paciente y su madre no se encuentran en el servicio, por lo	*NO ACTIVACIÓN DE PROTOCOLO DE SAS ADECUADAMENTE *PUERTA DE URGENCIAS LADO DE CONSULTA EXTERNA, SIN CONTROL FISICO, NI MECÁNICO	*REALIZAR RESOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO Y RUTA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL *REALIZAR CIERRE DE PUERTA, CON CONTROL CENTRAL MANEJADO SOLO POR PERSONAL DE URGENCIAS	? REALIZANDO CAPACITACION POR PARTE DE LA COORDINACION DE URGENCIAS DEL PROTOCOLO Y Y RUTA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, MEDIANTE REUNIONES CON EL PERSONAL MÉDICO YA PROGRAMADAS EN EL TRANSURSO DEL MES DE NOVIEMBRE. ? GESTIONANDO CON SUBGERENCIA Y COORDINADOR DE URGENCIAS PARA QUE EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO REALICE LA ADECUACION DE LA PUERTA	*COORDINADOR DE URGENCIAS Y MANTENIMIENTO	30/11/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorias Internas de Calidad	3. El área no cuenta con los manuales para el manejo de la plataforma SECOP y SIA OBSERVA. En cumplimiento de la Norma ISO 9001 del 2015, Numeral 4.4.3. 5.3 y 8.4.	No se contaba con los manuales del SECOP Y SIA OBSERVA	Adoptar en el área jurídica los manuales del SECOP y SIA OBSERVA.	Ingresar a la plataforma Intranet los manuales del SECOP y SIA OBSERVA para que sean utilizados por el área jurídica.	RESPONSABLE DEL AREA JURIDICA - JEFE OFICINA JURIDICA MARTHA CECILIA LOPEZ TOBON	19/11/2021 12:00:00 a.m.	19/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorias Internas de Calidad	2. El proceso cuenta con manual de supervisión, pero tiene actas de socialización y capacitación a supervisores de los contratos incompletas, lo cual se recomienda diligenciarlas en su totalidad en cumplimiento de la Norma ISO 9001 del 2015, Numeral 4.4.3, 5.3 y 8.4.	Se presentó por error involuntario el acta de reunion de capacitacion a supervisores, sin las actividades y el desarrollo de la reunión.	Se debe realizar la entrega del acta completa.	Se presenta en el presente informe el acta completa que se encuentra adjunta en esta plataforma y se puede vislumbrar el cumplimiento al requerimiento.	RESPONSABLE DEL AREA JURIDICA - JEFE OFICINA JURIDICA MARTHA CECILIA LOPEZ TOBON	01/10/2021 12:00:00 a.m.	19/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A JURIDICO	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorias Internas de Calidad	1. El proceso cuenta con Manual de Funciones del jefe del proceso jurídico formalizado en el año 2019, pero en comparación con el acuerdo de la Junta Directiva No. 260-2020 de la creación del cargo tiene fecha junio 18 del 2020 lo cual da incumplimiento a la norma ISO 9001-2015 Numeral 4.4.3.y 5.3.	Evidenciar todos las modificaciones que han surgido en todo este tiempo sobre el manual de funciones del año 2019.	Evidenciar los cambios que ha tenido el manual de funciones del año 2019, es decir el cargo del área jurídica para el año 2019 no existía, es por ello que no aparece para ese año cargo alguno, por lo tanto a partir del año 2020 es que se crea el cargo, y por ello se creo una resolución de creación del cargo que se encuentra debidamente formalizado.	En la página web de la Red de Salud de Ladera ESE se encuentra toda la cronología del manual de funciones madre que data del año 2019 y en adelante se evidencia de forma física y virtual todos los cambios que se han hecho sobre los artículos del manual antiguo. se adjunta toda la evidencia de que se ha cumplido con la normatividad sobre los cambios que ha tenido dicho manual. ya que por normatividad todos los manuales están sujetos a modificaciones y el área jurídica se ha encargado de realizar todo las cuestiones legales pertinentes. dicho lo anterior si bien es cierto que la fecha de la creación del cargo fue del 2020, se encuentra bien ya que para el 2019 no existía el cargo, por lo tanto por medio de junta directiva se autorizó la creación y por norma esto es legal y se puede realizar por medio de resolución.	Responsable Juridica	01/10/2021 12:00:00 a.m.	19/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Comite de Infecciones	DISPONER DEL DATO ESTADÍSTICO DE USO DE ANTIBIÓTICOS - ANTIMICROBIANOS EN LOS SERVICIOS DE LA ESE LADERA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y PARTOS			se realizó informe estadístico desde el sistema de información R-fast sobre el consumo de antibióticos del primer semestre del año 2021.	COORDINADOR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	01/11/2021 12:00:00 a.m.	10/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	ESE LADERA	Comite de Infecciones	DISPONER DEL PERFIL ANTIMICROBIANO PARA LA ESE LADERA.DETERMINANDO LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS Y DEL PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD.	No se cuenta con la adquisición del panel microbiano, porque anteriormente era enviado por la universidad del valle debido a pandemia las universidades no lo volvieron a proporcionar.	Solicitar a la universidad del valle CEPAS.	Por medio de correo interno a la universidad solicitando estas.	COORDINADORA DE LABORATORIO CLINICO	31/12/2021 12:00:00 a.m.	09/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
DETECCION TEMPRANA DE CANCER	ESE LADERA	Auditoria Medica	Propender porque el personal de enfermería que realiza la toma de la citología vaginal en el programa de promoción y mantenimiento de la salud, participe del diligenciamiento completo de la historia clínica especifica del programa detección temprana de Ca de cérvix. Se requiere hacer énfasis en el registro completo de todos los campos. La toma de presión debe realizarse en todos los casos, ya que algunas usuarias embarazadas son hipertensas y otras usuarias tienen factores de riesgo como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.	1.No se evidencia la historia clínica, totalmente diligenciada, persisten espacios en blanco. 2.No se registra dato de la última citología vaginal realizada a la usuaria. 3.No se registra los antecedentes patológicos, personales y familiares. 4.No se evidencia registro del examen físico completo, no se toma la presión arterial al total de las usuarias. 5.No se evidencia registro de recomendaciones y signos de alarma. 6.No se realiza remisión a otros programas de promoción y mantenimiento de la salud.	Socialización del informe de auditoria clínica a las enfermera y auxiliares de enfermería.	Realizar capacitación a enfermeras y auxiliares de enfermería de los resultados de la auditoria a las historias clínicas desarrolladas por ellas	Jefe Angelica Maquilón	15/11/2021 12:00:00 a.m.	26/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	Descripción del problema Evento: caída sala urgencias ips siloe caso 1493 paciente de 34 años de edad con cc: 1130609223 Ingresa al servicio de urgencias por presentar trauma cráneo encefálico leve, trauma en cara y trauma cervical por caída de una altura de 5mts. paciente con enfermedad de base diabético y consumidor de drogas. según la descripción del doctor sufre nuevamente caída al intentar trasladarse al baño. Previamente se le explica al familiar la importancia de movilizar al paciente apoyándose en el personal de turno. Según lo investigado con la familiar del paciente, las barandas de la camilla se encontraban alzadas y en el momento que quiso movilizarlo sola al paciente, inquieto logra bajar una baranda y se cae de la misma. se llama al personal de enfermería y médico quien lo levanta nuevamente y se coloca en la camilla.	*NO REALIZACIÓN DE LA ESCALA DEL RIESGO DE CAIDA EN LA HISTORIA CLINICA *NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDA	*REVISAR LA APLICACIÓN CORRECTA DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA, EN TODOS LOS PACIENTES AL MOMENTO DEL INGRESO A LA INSTITUCIÓN. *AJUSTAR LOS TIEMPOS, MOMENTOS Y PERFILES DEL PROFESIONAL PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGO DE CAIDA, EN LA HISTORIA CLINICA, TENIENDO EN CUENTA LAS VARIACIONES EN LA CONDICIÓN CLINICA DEL PACIENTE. *REALIZAR PLANES DE ENFERMERIA TENIENDO EN CUENTA PATOLOGIA Y RIESGOS DE CAIDA DEL PACIENTE ENCAMINADOS A LA ATENCIÓN POR EL MOTIVO DE CONSULTA Y MINIMIZANDO EL MISMO. *REALIZAR CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE SALUD, REALIZANDO EVOLUCIONES MEDICAS Y NOTAS DE ENFERMERIA LO SUFICIENTEMENTE CLARAS PARA LA TOMA DE DECISIONES Y PLANES DE MANEJO DEL PACIENTE *REALIZAR EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIA CON RESPECTO A LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA PATOLOGIA Y ATENCION EN SALUD PARA PROPENDER SU AUTOCUIDADO *APLICAR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS SEGÚN LA CLASIFICACION DEL RIESGO	URGENCIAS RESOCIALIZACION DE LA CORRECTA APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL RIESGO DE CAIDA, MEDIANTE REUNIONES CON EL PERSONAL MÉDICO YA PROGRAMADAS EN EL TRANCURSO DEL MES DE NOVIEMBRE. * REVISANDO Y AJUSTANDO LOS PARÁMETROS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ESCALA DEL RIESGO CON EL ÁREA DE SISTEMAS, INCLUYENDO DIFERENTES PERFILES PROFESIONALES, ADEMÁS SE PERMITA EN DILIGENCIAMIENTO NO SOLO A LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA, SI NO QUE SE PUEDA AJUSTAR DEPENDIENDO LOS CAMBIOS CLÍNICOS PRESENTADOS. * REALIZANDO PLANES DE ENFERMERÍA CONSIGNÁNDOSE EN EL KARDEX DEL PACIENTE, APLICANDO EL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAIDA PARA QUE SEAN CUMPLIDOS * REALIZANDO NOTAS DE EVOLUCION MEDICA Y DE ENFERMERIA EN DONDE SE DESCRIBA DE MANERA AMPLIA EL ESTADO MENTAL Y FÍSICO DEL PACIENTE, DE FORMA CEFALOCAUDAL, APLICANDO UNA VALORACIÓN INTEGRAL * SOCIALIZACION A FAMILIA Y PACIENTE DE LAS MEDIDAS APLICADAS INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS, CON SU RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA * APLICANDO TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA MINIMIZACION DEL RIESGO DE CAIDA. * SEMAFORIZACIÓN EN LA MANILLA, KARDEX Y TABLERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE SEGÚN EL	*COORDINADOR DE URGENCIAS *SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SISTEMAS RFAST *ENFERMERA DEL SERVICIO *TODO PERSONAL DE SALUD	30/11/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitación continua al personal asistencial médico en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, que incluyan evaluaciones pre y post de conocimientos, para medir la adherencia a la guía clínica y en especial la historia clínica específica del programa, la cual no tiene un correcto diligenciamiento por parte de algunos médicos. Hay que reforzar en la importancia del registro completo y en diligenciamiento de los espacios que corresponden a todos los ítems.	totalmente diligenciada. Hay espacios en blanco. 2.No se registra en algunas historias clínicas, la cita para el próximo control. 3.Falta de registro de la educación al paciente y su familia sobre derechos sexuales y reproductivos. Falta registro de la explicación a usuarios sobre IVE (Interrupción voluntaria del embarazo). 4.Falta evidencia de recomendaciones sobre educación en métodos anticonceptivos. 5.Se elaboran plantillas que contienen toda la información de la gestante, dejando los espacios que corresponde en blanco. Luego se traslada esa misma información al análisis, omitiendo éste. 6.Cuando la usuaria es clasificada como alto riesgo obstétrico, no se coloca el diagnostico asociado. 7.Se requiere incrementar la remisión de la gestante a otros programas de promoción y mantenimiento de la salud. 8.No se realiza examen de mamas a la totalidad de usuaria	Realizar capacitaciones y actualizaciones al personal asistencial	Capacitaciones al personal asistencial Se realizan capacitaciones continuas al personal asistencial, tanto médicos como aux de enfermería y enfermera. resaltando temas como parto humanizado. Se realizan capacitaciones al personal asistencial.	David Velez, Jefe de Partos	19/11/2021 12:00:00 a.m.	30/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A COMPRAS	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorias Internas de Calidad	No se evidencia el cierre al hallazgo ya establecido en la auditoria que se realizó en el mes de marzo Falta orden de compra la cual debe ser entregada por la empresa asís proveedor de insumos de papelería En el plan de mejoramiento con Icontec calidad se identifica que la observación No.3338 en SIGES En el proceso de compras no se evidencia las evaluaciones de los proveedores -incumplimiento de los criterios de evaluación, no presenta avances y su término de tiempo se cumple el día 20 de octubre de 2021.	1.Déficit en el seguimiento y control en la evaluación de proveedores mediante la plataforma SIGES.	2. Se requiere realizar la mejora de la información o criterios a evaluar dentro del aplicativo SIGES para su posterior diligenciamiento y seguimiento.	Mediante la implementación del PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE INSUMOS Y SUMINISTROS, en todas el proceso de la cadena de abastecimiento.	Responsable de Compras	21/04/2021 12:00:00 a.m.	30/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A SISTEMAS	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Numerales 5.1.2 Enfoque al cliente, 9.1.2 Satisfacción al cliente: Se evidencia en el proceso de Call Center falta de analisis, tratamiento y seguimiento a los requerimientos por parte de los usuarios, en la asignación de citas. se encuentra el 38% de las quejas de atención al usuario relacionadas con este proceso. No se encuentra acción correctiva en ejecución.	1. Alta rotación del personal del centro de contacto Call Center, para asegurar una adecuada prestación del servicio. 2. Falta de indicadores de gestión para la medición del proceso de Call Center. 3. Falta de la estructura de un plan correctivo para intervenir el riesgo materializado de caída del sistema R-FAST. 4. Falta de seguimiento y control a las actividades de mejora y la integración y alineación con los líderes de procesos involucrados.	Rediseño del subproceso del contac center para responder de manera efectiva la satisfacción de los usuarios que acceden a los servicios de salud.	-Con el área de talento humano realizar revisión de perfiles teniendo en cuenta las competencias y habilidades del personal contratado para realizar funciones en el Contac center. -Implementación de indicadores que evalúen el buen funcionamiento del Contac center: Satisfacción al cliente Nivel de servicio Tiempo de respuesta Tasa de abandono Eficiencia operacional - caída de rfast -Aumentar la capacidad instalada pasando de 9 agentes a 14 agentes con el fin de aumentar la de capacidad en la atención. - Generar diariamente informe de las llamadas abandonadas y realizar la devolución de llamadas para mejorar la percepción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud." -Construcción de modulo web para que los usuarios soliciten citas médicas de especialistas, con una respuesta aproximadamente de 48 horas. -Se realiza propuesta para la disposición del 70 % del agendamiento de todos los profesionales incluyendo los médicos de programas, teniendo el control y manejo para los cupos reservados de la página web y cijos disponibles para agendamiento por el Contac center. - Recordatorio por medio de mensajes de texto un día antes de la cita que aplican para todas las especialidades. -Reestructuración del	Responsable Gestion Informacion	14/10/2021 12:00:00 a.m.	31/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorias Internas de Calidad	Medición del Desempeño: Seguimiento y Medición, Análisis y Evaluación: No se cuenta con mecanismo para la medición de adherencia a las guías de práctica clínica (auditorias Medicas)	Ausencia en la planificación de actividades ( no sumisión del cargo del referencia administrativa).	Implementación de cronograma de actividades, planificación bimensual o trimestral de las misma de acuerdo a la necesidad del servicio.	De acuerdo al volumen de pacientes recibidos y la planificación bimensual estratégica para el manejo de auditorias medicas e internas. adherencia a cronograma de otros programas quienes ya implementa auditorias medicas regulares.	Responsable del componente	29/11/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorias Internas de Calidad	El proceso no cuenta con lista de chequeo para la revisión de la documentación correspondiente a los diferentes programas o servicios que se prestan en el proceso y a su tipo de contratación	No existencia de formato establecido para revisión del mismo.	Implementacion de archivo codificado para seguimiento por cada IPS, teniendo en cuenta tipo de población asistente a las diferentes cabeceras con lista de chequeo para la revisión de la documentación correspondiente a los diferentes programas o servicios que se prestan en el proceso y a su tipo de contratación.	Digitalizacion de documento codificado por cada IPS. registro automatico en excel en cuadro estadístico de agendamiento de usuarios. solicitud al área de calidad.	Responsable del proceso	04/11/2021 12:00:00 a.m.	04/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorías Internas de Calidad	Se evidencia deterioro, o poco suministro de algunos insumos en la IPS Meléndez, ejemplo, plastilinas terapéuticas, cera. pero también la falta de mantenimiento y suministro de algunos equipos, ejemplo; hidro colector, tanque de remolino, plastilinas para rehabilitación, deterioro de los electrodos. En cuanto al almacenamiento de insumos, se encuentra que la rotación se hace según orden de llegada del producto, pero no se dispone de clasificación visual tipo semaforización. No se evidencia registro de riesgo en la seguridad del paciente, este se puede implementar en la plataforma de historias clínicas en modo de semaforización o ajustando a lo ya existente en la organización.	Se cuenta con insumos en el área sin embargo su deterioro obedece directamente al volumen de usuarios recibidos durante el periodo en curso, a la adquisición no periódica de los mismos. No existe documento de semaforización establecida para el almacenamiento de los insumos. Actualmente según el caso se reposa en la historia clínica la condición que el usuario pueda presentar.	Implementación de supervisión de insumos internos periódicamente para establecer estado con ello manejo semaforizado del mismo. Proposición a subgerencia debido a temas presupuestales, frente a la disposición y periodicidad de la reposición de equipos de terapia física y su adquisición durante el año. Implementación de Semaforización de insumos de acuerdo a grado de almacenamiento articulación con personal de almacén para determinar uso del mismo. Diligenciamiento específico en historia clínica.	Ya se realizó en meses anteriores, solicitud de pedido de insumo de terapia física para las diferentes IPS, se está a la espera de autorización presupuestal de Gerencia. Definición de manejo de historia clínica para implementación por parte de los profesionales. Adherencia a proceso de almacenamiento directamente de la bodega para establecer semaforización de los insumos.	Gerencia.	03/11/2021 12:00:00 a.m.	03/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorías Internas de Calidad	Durante el proceso de auditoria se evidencio el mecanismo de disponibilidad del personal asistencial del proceso de terapias complementarias, encontrando un énfasis en la terapia física con mayor número de personal, seguido por terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia respiratoria, no se cuenta con un análisis de la oferta institucional en cada territorio a fin de brindar la cobertura necesaria según las necesidades, y la reorganización de los convenios docencia asistencial con las instituciones educativas. No se evidencia el apalancamiento en sistemas informáticos que posibiliten la atención de la población de las zonas más alejadas, disminuyendo con esto brechas de inequidad en el servicio y oportunidad, ejemplo de esto, la tele rehabilitación.	Implementación de archivo codificado que evidencia la demanda por parte de cada IPS. NO esta determinado el servicio actual en Tele rehabilitación, se realizó teleasistencia durante la contingencia para SARSCOV2 una vez se reestableció apertura de consulta externa el manejo de los pacientes de manera presencial, existe presencia en zona rural a la que se puede acceder presencialmente, de este modo se da cubrimiento parcial a la población mas lejan.	Evaluar según requerimiento de demanda de cada ips la disponibilidad de profesionales en rehabilitación. Revisión e implementación de un programa de tele rehabilitación para las zonas rurales o pacientes cuyas condiciones no permitan desplazamiento a o accesibilidad al proceso.	Solicitando a sistema, consolidados bimensual de la demanda de servicios de terapias. Radicación de proyecto y presentación ante las diferentes subgerencia, acogiéndose a los programas de teleconsulta ya establecidos de modos que de manejo similar a los pacientes.	Responsable del proceso- Subgerencias y Gerencia.	14/10/2021 12:00:00 a.m.	14/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorias Internas de Calidad	No se evidencia protocolo de inducción al ingreso de personal del proceso en mención, teniendo en cuenta algunos mínimos, manejo de guías clínicas de la institución, manejo de historia clínica y sistema de información, así como el organigrama interno, correlación con otros procesos, y seguridad del paciente. Esto puede darse como parte de la educación continua. Se evidencia el diligenciamiento del consentimiento informado de manera física, no cuenta con uso de sistema de informáticos, y la promulgación de la cultura de uso del consentimiento, así como la descripción de las posibles situaciones a los usuarios.	Actualmente la rotación de personal pertenece a un bajo %, sin embargo se evidencia la necesidad de establecer un protocolo de inducción en los procesos de terapia. El consentimiento informado, estaba unificado por todas las terapias, y no contaba con los riesgos de cada profesión, además faltaba actualizar información sobre covid.	Implementación y adherencia a los procesos que ya tienen establecido los procesos de inducción. Actualización de formatos.	En caso de ingresos posteriores, dada la baja rotación elaboración de los servicios mencionados en un formato. Se realizaron los ajustes pertinentes.	Subgerencias.	05/11/2021 12:00:00 a.m.	05/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorias Internas de Calidad	Sobre los mecanismos de divulgación y transferencia de información al personal, se puede evidenciar que se requiere fortalecer, ejemplo de esto los procesos educativos continuos, con expertos en los temas, o afianzar las estrategias interinstitucionales con entes educativos a fin de capacitar a los colaboradores de la organización. No se logra evidenciar capacitaciones dirigidas al personal en cuestiones, determinado estas en el marco de actualizaciones, referentes técnicos o manejo de tecnologías blandas o duras. No se logra evidenciar de manera subjetiva las principales causas de consulta a los servicios, estos debido a la no articulación a sistema de información que permita localizar la incidencia y prevalencia, como datos	No se tiene establecido un cronograma de actualizaciones en procesos educativos continuos. Falta de análisis de las principales causas de consulta a los servicios.	Realización de cronograma de actividades en las que se determine tipo de capacitación. Realizar análisis de las principales causas de consulta a los servicios.	Organigrama bimensual de capacitación solicitud de información a el área de gestión y calidad para evidencia de frecuencia y número de patologías atendidas.		14/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorias Internas de Calidad	EL proceso cuenta con personal que conoce el objetivo, actividades, insumos, productos, entradas del servicio, en forma. El personal no cuenta con acceso a la plataforma estrategia para realizar seguimiento de los indicadores manejados en el proceso	Ausencia de Referente en fecha anteriores, unificación de la información y solo un usuario para ingresar.	Ya se cuenta con el ingreso a la plataforma y referente de proceso.	Ingreso periódico a la plataforma , revisión conjunta de indicadores y análisis del mismo, socialización con los diferentes profesionales.	Encargado del programa- Equipo de profesionales	14/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	preconcepcional en la mayoría de las historias clínicas llevadas a análisis, esto debido probablemente a un alto porcentaje de gestaciones no planeadas, y por otro lado por falta de promoción adecuada de este servicio. 2. No se encuentra diligenciado en ninguna de las historias revisadas el examen de las mamas. Se considera mandatorio realizar una socialización que permita generar estrategias para integrar este punto del examen físico a la evaluación de ingreso y seguimiento de todas las gestantes. 3. Se evidencia como hallazgo de alarma la falta de examen ginecológico en las historias analizadas de los puestos de salud de Siloé, Brisas de mayo, y una de las dos historias analizadas del puesto de salud de la Buitrera. Dicho hallazgo puede conllevar a una remisión inadecuada al momento de la atención del parto, y llevar a la omisión de	1. Variables de identificación: No se registra realización de consulta preconcepcional en ninguna de las historias clínicas revisadas. 2. Variables de examen y diagnóstico: No se registra examen de mamas en la totalidad de las historias clínicas auditadas 3. Variables de controles: No se registra examen ginecológico en cinco de las quince historias analizadas. No se registra correlación altura uterina Vs edad gestacional en dos de las historias clínicas 4. Variables recién nacido: No se encuentra registro de la correlación del examen físico neonatal con la edad gestacional del neonato en 7 de las 15 historias revisadas; ni la correlación del peso con la edad gestacional en 8 de las 15 historias revisadas.	CAPACITACION AL PERSONAL MEDICO ASITENCIAL DE SALA DE PARTOS, SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CORREALCION DEL EXAMEN FISICO Y PESO NEONATAL.	MEDICANTE CAPACITACION DEL PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS Y GINECOLOGO DE SALA DE PARTOS) En la fecha se realiza cargue del 3 informe partos y obstetricia y se informo por correo electrónico a los responsable de llevar a cabo las acciones de mejora.	Jefes: David Vélez y Manuela Valderrama	01/11/2021 12:00:00 a.m.	19/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	No es suficiente la divulgación de la información a los usuarios sobre las recomendación o requisitos antes de realizarse un procedimiento así mismo no se observa la implementación un consentimiento informado para los posibles riesgos de los procedimientos realizados en el proceso, tomas de muestras, rayos x y demás.	aunque se cuenta con un folleto para indicaciones para toma de muestra es necesario realizar un poco de asesoría a pacientes sobre indicaciones para exámenes que requieren algún tipo de indicación	orientar al personal auxiliar sobre la importancia de explicar recomendaciones a los usuarios de indicaciones de toma de muestra	por medio de una socialización al personal auxiliar y personal de bacteriología	Responsable Apoyo Diagnostico	23/09/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Se observa un incumplimiento constante del valor del indicador de comparación externo.	la meta del laboratorio es muy exigente de un 98% aunque cumplimos con calificación optima en el envío de los analitos al ente externo al interior no logramos cumplir con la meta no queriendo decir que estamos mal calificados	se envia el departamento de calidad siges que reevaluar la meta interna	por medio de un correo interno al area	responsable Apoyo Diagnostico	14/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	No se evidencia el manual de funciones específicas para cada uno de los cargos en la intranet.El personal de Rayos X no tenía conocimiento de sobre los indicadores y los documentos utilizados en el proceso.	desde el año 2019 el proceso de rx paso outsourcing y el manual de funciones esta a cargo de la empresa contratista los indicadores si se socializan al grupo se tiene un indicador de oportunidad en la prestación del servicio	se realizará reunión con la entidad contratada para que nos envié una copia para que este en el servicio y socializar la plataforma donde se encuentran los indicadores para todo el personal	por medio de un comunicado escrito solicitando al proveedor el manual de funciones y socialización de indicadores del proceso	responsable de laboratorio	14/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	enfermedad del Dengue a las personas del triage referente a las sospecha que deben tener frente a la enfermedad. Además de la importancia en la toma de signos vitales, completos. No siempre se registran, sobre todo a niños donde son de gran importancia. Reconfirmar por parte del médico el motivo de consulta anotado por las personas del triage igual para los signos y síntomas. Fortalecer la administración del manejo de los líquidos endovenosos tanto del médico en su forma de ordenarlos y en el personal de enfermería, el control de líquidos administrados y eliminados(balace) en pacientes en observación y/o hospitalizados. Ya esta recomendación se ha realizado a los médicos de Urgencias en las diferentes capacitaciones virtuales sobre el manejo del evento Dengue. Realizar seguimiento a los pacientes con diagnóstico de ETV - Dengue, posterior al egreso de	1. Algunos profesionales Médicos, tardan en colocar el RIPS correspondiente a la enfermedad del Dengue a pesar de la clínica, se evidencia registro de otros códigos diferentes, como fiebre en estudio, síndrome febril. 2.Hay médicos que siguen utilizando el medicamento hidroxicina ampolla 100 mg, sin una clara indicación. 3.Algunos médicos utilizan plantillas en evolución, en la evolución, plan y análisis sin cambios en su contenido. 4.No se observa adherencia total de los médicos de urgencias a la guía del Dengue. 5.Algunos médicos en el análisis de sistemas colocan simplemente puntos en el espacio.	Realizar capacitación con el personal medico y de triage para socializar diligenciamiento correcto de la historia clínica, guía de manejo y protocolo de dengue y de otras patologías.	En el cuadro de turnos del personal medico y enfermera de triage se asignara un tiempo para dichas capacitaciones	Coordinadores Urgencias Hospital cañaveralejo, Siloe y Terron Colorado.	27/10/2021 12:00:00 a.m.	05/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Los indicadores de Promoción y Prevención no cuentan con evaluación y análisis actualizado a la fecha, algunos se encuentran evaluados, pero no están analizados, no cuentan con plan de mejora para las desviaciones presentadas y algunos indicadores no presenta evaluación y análisis en todo el año.	No se realizo análisis de los indicadores correspondientes a cada una de las líneas de promoción y mantenimiento de la salud	Reporte y análisis mes vencido de los indicadores por parte de cada uno d ellos responsables de linea de promocion y mantenimiento de la salud	Mediante plataforma SIGES se realizara el reporte y análisis de los indicadores asignados a cada linea de atención de la subgerencia de promoción y mantenimiento de la salud. La subgerencia realizara seguimiento mensual	subgerencia promocion y prevencion	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	No se cuenta con un registro de pacientes identificados con enfermedades de interés en salud pública.	Se realiza el reporte de evento en interés en salud publica, seguimiento y análisis. Desde el área de vigilancia epidemiológica se cuenta con el consolidado de los casos mes a mes	Envío del consolidado de los casos reportados y analizados mes a mes por parte del area de vigilancia epidemiológica	Envío mensual a los jefe de linea de los casos reportados y analizados por vigilancia epidemiologica	Subgerencia PyP	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	El área de PyP actualmente no cuenta con historias clínicas físicas de contingencia que cumplan con criterios de registros de acuerdo a la resolución 3280 de 2018.	No hay evidencias de HC de contingencias de los cursos de vida	Realizar documento para reemplazo de la Historia Clínica Digital diligenciada en Rfast en los casos cuando no se cuente con suministro de energía	Se Diseña formato de Word HC para Atención del Adolescente y joven y se publica en la pagina interna de la institución.	Subgerencia Pyp	12/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	La información documentada de Promoción y Prevención no se encuentra socializada con el talento humano.	No retroalimentación de la documentación pertinente para la prestación del servicio de salud al talento humano de la red de salud ladera	Capacitación por parte de los jefes de linea al personal asistencial de la red de salud ladera	Programación de Reunión mensual con el personal asistencial de la red de salud ladera. Cronograma de visitas de los jefe de línea a las diferentes IPS adscritas a la red de salud ladera	Subgerencia pyp - Subgerencia Científica	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	El talento humano desconoce la ruta de acceso a la información documentada del proceso de Promoción y Prevención.	No adherencia a proceso de inducción y reinducción	Socializar al personal nuevo que ingresa al proceso de promoción y prevención de la documentación adjunta a las RIAs	Capacitación en cada una de las líneas de atención de promoción y mantenimiento de la salud al personal nuevo adscrito a PYP. Visita por parte de los jefes de línea a las IPS de atención a fin de socializar las rutas de consulta a la documentación de los programas.		12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	No se tiene evidenciadas las intervenciones de humanización de la atención realizadas con el talento humano y de las desviaciones encontradas en medio de los procesos de atención.	Se realizaba la actividad en las diferentes visitas de los jefes de línea mas no se estaba dejando evidenciado	Instar al personal asistencial en la política de humanización del servicio en la atención de pacientes.	Visitas a las diferentes IPS por parte de los jefes de línea a las diferentes IPS donde se tratara la humanización de servicio		12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	El indicador porcentaje de productividad consulta médica no se encuentra evaluado ni analizado durante todo el año	Aun no se tiene definida una metodología que permita la medición real y efectiva del indicador por que no se están descontando las horas bloqueadas de los profesionales, por incapacidad, capacitaciones, ausencia temporal de servicios públicos, inasistencia de pacientes.	GENERAR UNA METODOLOGIA DE MEDICION DE ESTE INDICADOR QUE PERMITA TENER UN DATO REAL ; TENIENDO EN CUENTA LA RESTA DE LAS HORAS BLOQUEADAS.	1. Establecer metodología de medición del indicador 2. Asignar responsables de reporte de novedades de los profesionales y genere el resultado con análisis y seguimiento	Subgerencia científica proceso de agendamiento	31/03/2022 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Los indicadores del proceso presentan desviaciones pero no se evidencia plan de mejora para dar corrección a la desviación presentada y dos indicadores se encuentran sin análisis de la evaluación.	El indicador de productividad se encuentra en proceso de definir metodología de medición se genero plan de mejora El indicador de oportunidad medicina interna se realizo plan de mejora en el hallazgo con numero	1. Se definirá la metodología de medición del indicador de productividad y se asignará un responsable de la implementación y seguimiento 2. Aumentar horas especialista en medicina interna 3. Fortalecer proceso de confirmación de citas de medicina interna a través de mensajes de texto	2. Aumentaran horas especialista ( 24 horas) en medicina interna 3. Fortalecer el proceso de confirmación de citas de medicina interna a través de mensajes de texto	subgerencia científica- proceso de agendamiento	12/10/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	El personal médico general y especialistas no presentan adherencia a la resolución 1995 de 1999 frente a la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.	mal diligenciamiento de la historia clínica en la estructura de RFAST, se presentan casos en los que diligencian con puntos o en su defecto copian y pegan la misma información en diferentes casillas de la historia clínica.	socialización de la resolución 1995 de 1999 calidad del diligenciamiento de la historia clínica, adicional socializar la estructura de historia clínica de Rfast para el personal medico y especializado.	en la Reunión mensual de médicos se socializara la información.	Subgerencia Científica Asistencial	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	No se cumple con la meta establecida de tiempos de oportunidad para la asignación de citas con médico especialista	Deficiencia en la oportunidad de asignación de citas para consulta de medicina interna Se tiene un porcentaje de incumplimiento del 12% aproximadamente	Se requiere fortalecer el proceso de agendamientos a través del reemplazo oportuno de pacientes incumplidos y fortalecer la confirmación de citas previamente. Aumentar horas medico	1. Aumentar las horas de contratación de médico especialista (medicina interna) 2. Realizar reemplazo oportuno de pacientes inasistentes desde el área de facturación. 3. Realizar confirmación de asistencia de los pacientes 24 horas antes de las citas	Subgerencia científica, proceso de agendamiento	01/02/2022 12:00:00 a.m.	31/03/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	No se tiene evidencia de socialización de la información documentada a todo el personal del proceso.	No se ha realizado el proceso de socialización de información documentada correspondiente a consulta medica general y especializada.	socializar la información documentada del proceso de consulta medica general y consulta especializada al personal medico y especialista.	en la Reunión mensual del personal medico se realizara socialización de la información documentada y la ruta de acceso a intranet y reportes de eventos adversos o no conformes.	Subgerencia Científica Asistencial	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Los médicos generales y especialista desconocen las 10 primeras causas de consulta y sus guías de atención clínica.	no se ha realizado socialización de las 10 primeras causas de atención de consulta externa de acuerdo al ASIS 2020.	socializar las 10 primeras causas de atención de consulta externa de acuerdo al ASIS 2020.	en Reunión mensual de médicos socializar las 10 primeras causas de atención de consulta externa de acuerdo al ASIS 2020.	Subgerencia Científica Asistencial	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
SUBGERENCIA CIENTIFICA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Los médicos generales y especialistas desconocen la caracterización del proceso, las rutas y procedimientos de atención y los manuales de funciones.	No se ha socializado la plataforma estratégica del proceso al personal medico y especialista de la institución.	socializar con el personal medico y especialista la plataforma estratégica del proceso de consulta externa y consulta especializada.	en Reunión mensual de médicos socializar con el personal medico y especialista la plataforma estratégica del proceso de consulta externa y consulta especializada.	Subgerencia Cientifica Asistencial	12/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Evaluar los indicadores definidos en el proceso y sus metas indicadores del proceso Indicador de tratamientos terminados: indicador # de tto terminados en el mes/ sobre total indicador en el mes, no se cumple en el periodo con un indicador 43.6 meta 70% - indicador productividad de odontólogos: total unidades ejecutadas en el mes / total de horas contratadas mes indicador 82.13 meta del 90% -indicador de embarazadas embarazo de 1 vez/ total de embarazadas inscriptas en el programa indicador del periodo 52,9 meta 100% -indicador a seguimiento a paciente sano: paciente controlado sano/ total de paciente controlado 22.94 meta 35 % No se observan planes de mejoramiento para cumplir con los indicadores que no cumplen la meta.	no se habían subido a la plataforma el analisis de los indicadores	ya se actualizaron hasta el mes de septiembre para mejoramiento de los indicadores. con compromiso en la ultima reunion odontologos, se adjunta acta de socializacion de indicadores odontologia en la reunion del 1 octubre 2021	ya se actualizaron hasta el mes de septiembre para mejoramiento de los indicadores. con compromiso en la ultima reunion odontologos, se adjunta acta de socializacion de indicadores odontologia en la reunion del 1 octubre 2021	Johanna Aristizabal	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Se evidencia que los equipos biomédicos usados en el servicio (lampara de fotocurado) no cuentan con fecha de calibración.	no se ha realizado la calibracion de los equipos esta calibracion es anual	se informa al area de mantenimiento y se solicita la calibracion de los equipos de odontologia en las diferentes ips	se solicita programar fecha para la calibración de equipos	johanna Aristizabal	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Control de la producción y Provisión del Servicio: Se solicita registro manual de temperatura ambiente y de temperatura, se evidencia que no se encuentran los formatos en la intranet, se evidencia que no tienen registro de la toma de temperatura diario.	en el siges estaba desactualizado el formato	actualizar los formatos en la pagina del siges, con logo nuevo y verificar que esten completos	fui a la oficina de calidad sede administrativa y con el ingeniero ricardo zuffiga se actualizaron todos los formatos en el siges, y estoy en recorrido ips por ips entregando formatos actualizados y actualizando a el grupo de odontologia	Johanna Aristizabal	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Gestión del Conocimiento: Se evidencia no adherencia a los elementos de protección, no portan mascarilla de alta eficiencia para el manejo de pacientes o caretas, se les entrega tapabocas N95 cada semana.	en el momento de la visita el odontólogo no tenia puesta la careta por olvido	se habla en salud ocupacion johana villada quien da careta para cada odontologo, y stock de tapabocas n95 para cada odontologo, se esta visitando ips por ips y entregando a cada odontologo	se habla en salud ocupacion johana villada quien da careta para cada odontologo, y stock de tapabocas n95 para cada odontologo, se esta visitando ips por ips y entregando a cada odontologo	Johanna Aristizabal	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A RECURSOS FISICOS	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Publicar las Guías Rápidas de los equipos biomédicos de difícil manejo.	se evidencia que los equipos biomédicos de manejo complejo, no cuentan con las guías rápidas que permitan el conocimiento y uso adecuado del profesional de la salud.	elaboración y socialización del documento "Guía Rápida" de todos los equipos con manejo complejo, y subir a la intranet para conocimiento de todo el personal.	- Realizar guías rápidas de los equipos biomédicos de manejo complejo. - Realizar socialización de las guías rápidas con el personal asistencial. - subir información a la intranet para el uso y conocimiento de todo el personal de las Instituciones adscritas a la Red de Salud de Ladera.	Equipo Auditor Ricardo Zuñiga G y Eliana Bedoya	18/02/2022 12:00:00 a.m.	18/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A GESTION AMBIENTAL	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Sistematizar el Registro de solicitudes generadas al proceso gestión Ambiental, para su respectivo control, seguimiento y evidencias de las acciones realizadas. Generando cálculos de oportunidad de respuestas y cierre efectivo.	Los reportes o solicitudes ambientales se realizan por correo electrónico o por teléfono.	Diseñar e implementar una herramienta que permita recibir solicitudes o reportes de manera formal del proceso de gestión ambiental para llevar un seguimiento y control de las actividades.	Se diseña una herramienta de reporte por medio de google forms y se socializa a los responsables de cada proceso.	Equipo Auditor Ricardo Zúñiga y Eliana Bedoya	30/09/2021 12:00:00 a.m.	30/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Requisitos de los Productos y Servicios: No se cuenta con cronograma de inventario interno por parte del líder del proceso, - Se evidencia kit de control de derrames vencido	-No se cuenta con cronograma de inventario interno -Se evidencia kit de control de derrames vencido	Actualizar cronograma de actividades del servicio farmacéutico. solicitar a compras kit de control de derrames de medicamentos vencido.	*se realiza Actualización del cronograma de actividades del servicio farmacéutico donde se incluye la programación de los los inventarios internos como se estipula en la creación del POE -INVENTARIO INTERNO DE MEDICAMENTOS POR EL SERVICIO FARMACEUTICO *se realizo solicitud del kit de control de derrames de medicamentos al área de compras para cada uno de los servicios farmacéuticos el cual incluye Escoba de Mano Recogedor de Mano Mono gafas Tapabocas Guantes (nitrilo) Gorro Señalización de riesgo Toallas adsorbentes (desechables) Solidificador de líquidos con desinfectante	Freddy Paz	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	El mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo: se evidencia termohigrómetro con fecha de calibración vencida del 10/09/2021.	se evidencia termohigrómetro con fecha de calibración vencida del 10/09/2021.	Enviar termohigrómetros a calibración	se reportan los termohigrómetros con fecha de calibración vencida al técnico administrativo para que este a su vez realice la recolección y envío a mantenimiento para su respectiva calibración.	Freddy Paz	13/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FARMACIA	HOSPITAL CAÑADERALEJO	Auditorias Internas de Calidad	Durante el procedimiento se evidencia que se tiene creado el comité de FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA mediante resolución N°134 de mayo 03 de 2018 conformada por: subgerencia científico asistencial, auditor médico, jefe de urgencias, referente de farmacia referente de mantenimiento equipos biomédicos, seguridad del paciente, sin embargo, no se encuentran actas de los comités donde asistan los referentes en mención o delegados que se hubieran enviado.	se realizó comité de farmacia acta #53 en la cual no se evidencio la asistencia de las áreas que lo deben conformar según resolución N°134 de mayo 03 de 2018. Donde presentaron los siguiente puntos 1.Socialización del formato Sfa-for-008 pacientes con RAM Farmacovigilancia. 2.Socialización plataforma Sisalud para reporte de RAM 3.Socialización cronograma de inventarios, FIN-man-003-manual para toma de inventarios estandarizados-ESE Ladera. 4.Medicamentos próximos a vencer 5.Socialización y retroalimentación de procesos servicio farmacéutico 6.Socialización nuevo POE Inventario Interno e instructivo Plan de contingencia para la conservación de medicamentos termolábiles en caso de suspensión del fluido eléctrico o daño del equipo.	realizar convocatoria para próximo comité en el cual se cuente con la presencia de los actores antes mencionados en la resolución N°134 de mayo 03 de 2018.	se realizara convocatoria a los comité de farmacia según el cronograma establecidos donde se incluya. subgerencia científico asistencial, auditor médico, jefe de urgencias, referente de farmacia referente de mantenimiento equipos biomédicos, seguridad del paciente o el delegado asignado por cada área.	Freddy paz	21/10/2021 12:00:00 a.m.	21/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Se requiere reforzar la inducción del personal que ingresa al servicio de gineco-obstetricia para un correcto desarrollo de las actividades que se realizan y responder con calidad a la prestación del mismo. Actualizar los documentos de calidad existentes en el Sistema de Gestión de la Calidad	Hay riesgo de que se enganche personal no diestro en el servicio de ginecología y obstetricia.	Implementar plan de inducción del personal, con acompañamiento en a parte teórica y practica.	Realizar inducción del personal nuevo, previo al inicio de las actividades laborales Se esta realizando inducción a todo el personal que ingresa a la institución, primero debe realizar inducción teórica con el los lideres de línea, posterior se realiza acompañamiento con un par. Este proceso es independiente del cargo o función a realizar dentro de la institución.	Talento Humano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1.En cuanto a deberes y derechos de los usuarios, la jefe del servicio refiere que se informa de manera verbal. No hay documento impreso o folleto que evidencie lo dicho.	No se dispone de folleto ilustrativo para dar a conocer a la usuarios de la sala de partos sus derechos y deberes.	Implementar formato de derechos y deberes de la ESE	Realizar carta de derechos y deberes a las pacientes que asisten a la sala de partos. Se anexa formato de atención al usuario, este formato se socializa con las usuarias de la sala de ginecología.	Comunicaciones de la ESE Ladera	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1.Se tienen un libro de registros asistenciales que se lleva a mano, donde se deposita información inherente al servicio. Se recomienda solicitar asistencia técnica a Planeación.	En la auditoria interna se evidenció en revisión de documentos, que aun persistentes registros llevado a a mano . Se recomienda abrir una hoja de excels que ayude a su consulta y control de lo anotado.	Implementar formato digital	Implementar formato con el aval de planeación Se envió email solicitando asistencia técnica y poder definir un formato digital.	Jefe de partos Manuela Valderrama	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Se evidencia evento adverso fuga de pacientes, los cuales han sido debidamente analizados en Comité de Seguridad del Paciente, esperando con las decisiones tomadas mitigar su riesgo. Entre las decisiones está contar con un control eléctrico para apertura y cierre de puertas y solicitud al egreso de la ?boleta de salida?, por parte de la vigilancia. Las toallas para secado de mano son de otra referencia diferente a las requeridas por los surtidores con riesgo de contaminación	En esta año se han presentado 8 fugas de pacientes embarazadas del servicio de partos en la IPS Siloé. La toallas para el secado de manos son de referencia diferente a los dispensadores de papel.	Determinar acciones para restringir el acceso a la sala de partos.	Instalar cerradura electronica al acceso de la sala, para determinar ingreso de los usuarios. Se realizo arreglo de la puerta de acceso, para que se pueda abrir desde la estación de enfermería y restringir tanto ingreso como egreso, debido a que es el punto ciego e cuanto al acceso. Se adjuntan fotografías.	Recursos físicos, Bienes y Servicios y compras	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Se evidencio presencia de estudiantes en sala de partos sin docente. Durante la auditoría interna en la ronda al servicio, se evidenció un grupo de estudiantes sin presencia del docente como lo ordena la norma. Se debe exigir a la universidad el acompañamiento del mismo de lo contrario no pueden facilitarse las instalaciones de la institución.	En la visita de auditoria interna al servicio de partos, se evidenció la situación anotada atentando contra la calidad de la atención que debemos asegurar		Se notificó a los estudiantes involucrados en el evento. Se notificó la situación a convenios y se indico al personal de sala que en caso de evidenciar una situación similar debían solicitar que los estudiantes deberían esperar al docente en la sala de espera, lo cual se verifica de manera diaria por parte de la enfermera.	Jefe Manuela Valderrama	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	9. Se hace referencia a la ruta del registro en la historia clínica del resultado del TSH neonatal, ya que en la evaluación de la historia clínica se registra el resultado con base en lo dicho de forma verbal por uno de los padres sin validar el mismo en varias ocasiones. Las muestra se recogen los días martes y jueves después de estar seca. Con la nueva contratación por PGP con una EAPB se espera incremento de partos, que requerirá mejorar la oportunidad de la entrega del resultado a las partes.	En la revisión de la historia clínica se puede identificar que no aparece en físico el resultado del TSH. SE registra con la expresión del padre o madre que el resultado es normal.	Establecer mecanismos para mejorarla oportunidad de reporte del examen TSH	Definir mecanismos para notificación de los reportes de TSH Las pruebas reportadas como normales, se espera que los padres reclamen el resultado, de no ir se realiza llamadas para informar ya se encuentra y puedan reclamarlo. En las pruebas anormales se activa ruta de búsqueda activa. Se espera nueva contratación para renegociar los periodos de recolección de las pruebas. Se solicito vía correo a sistemas la habilitación para abrir en la HC una nota donde registrar el TSH, puesto que cuando el reporte llega ya las hc de la madre y paciente están cerradas, lo cual no permite el diligenciamiento.	Subgeencia P y M, Jefe linea materno perinatal y jefe de Partos	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
 2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	No hay claridad en el cumplimiento de la ruta de atención de la gestante y el niño. Al momento de dar la salida posterior al parto, ésta se produce por parte de obstetricia sin contratiempos, más sin embargo la ginecóloga argumenta, que la salida del niño no corresponde a su especialidad. La salida del niño que requiere una revisión final se posterga y queda a merced de la voluntad del médico que esté disponible. Se requiere que en cuadro de turnos quede establecido la obligación rotatoria del médico. Se tiene programado capacitación de los médicos con el fin de garantizar calidad en el proceso de salida del niño	Hay dificultades con la salida del niño luego del parto de la madre, ya que requiere quien haga el examen final del niño y autorice el egreso	Determinar proceso para evaluación del recién nacido para el egreso.	Establecer responsables en el proceso de atención al recién nacido para definir egreso. Se definió que el medico general que recibe realiza la salida del recién nacido, en caso de requerir salida urgente se solicita el apoyo con el médico de hospitalización y por ultimo el de urgencias. Se capacito al personal medico por parte de pediatria.	Subgerencia científica y de Promoción y Mantenimiento de la salud.	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N CIRUGIA	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1.No se evidencia actas con listados de asistencias de capacitaciones por parte de la líder del proceso a las personas de apoyo en el proceso en cirugía. Se requiere en cirugía soporte de actualización de guías y protocolos del proceso	En la auditoria interna no se evidencio la presencia de listados de asistencia y actas que avalen las capacitaciones	Se soporta actas de reuniones mensuales con los diferentes servicios que requieren interdependencia del proceso de esterilización, se soportan las guías actualizadas	por medio de actas de reunion , y guías actualizadas del proceso	Karina Valencia Referente de cirugía	14/02/2022 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1. El personal de partos auditado no conoce la existencia de matriz de riesgo del proceso, por consiguiente no hay socialización al personal y no se puede medir el conocimiento de funcionarios.	Al desarrollar la matriz de verificación se encontró que la matriz de riesgo no se ha socializado al equipo de trabajo de partos	Brindar herramientas al personal par conocer la ruta de acceso al documento, también socializar el contenido del mismo.	Realizar socialización con el grupo de partos	David Velez	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N CIRUGIA	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1.Hay debilidad en la programación del mantenimiento preventivo del esterilizador que da cubrimiento a las necesidades de toda la Red, se requiere atención a sus tres filtros. (3) No hay zonas definidas y previamente demarcada para clasificación de material sucio y limpio. (4) Hace falta locker metálico para guardar el material ya estéril. (5) Hay riesgo de contaminación porque falta sellamiento total de cielo falso. (6) Hay gotera en área de depósito de material estéril. En el área de empaque se requieren soporte de pared para el material que facilita su corte, los rollos tienen 70 cm de largo y un peso superior a 3 kilos. Se requiere guillotina para el corte del material, ya que se hace con tijera con riesgo accidente de trabajo.	poca adherencia al mantenimiento preventivo del área y de los equipos que se utilizan.	realizar mantenimiento del lugar donde funciona el proceso de cirugía incluyendo los equipos y el área locativa, entre ellos el mantenimiento de los filtros del esterilizador, el cielo falso y las goteras.	Realizar mantenimiento del cielo falso del techo incluyendo las goteras, y cambiar los filtros del esterilizador del proceso de cirugía y marcar y delimitar las áreas de trabajo sucio y limpio	Recursos físico-Bienes y Servicios	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	1 Fortalecer la capacitación continua al personal asistencial médico de partos que incluyan evaluaciones de conocimiento para medir la adherencia a las guías clínicas y de hospitalización, así como también socialización de protocolos y procedimientos operativos. Se requiere evidenciar la transmisión de la información y conocimiento de la caracterización del proceso y cambios en el servicio.	En la auditoria interna no se evidenció documentación o evidencias físicas de su realización.	capacitar al personal de la sala de partos en todo lo relacionado a la ruta materno perinatal	Realizar actividades de capacitación al personal de sala partos en todo lo relacionado con la ruta materno perinatal.	Jefes David Velez- Manuela Valderrama	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
PLANEACION	ESE LADERA	Auditoria Icontec	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: Deficiencia en la implementación y seguimiento al modelo de auditoría interna de calidad, en relación al mejoramiento de los procesos y la contribución al desempeño efectivo del Sistema de Gestión de Calidad. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: Se ha evidenciado en el seguimiento a los planes de mejoramiento y la ejecución de las auditorías internas de Calidad, falta de cumplimiento de adherencia a las actividades propuestas en el Sistema de Gestión de Calidad	adherencia del personal al modelo de Auditoría. Falta de participación y compromiso en la ejecución del modelo de auditoría. Falta acompañamiento y apoyo para posicionar las auditorías en la organización. Dificultad en la asignación de tiempos para realizar las auditorías y temas de mejoramiento. Debilidad en el enfoque para el análisis comprensión y definición de las causas de los problemas y sus acciones de mejoramiento. Debilidad en la identificación y reportes de los problemas, incidentes y fallas en los procesos. ESTRUCTURA DEL MODELO DE AUDITORÍA: Debilidad en la descripción de las actividades de los procedimientos de las auditorías interna. Falta de revisión y actualización de los procedimientos de auditoría calidad. Falta de seguimiento a los planes de mejoramiento y la evaluación del desempeño de los	Revisar y ajustar la documentación y registros del Modelo de Auditoría Interna de calidad. Realizar el plan de capacitación en los cambios del modelo de auditoría interna y realizar las evaluaciones a los líderes y auditores. Fortalecer las competencias de los auditores internos de calidad en las prácticas de auditorías. Mejorar el plan de comunicaciones para asegurar el despliegue de las auditorías.	Realizar auditoria a cada uno de los procesos que conforman la red de salud de Ladera E.S.E. - Realizar el plan de Auditoría y socializarlo con cada uno de los líderes de proceso. - Conformar los equipo de auditores internos. - Elaborar las listas de verificación por cada proceso y capacitar a los Auditores. - Realizar acta de apertura de las Auditorías Internas - Realizar acta de cierre de las Auditorías Internas y se entregan las directrices pendientes para los auditores Internos de Calidad y los auditados. revisando y ajustando la estructura documental del modelo de auditoría interna de calidad. diseñando el plan de capacitación con los temas en auditoria y evaluar sus conocimientos. Identificación de las necesidades de capacitación para el fortalecimiento de las competencias de los auditores internos de Calidad. Definición de los mecanismos de comunicación para posicionar el Modelo de Auditoría. Definición de los indicadores de gestión del Modelo de Auditoría Interna.	Responsable de calidad	15/10/2021 12:00:00 a.m.	30/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.A SIAU	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	12. No hay evidencia de la socialización de los resultados de las encuestas de satisfacción, quejas y reclamos en el servicio de Hospitalización.	No se evidenció en la auditoria interna, actas y listados de asistencias de socialización de las encuestas y sus resultados.	socialización de las PQRS y ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN a todas las IPS Cabeceras.	mediante de acta de Reunión firmada por los responsable de comuna y el técnico del SIAU de cada IPS.	Técnico SIAU URG.	22/10/2021 12:00:00 a.m.	08/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	11. No se evidenció en urgencias base de datos de seguimientos a los pacientes egresados de observación por enfermedades de interés en salud pública, así como tampoco se evidenció en hospitalización esta base de datos.	NO existe base de datos de seguimiento de pacientes al egreso de observación o de hospitalización.	Diseñar formato para el registro de pacientes egresados de los servicios de hospitalización.	Diligenciar registro de pacientes en libro de excel especificando datos básicos, diagnostico y campo de observación donde se evidencia la información brindada por el paciente dias después de su egreso	Coordinador de Urgencias	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	10. El servicio de urgencias del hospital de Cañaveralejo cuando refiere un paciente para hospitalizar en la IPS Siloé, en algunos casos, es comentado por el médico solo en lo referente a la causa primaria de la hospitalización, dejando de lado la enfermedad de base y sus secuelas cuando las padece. Además los pacientes llegan con documentos incompletos, no se envía el Kardex de medicamentos o el paramédico no los reclama. Se sugiere construir una lista de verificación para el cumplimiento de la referencia en la hospitalización.	En auditoria interna se comentó de las falencias en algunas referencias para hospitalización en la IPS Siloé. El paciente no es comentado completamente y manejo indebido de documentos.	resocializa los documentos de referencia y contrarreferencia en los servicios asistenciales, con el fin de dar a conocer la ruta correcta para comentar pacientes y la lista de chequeo para referir pacientes.	resocializa los documentos de referencia y contrarreferencia en los servicios asistenciales, con el fin de dar a conocer la ruta correcta para comentar pacientes y la lista de chequeo para referir pacientes.	Coordinador de Urgencias hospital Cañaveralejo	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	9.No hay documento en hospitalización para entrega a los usuarios sobre derechos y deberes. Esta información se realiza de forma verbal.	En la auditoria interna se comento por parte de los funcionarios de la no existencia de este documento	Se realizara documento para dicha socialización el cual sera firmado por el paciente, en su defecto por el acompañante	realizando documento el cual queda en la carpeta con el kardex del usuarios, evidenciando dicha socialización.	Coordinador de Urgencias	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	8.Los indicadores del servicio de urgencias y hospitalización se encuentran en el SIGES. Expresa el referente del servicio que se realiza análisis rutinario, mas no hay evidencia en físico de lo actuado.	En la auditoría interna no se evidenció socialización con el personal y análisis de los mismos en físico	dejar acta de reunión donde se evidenciara con lista de asistencia y evidencia fotográfica de la reunión realizada para la socialización de indicadores entre otros temas de importancia.	con actas de reunión de cada capacitación y con fotos para evidencias físicas.	Coordinador de Urgencias	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Revision por la Direccion SGC	7. No se evidencia remisiones durante la auditoria interna, no se desde el servicio de urgencias por parte de los médicos a programas de promoción y mantenimiento de la salud.	En la revisión e historias clínica durante la auditoria interna, no se evidenció remisiones a programas de promoción y mantenimiento de la salud por parte de los médicos de urgencias.	realizar reunión con los médicos donde se socializara la importancia de las remisiones a programas de promoción y mantenimiento de la salud, el cual debe quedar evidenciada en la historia clínica.	todo paciente que requiera continuar con los programas de promoción y mantenimiento de la salud deberán ser articulados con dichos programas y debe quedar en la historia clínica de urgencias evidenciado por parte del medico tratante.	Coordinador de Urgencias	05/05/2021 12:00:00 a.m.	15/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	6.En cuanto a la información que se le brinda al usuario sobre el Triage es insuficiente. Hay enfrentamiento y falta de comprensión en la puerta de entrada de urgencias con el personal de la institución, sobre todo cuando hay urgencias vitales. Se requiere fortalecer la educación por medios masivos de información a la comunidad de la comuna 20, en la clasificación que existe en los servicios de urgencias, basadas en la gravedad de los usuarios que consultan. La información que se brinda por nuestros funcionarios es insuficiente.	En la Auditoria Interna se comentó por parte de los funcionarios, de constantes reacciones violentas y de maltrato hacia los funcionarios de la ESE, cuando se presentan urgencias vitales.	Capacitar a los auxiliares de triage para dar una información al usuario de manera suficiente con el objetivo de evitar enfrentamientos, maltrato a los funcionarios y un abordaje correcto a los pacientes esto mejorará la comprensión por parte de los acompañantes y de los usuarios.	charlas por parte del personal de enfermería a nuestros usuarios, sobre las clasificaciones de triage y los tiempos de espera.	Comunicaciones de la ESE	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	5.La matriz de riesgos del servicio de urgencias no ha sido socializada a los funcionarios asistenciales y administrativos del servicio. En el servicio de hospitalización hay desconocimiento de su existencia.	Se evidencio en la auditoria interna falencias en su socialización con los funcionarios del servicio de urgencias y hospitalización.	en próximas reuniones socializar con el personal la matriz de riesgos del servicio de urgencias y del servicio de hospitalización para conocimiento de todos.	en la próxima reunión se socializara con el personal de los servicios, la matriz de riesgo de la institución el cual quedará evidenciado en actas de dicha capacitación.	Coordinador de Urgencias	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	4. Solicitar al personal médico, el registro completo de la información solicitada en la historia clínica, especialmente en lo referente a la enfermedad actual, examen físico, antecedentes personales y familiares del paciente y la revisión por sistemas y algo muy importante, el análisis y plan que plantee el manejo del paciente.	En las auditoria medica a las historias clínicas de urgencias, se han detectado desviaciones en éste sentido.	realizar reunión con personal medico, donde se realizara inducción de historia clínica y su forma adecuada de diligenciamiento por parte del grupo de auditoria de historias clínicas.	en la reunión que se programe con los médicos se darán ejemplos reales de historias clínicas mal diligenciadas por profesionales del servicio, donde se orientará el manejo y diligenciamiento adecuado de dichas historias clínicas.		22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	3. Capacitar al todo el personal tanto asistencial como administrativo, en especial los cajeros, en charlas de humanización y buen trato con énfasis en la importancia de la satisfacción del usuario a la salida de nuestras instalaciones.	La IPS es sometida a situaciones especiales de trato con las personas, debido al entorno al que se le presta servicio.	en reuniones programadas por los diferentes encargados de áreas se realizara capacitaciones al personal antes mencionado.	programar reunión con el personal de los servicios para tocar el tema de la importancia de buen trato y la humanización con los pacientes que ingresan a nuestra institución, dejar evidencia en actas de reunión.	Talento Humano	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	2.Reforzar la inducción del personal que ingresa nuevos a los servicios de urgencias y hospitalización El personal tiene conocimiento de roles y responsabilidades, pero no está documentada. El servicio de urgencias hospitalización requiere tener Manual de funciones. Se recomienda ha Talento Humano construirlo o compartirlo.	No se evidencia inducción por parte de talento humano. la misma se da por parte del referente del grupo y de forma verbal, y no hay evidencias del manual de funciones	consolidación de la información por parte de los referentes de los procesos de Talento Humano y Urgencias y Hospitalización, en todo lo relacionado con la inducción del personal asistencial al momento del ingreso a la institución y a los servicios. y socializar la ruta del manual de funciones del personal de la Red de salud de ladera.	Entregar evidencias de capacitaciones e inducción del personal asistencial en el área de urgencias y socializar el manual de funciones.	Enfermeros Julian Villada y Argenis Carvajal	22/10/2021 12:00:00 a.m.	29/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N UNIDAD DESARROLLO SOCIAL Y CONVENIOS	C.S. PRIMERO DE MAYO	Auditorias Internas de Calidad	1. No todos los practicantes presentan informe final de actividades ; es necesario que sea parte de un requisito para todos	No esta estipulado en la norma, no podemos exigir a las universidades pues no esta estipulado en el decreto 2376 de 2010 y en los convenios ya firmados. Hay practicas que solo tiene duracion de dos dias.	Acordar con las universidades		EQUIPO GESTION INVESTIGATIVA Y ACADEMICA	01/10/2021 12:00:00 a.m.	15/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A CONTROL INTERNO	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorías Internas de Calidad	1.Actualizar la caracterización del proceso de acuerdo al nuevo modelo de control fiscal 2.Actualizar el mapa de riesgos del proceso de acuerdo al nuevo modelo de control fiscal	falta de espacio disponible para la revisión de la documentación del proceso con el fin de actualizarlo a los nuevos cambios del contexto interno y externo	Realizar la revisión y actualización de la documentación del proceso en aras de actualizarlo a los cambios normativos actuales, los documentos son: caracterización, procedimientos, normograma y mapa de riesgos.	1.Ingresar al intranet en el link gestión de calidad/mapa de procesos/evaluación control interno/Plataforma estratégica y consultar los documentos del sistema de gestión del proceso sujetos a actualización y descargarlos. 2. identificar y realizar la revisión y actualización de los documentos que requieran ajustes a los nuevos marcos normativos especialmente en el control fiscal interno y externo. 3. Remitir la actualización realizada a los documentos del proceso, al área de calidad para su revisión y aprobación. 4. Subir los soportes de los documentos actualizados al modulo de planes de mejoramiento del SIGES con el fin de cerrar la acción de mejora propuesta.	OFICINA CONTROL INTERNO	15/11/2021 12:00:00 a.m.	19/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A SIAU	ESE LADERA	Auditorías Internas de Calidad	Se evidenció que el proceso de Atención al Usuario y Participación Social, no aplica de manera correcta las políticas y lineamientos del proceso de Gestión documental y las tablas de retención documental de la entidad. Incumpliendo con la normatividad del Sistema de Gestión de Calidad en su numeral 4.4.2, literales a y b de la norma ISO 9001 ? 2015 y con la política de Gestión Documental y la normatividad vigente sobre la materia en especial la Ley 594 del 2000.	no actualización de la tabla de retencion documental	una vez se actualice la table de retención documental se dará la indicción para comenzar a archivar en el proceso de acuerdo a resolución y tabla.	Realizar capacitación al personal del proceso del SIAU en too lo relacionada en la tabla de gestión documental que maneja la entidad.	Responsable del proceso del SIAU.	08/10/2021 12:00:00 a.m.	30/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorías Internas de Calidad	1. NO se ha realizado análisis en grupo al mapa de riesgos del servicio de urgencias, ni tampoco se ha socializado al grupo de médicos.	Se evidencio en la visita de auditoria interna, que había desconocimiento de la existencia del mapa de riesgos.	Realizar análisis de causalidad y socializar al grupo de urgencias los riesgos a que se sometido y que atentan contra el cumplimiento del objetivo del servicio de urgencias.	Reunión con personal de urgencias y hospitalización por parte de seguridad del paciente y calidad los riesgos definidos en la matriz de riesgos.	enfermeros Julian Villada- Argenis	15/10/2021 12:00:00 a.m.	22/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1489 fuga sala de partos Historia clínica 1143863651 fecha de ingreso: 19/09/2021. PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD G3C1A1 CON 29.2 SEMANAS DE GESTACIÓN QUE CONSULTA EN HORAS DE LA MAÑANA 10+17 hrs REFIRIENDO DOLOR BAJITO, FUE VALORADA POR MÉDICO DE TURNO JAVIER MORENO QUIEN DA ÓRDENES MÉDICAS A 10+40 HRS APROXIMADAMENTE, POSTERIORMENTE PACIENTE SALE DE SALA DE PARTO A SALA DE ESPERA A COMER ALGO CON EL FAMILIAR PERO AL HACER LLAMADO PARA CONTINUAR CON MANEJO FARMACOLÓGICO PACIENTE NO SE ENCUENTRA EN SALA DE ESPERA. SE CLASIFICA FUGA DE PACIENTE, USUARIA REGRESA AL DÍA SIGUIENTE PARA TERMINAR TTO Y DAN EGRESO DEL SERVICIO.	* FALTA DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE PÉRDIDAS O FUGA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALA DE PARTOS. * FALTA DE SUPERVISIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE POR PARTE DE ENFERMERÍA * FALTA DE CONTROL DE ACCESO Y EGRESO DE LOS USUARIOS POR LAS PUERTAS PRINCIPALES MANEJADAS POR LA EMPRESA DE SEGURIDAD JAMARO LTDA.	* REVISAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE PÉRDIDAS O FUGA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALA DE PARTOS ADÉMÁS DEL PERSONAL DE SEGURIDAD JAMARO LTDA. * DISEÑAR Y/O AJUSTAR PROTOCOLO DE CONTROL PARA EL INGRESO Y EGRESO DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN ,SALA DE PARTOS Y URGENCIAS. * REVISAR Y AJUSTAR LOS PROTOCOLOS DE EVOLUCIÓN, SEGUIMIENTO DURANTE EL PLAN Y MANEJO DE TRATAMIENTO MEDICO,FARMACOLOGICO DE LAS USUARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SALA DE PARTOS.	* SOCIALIZANDO EL PROTOCOLO DE PERDIDA O FUGA DE PACIENTE AL PERSONAL DE JAMARO (EMPRESA DE SEGURIDAD ), * REALIZANDO RONDAS DE SEGURIDAD Y SUPERVISIÓN DE LOS ESCENARIOS DE LA SALA DE PARTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA. * ELABORANDO RUTA DE INGRESO Y EGRESO DE LAS USUARIAS DE SALA DE PARTO POR PARTE DE COORDINADORA DE LA IPS SILOE, CON EL FIN DE QUE HAYA UN MEJOR CONTROL CON LAS USUARIAS	JEFE SERVICIO, SEGURIDAD ,AUXILIARES ENFERMERIA , REFENE MATERNO	30/09/2021 12:00:00 a.m.	15/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	Descripción del problema/ Evento adverso: Código:1488 CASO CAÍDA Historia clínica 6089264 fecha ingreso ips siloe 22/08/2021: Paciente de 79 años de edad abandono social. ingresa por el servicio de urgencias el 22/08/2021 traído por bomberos por abandono social, pasa al servicio de hospitalización ips Siloé el 23 de agosto , atendido por el Dr. Carlos Peña del servicio , paciente con DX trastorno de ansiedad , en el triage se activa identificación del paciente con clasificación del riesgo, paciente el día 9 de septiembre durante la espera de estancia social, sufre por alteración psicológica caída de su propia altura	* CONDICIÓN CLÍNICA INHERENTE DEL PACIENTE AL INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS. * DEMORA EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRÍA POR PARTE DE REFERENCIA * FALTA DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ALTERACIÓN PSICOLÓGICA. * FALTA DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN. * FALTA DE SEGUIMIENTO A LA INTERCONSULTA COMO PARTE DEL PLAN DE TRATAMIENTO. * FALTA DE SEGUIMIENTO EN LA EFICACIA AL PLAN DE TRATAMIENTO Y CONTROL A SUS DESVIACIONES.	*AJUSTAR LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON CONDICIÓN DE ALTERACIÓN MENTAL DURANTE TODO EL CICLO DE ATENCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA LA ORGANIZACIÓN .RSP: SUBGERENCIA CIENTÍFICA, PSICOSOCIAL,COORDINADOR URGENCIAS, JEFE HOSPITALIZACIÓN. * REVISAR LA COBERTURA DE CONSULTA DE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN( INCLUYENDO EL SERVICIO DE URGENCIAS) * REVISAR Y AJUSTAR LOS PROTOCOLOS DE TRASLADO INTERNO DE PACIENTE CON ALTERACIÓN MENTAL PARA ASEGURAR SU RECLASIFICACIÓN Y NUEVA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PARA SU TRATAMIENTO. * REVISAR Y AJUSTAR LOS PROTOCOLOS PARA ENTREGA DE PACIENTES ENTRE LOS SERVICIOS Y LAS IPS CON SUS RESPECTIVOS REPORTES CLÍNICOS ( EPICRISIS, LISTA DE CHEQUEO). *REVISAR Y AJUSTAR LOS PROTOCOLOS DE EVOLUCIÓN DURANTE EL PLAN Y MANEJO DE TRATAMIENTO MEDICO,FARMACOLOGICO.	*AJUSTANDO RUTA DE ATENCIÓN A PACIENTE CON CONDICIONES MENTALES PARA MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, ADEMÁS DE ESTABLECER LA RUTA DEL TRASLADO INTERNO PARA ASEGURAR SU RECLASIFICACIÓN Y NUEVA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PARA SU TRATAMIENTO. ESTA A CARGO DE COORDINADOR DE URGENCIAS-JEFE DEL SERVICIO Y EQUIPO PSICOSOCIAL PRESENTAN RUTA DE ATENCIÓN A PACIENTES. *REVISANDO LA CONTRATACIÓN DE LA ATENCIÓN POR PSIQUIATRÍA SE PLANTEAN RUTAS PARA EL MANEJO DE ATENCIÓN POR LA ESPECIALIDAD A PACIENTES	JEFE ENFERMERA ARBOLEDA, RMIERIA ,AUXILIARES ENFERMERIA	30/09/2021 12:00:00 a.m.	30/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Se evidenció que el proceso de Gestión Administrativa y Financiera, no aplica de manera correcta las políticas y lineamientos del proceso de Gestión documental y las tablas de retención documental de la entidad. Incumpliendo con la normatividad del Sistema de Gestión de Calidad en su numeral 4.4.2, literales a y b de la norma ISO 9001 ? 2015 y con la política de Gestión Documental y la normatividad vigente sobre la materia en especial la Ley 594 del 2000.	Desconocimiento en los lineamientos de las tablas de retención documental y falta de actualización de los documentos referentes al proceso.	Actualizar los documentos inherentes al proceso y migrar la información a las partes interesadas.	Realizar la actualización de los documentos conforme a la TRD y socializar a las partes involucradas la tabla de retención documental.		04/10/2021 12:00:00 a.m.	04/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
U.A GESTION AMBIENTAL	ESE LADERA	Auditoria Icontec	Reclasificación de certificados de fumigación de las 37 IPS?S adscritas a la Red de Salud Ladera E.S.E Suscribir contratado de fumigación de acuerdo a la reclasificación de vencimiento de Certificados	1. falta de control y seguimiento al cronograma de fumigación. 2. Falta revisión de los documentos entregados como evidencia de la ejecución del contrato.	Cumplir con cronograma de fumigacion diseñado de acuerdo con el protocolo para el control de plagas y vectores GAM-PRO-003 Actualizar certificados de Fumigación	Realizar contratación de empresa para realizar las labores de fumigación para cumplir con las actividades propuestas. *Diseño de herramienta para facilitar la reclasificación de los certificados de fumigación y verificar la vigencia de estos.	Responsable de Gestión Ambiente Físico	01/04/2021 12:00:00 a.m.	10/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ESE LADERA	Auditoria Icontec	En el proceso de fisioterapia no se evidencia el diligenciamiento del consentimiento informado.	Mano de Abro: Capacitación no eficaz del personal sobre la importancia del mismo. Material: Falta de control en el supervisión del servicio. Maquina: Falla en el monitoreo	Establecer Reunión con el equipo de profesionales de complementación terapéutica para resocializar y capacitar sobre la utilización obligatoria del documento físico (consentimiento informado) previo a la atención por el servicio de Fisioterapia	Establecer reunión con el equipo de de profesionales de complementación terapéutica tanto con personal ya ubicado en los centros como con el personal de ingreso (Nuevos- en caso de ingresos recientes) para resocializar y capacitar sobre la utilización obligatoria del documento físico (consentimiento informado) previo a la atención por el servicio de Fisioterapia. Seguimiento: análisis bimensual de adherencia a los procedimiento impartidos por medio de una lista de chequeo que permita verificar de manera aleatoria en cada IPS el % de cumplimiento de ficho requerimiento.	Responsable de Terapias Complementarias	01/04/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
PLANEACION	ESE LADERA	Auditoria Icontec	La organización no ha reportado cambio de dirección de la Sede Administrativa oficinas, La organización no ha informado a ICONTEC en plazo máximo de quince (15) días contados a partir de la ocurrencia de algunas de las siguientes situaciones, las cuales pueden implicar modificaciones al sistemas de gestión y/o alcance de la certificación.		Diligenciar y enviar formato de ICONTEC para la solicitud de cambios de información en certificación del sistema de gestión, actualizando los datos de la Red de Salud de Ladera E.S.E	Realizar el registro de la novedad del cambio de dirección ante el REPS	Responsable Planeacion	01/04/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A COMPRAS	ESE LADERA	Auditoria Icontec	En el proceso de compras no se evidencia registro de la salida no conformme correspondiente al incumplimiento en la oportunidad de entrega de pedidos de la orden de compra OC-295	1. Déficit en el seguimiento y control a la evaluación de los proveedores. 2. Falta de trazabilidad en el mecanismo de identificación de fallas en la entrega de los productos. 3. Debilidad en la estandarización del proceso, en lo referente en los procedimientos operacionales estándar, listas de chequeo y verificación en las especificaciones de calidad y entrega del producto. 4. Falta de claridad en las entradas y salidas entre los procesos clínicos y asistenciales para determinar el desempeño del proveedor.	1.Revisar el listado de proveedores, identificando los críticos en la prestación del servicio para evaluar su desempeño. 2. Calificar el desempeño de los proveedores críticos; analizar las tendencias de las órdenes de compra y formular el plan de mejora correspondiente a cada caso. 3. Generar las comunicaciones para retroalimentar al proveedor sobre los casos y desviaciones encontradas en la entrega de sus productos y servicios. 4. Realizar los planes de mejora para dar soluciones definitivas a las inconsistencias y fallas detectadas durante el ciclo de la cadena de abastecimiento.	1. Identificación de proveedores críticos asistenciales para realizar la evaluación de desempeño. 2. Revisión de órdenes de compra y listas de chequeo para proveedores críticos, identificando los aspectos a mejorar. 3. Diligenciamiento de la evaluación y calificación de los proveedores, de acuerdo a los criterios establecidos. 4. Análisis de los resultados de la evaluación y gestión de la mejora para los proveedores críticos.	Responsable de Compras	02/08/2021 12:00:00 a.m.	31/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Interventoria E.P.S Emssanar	No hay medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia.	No medición semestral al proceso de dispensación de medicamentos	Realizar lista de chequeo para verificar el cumplimiento al proceso de dispensación de los medicamentos en la farmacia de las ips	De manera semestral se implementará una lista de verificación para la dispensación de los medicamentos de la farmacia a las ips para cumplir con la medición al proceso. se crea Lista de Chequeo Adherencia a SFA-poe-004 DISPENSACION - DISTRIBUCION y se envía a calidad para revisión y codificación.	responsable farmacia	03/09/2021 12:00:00 a.m.	27/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. TERRON COLORADO	Seguridad del Paciente	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1485. CASO FUGA URGENCIAS TERRÓN Historia clínica 30428233 fecha de ingreso:23/08/2021 PACIENTE DE 38.9 AÑOS Paciente gestante de 38.9 ss de gestación ingresa al servicio de urgencias ips terrón colorado ,por presentar dolores, medico hace valoración y evidencia que presenta un signo de preeclampsia más trabajo de parto, medico decide dar orden de remisión para que se le pudiera atender en parto en ips Siloé, por lo que al cambiar de consultorio donde medico debía dar ordenes, al regresar donde queda paciente , se da cuenta que la usuaria había egresado del servicio sin la orden de remisión ni salida y al preguntar al guarda refiere que ella le había dicho que se iba con el esposo a traer la maleta del bebé dado a que ya lo iba a tener ,por lo que no cierras historia clínica y se considera fuga en el servicio.	* FALTA DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE PÉRDIDAS O FUGA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALA DE PARTOS. * FALTA DE SUPERVISIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE POR PARTE DE ENFERMERÍA * FALTA DE CONTROL DE ACCESO Y EGRESO DE LOS USUARIOS POR LAS PUERTAS PRINCIPALES MANEJADAS POR LA EMPRESA DE SEGURIDAD JAMARO LTDA.	* REVISAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE PÉRDIDAS O FUGA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALA DE PARTOS ADEMÁS DEL PERSONAL DE SEGURIDAD JAMARO LTDA. * SOCIALIZAR PROTOCOLO DE CONTROL PARA EL INGRESO Y EGRESO DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. * REVISAR Y AJUSTAR LOS PROTOCOLOS DE EVOLUCIÓN DURANTE EL PLAN Y MANEJO DE TRATAMIENTO MEDICO,FARMACOLOGICO DE LAS USUARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SALA DE PARTOS.	DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SE DEBERA SOLICITAR AL EGRESO DE LOS USUARIOS LA BOLETA DE SALIDA Y EL RETIRO DE LA MANILLA.	PORTERIA	27/08/2021 12:00:00 a.m.	10/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N ATENCION PSICOSOCIAL	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1482. INDICIO ATENCIÓN INSEGURA	NO ADHERENCIA A LA RUTA INTENTO SUICIDA NO ADHERENCIA A RUTA SAS, VIOLENCIA , INTENTO SUICIDAETC	RECAPACITAR AL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA IPS SILOÉ	por conferencia presencial al equipo multidisciplinario asistencial del servicio de urgencias acerca de las rutas psicosociales y su aplicación	Dra. caballero	19/08/2021 12:00:00 a.m.	10/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	caso 1479-1481 Indicio atención insegura	Dx principal no acorde con las consultas	definir motivos de consultas con una atención integral.	por parte médica practicar una valoración integral	medico s de turno	29/07/2021 12:00:00 a.m.	10/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	caso 1477 Indicio atención insegura	No validación oportuna de muestras	validar oportunamente las muestras de laboratorio	la bacterióloga de turno deberá validar todo lo que se recepcione durante el turno	Bacteriologa de turno	16/07/2021 12:00:00 a.m.	27/07/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. TERRON COLORADO	Seguridad del Paciente	caso 1475 incidente	Falta de adherencia a la guía de venopunción	Revisar la guía para la técnica de venopunción SE REALIZA LECTURA EN GRUPO DE LA GUIA DE VENOPUNCION Y SE REALIZAN RECOMENDACIONES SOBRE LA VERIFICACION DEL INSUMO ANTES DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO	socializando a la guía para la técnica de venopunción con el personal de enfermería en el servicio de urgencias por parte de seguridad del paciente.	auxiliares de enfermería , jefe de enfermería	13/07/2021 12:00:00 a.m.	27/07/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. PRIMERO DE MAYO	Seguridad del Paciente	caso 1472-1473 indicio atención insegura	no claridad en la ruta de toma de laboratorios desde sala de partos	retroalimentar al personal de sala de partos y hospitalización la ruta para la toma de paraclínicos desde las salas.	socializando el flujograma para la toma de laboratorios de los diferentes servicios.	Res. laboratorio clínico	07/07/2021 12:00:00 a.m.	27/07/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N ATENCION PSICOSOCIAL	C.S. TERRON COLORADO	Seguridad del Paciente	1461-1466. indicio atención insegura	*No adherencia a ruta de atención integral a pacientes con conducta suicida. *No adherencia a ruta de atención integral a pacientes víctimas de violencia sexual.	*capacitar al personal asistencial en la prestación de los servicios. *capacitar al personal asistencial en la prestación de los servicios.	*por medio de conferencia dirigida por responsable del equipo psicosocial. * por medio de conferencia dirigida por responsable del equipo psicosocial	Dra. caballero	27/07/2021 12:00:00 a.m.	30/07/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Revision por la Direccion SGC	Realizar reunión de forma permanente con el personal, una vez al mes donde se refuerzan los lineamientos técnicos y científicos pertinentes a la atención de los pacientes. Continuar con la educación continuada y retroalimentación de las auditorias a los médicos de Urgencias. Reunión trimestral Socializar a los médicos de los servicios de Urgencias los hallazgos encontrados en la auditoria trimestral del proceso de Adherencia a guías de manejo de las primeras 10 causas de urgencias. Realizar un acompañamiento y seguimiento a los médicos identificados que no cumplen la adherencia a guías de manejo de Urgencias para retroalimentarlos en las fallas y programarles capacitación.	No se ordenan los exámenes prioritarios en Urgencias y no se registran en todos su interpretación en la historia clínica, así como también como el registro descriptivo de la enfermedad actual, la cual debe ser coherente con el motivo de consulta. Se debe cumplir con el registro del examen físico por cada uno de los sistemas, descripción de recomendaciones frente a los signos de alarma, cuidados generales. Velar porque al momento de dar egreso al paciente de observacion, se coloque nota de salida colocando estado del paciente al egreso.	Realizar pedagogía de la Resolución 1995 de 1990 a todos los médicos de urgencias de la ESE Ladera.	Programar reuniones en cada uno de los 3 centros de urgencias de la ESE con los médicos para reforzarles el contenido de la Resolución 1995	Coordinador de Urgencias, Siloé. Cañaveralejo y Terron Colorado.	04/05/2021 12:00:00 a.m.	30/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEADES CRONICAS	ESE LADERA	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No hay continuidad en el seguimiento al paciente incluido en el programa de VEJEZ ECNT No hay captación en la consultas de morbilidad para programa según grupo etareo		Envío mensual por parte de calidad del dato a los jefe de línea y enfermeras del listado demanda inducida de pacientes captados en consulta de morbilidad, hospitalización y urgencias que por diagnostico apliquen para programa ECNT	se realizó capacitación a todo el personal de los servicios de urgencias, hospitalización y consultas de morbilidad , para que capten y se remitan los pacientes a todas las actividades del curso de vida adultez y vejez - Resolución 3280 de 2018. captación en la consultas de morbilidad para programa según grupo etareo	Subgerencia de PyP, Referente crónicos	02/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEADES CRONICAS	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No adherencia a la resolución 3280 frente atención de usuarios con ECNT		Revisión y estructuración Historia Clínica con el fin de incluir formatos necesarios para el correcta clasificación del riesgo de acuerdo al grupo atareo correspondiente	SE IMPLEMENTA RESOLUCION 3280 DE 2018 TENIENDO EN CUENTA LAS RUTAS DE ATENCION PARA CADA PROGRAMA	Subgerencia de PyP	01/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U. E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	HOSPITAL CAÑÁVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No hay actividades de promocion y prevencion para este grupo etareo	Debilidades en la articulaci3n entre promoci3n y mantenimiento de la salud frente a las capacitaciones que se realizan, las cuales se pueden dar con más frecuencia considerando la rotaci3n de personal, el manejo de turnos y adecuaci3n de la prestaci3n de los servicios con respecto a las rutas de atenci3n a los servicios de urgencias.	Actualizaci3n de los médicos de los 3 servicios de Urgencias de la RED DE SALUD LADERA ESE (Hospital Siglo XXI de Siloé, Hospital Terr3n Colorado y Hospital Bási3co Cañaveralejo). Dicha actualizaci3n se realizar3 en articulaci3n con la SSPM.	Se realizar3 capacitaci3n en la Reuni3n mensual del personal de los tres servicios de urgencias iniciando entre octubre y diciembre. Considerando que el personal de urgencias no cuenta con fechas fijas de Reuni3n sino que est3n sujetas a los turnos organizados cada mes. Se da inicio el 08 de octubre de 2021 con la capacitaci3n en servicio de urgencias en el Hospital Terr3n Colorado. Se da continuidad con la capacitaci3n al servicio de urgencias de Hospital Siglo XXI en Siloé el 19 de noviembre y en el Hospital Bási3co Cañaveralejo el día 23 de noviembre, dando por finalizada la intervenci3n planteada como parte del plan de mejoramiento. Se anexan las respectivas actas de Reuni3n.	Subgerencia de PyP	23/11/2021 12:00:00 a.m.	23/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U. E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	HOSPITAL CAÑÁVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No hay captaci3n temprana de usuarios con sospecha de enfermedad infecciosa	Debilidades en la articulaci3n entre promoci3n y mantenimiento de la salud frente a las capacitaciones que se realizan, las cuales se pueden dar con más frecuencia considerando la rotaci3n de personal, el manejo de turnos y adecuaci3n de la prestaci3n de los servicios con respecto a las rutas de atenci3n a los servicios de urgencias.	Actualizaci3n de los médicos de los 3 servicios de Urgencias de la RED DE SALUD LADERA ESE (Hospital Siglo XXI de Siloé, Hospital Terr3n Colorado y Hospital Bási3co Cañaveralejo). Dicha actualizaci3n se realizar3 en articulaci3n con la SSPM.	Se realizar3 capacitaci3n en la Reuni3n mensual del personal de los tres servicios de urgencias iniciando entre octubre y diciembre. Considerando que el personal de urgencias no cuenta con fechas fijas de Reuni3n sino que est3n sujetas a los turnos organizados cada mes. Se da inicio el 08 de octubre de 2021 con la capacitaci3n en servicio de urgencias en el Hospital Terr3n Colorado. Se da continuidad con la capacitaci3n al servicio de urgencias de Hospital Siglo XXI en Siloé el 19 de noviembre y en el Hospital Bási3co Cañaveralejo el día 23 de noviembre, dando por finalizada la intervenci3n planteada como parte del plan de mejoramiento. Se anexan las respectivas actas de Reuni3n.	Subgerencia de PyP	23/11/2021 12:00:00 a.m.	23/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U. E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	HOSPITAL CAÑÁVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No hay ingreso a la Ruta Integral de Atenci3n en Salud para Poblaci3n de Riesgo	Debilidades en la articulaci3n entre promoci3n y mantenimiento de la salud frente a las capacitaciones que se realizan, las cuales se pueden dar con más frecuencia considerando la rotaci3n de personal, el manejo de turnos y adecuaci3n de la prestaci3n de los servicios con respecto a las rutas de atenci3n a los servicios de urgencias.	Actualizaci3n de los médicos de los 3 servicios de Urgencias de la RED DE SALUD LADERA ESE (Hospital Siglo XXI de Siloé, Hospital Terr3n Colorado y Hospital Bási3co Cañaveralejo). Dicha actualizaci3n se realizar3 en articulaci3n con la SSPM.	Se realizar3 capacitaci3n en la Reuni3n mensual del personal de los tres servicios de urgencias iniciando entre octubre y diciembre. Considerando que el personal de urgencias no cuenta con fechas fijas de Reuni3n sino que est3n sujetas a los turnos organizados cada mes. Se da inicio el 08 de octubre de 2021 con la capacitaci3n en servicio de urgencias en el Hospital Terr3n Colorado. Se da continuidad con la capacitaci3n al servicio de urgencias de Hospital Siglo XXI en Siloé el 19 de noviembre y en el Hospital Bási3co Cañaveralejo el día 23 de noviembre, dando por finalizada la intervenci3n planteada como parte del plan de mejoramiento. Se anexan las respectivas actas de Reuni3n.	Subgerencia de PyP	23/11/2021 12:00:00 a.m.	23/11/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U. E.N ATENCION A LA INFANCIA	HOSPITAL CAÑÁVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS No adherencia a la resoluci3n 3280/2018 frente a la ruta de atenci3n a la infancia, no adherencia frente a la ruta de la estrategia AIEPI, No hay seguimiento continuo frente a estos usuarios	No adherencia a la resoluci3n 3280/2018 frente a la ruta de atenci3n a la infancia, no adherencia frente a la ruta de la estrategia AIEPI, No hay seguimiento continuo frente a estos usuarios	Realizar la atenci3n y tomar las medidas pertinentes, se podría tener en cuenta para estas mesas de trabajo	Continuar con las capacitaciones en las RIAS y estrategia AIEPI. Lograr la sensibilizaci3n a todos los profesionales.	Subgerencia de PyP	01/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	HOSPITAL CAÑÁVERALEJO	Interventoria E.P.S Emssanar	Plan de Mejora Emssanar EPS - SAS Mejorar la adherencia a la resoluci3n 3280 de 2018 frente a la atenci3n de usuarios en las etapas preconcepcional, control prenatal, IVE, atenci3n de la gestante		Que se realice la captaci3n de las pacientes al programa de control prenatal, iniciarles ruta para la atenci3n al gestante	Se est3n realizando auditorias de historias clínicas de pacientes de la ruta materno-perinatal de manera trimestral (se adjuntan soportes). Se debe socializar3 con el personal los hallazgos encontrados para tomar medidas en pro d evitar que se continúen realizando.	David Velez	01/11/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS	ESE LADERA	Auditoria Medica	registro completo de la información solicitada en la historia clínica, especialmente en lo referente a la Enfermedad Actual, examen físico, los antecedentes personales y familiares del paciente y la Revisión por sistemas. ? Es necesario que se fortalezca la clasificación del riesgo cardiovascular y renal en el programa de crónicos, hipertensión arterial y diabetes mellitus haciendo uso de las fórmulas internacionales Cockcroft- Gault y Framingham que se puedan aplicar de manera accesible en la Red de Salud de Ladera, permitiendo así una verdadera integralidad en la intervención del paciente. ? Evaluación periódica al personal médico de programas, en calidad del registro de la información y en adherencia a guías, con el respectivo diseño de acciones de mejora individuales, donde se asigne un médico líder por cada IPS y este sea quien aporte a la capacitación periódica de los que	completo, cronológico y coherente de la enfermedad actual en el 73,64% de las historias clínicas registradas. El 26,36% que no cumple es porque los profesionales médicos hacen muy resumida la Enfermedad Actual, se limitan a registrar porque acude el paciente a la consulta y no realizan ampliación de la misma. Se encuentran enfermedades actuales muy someras o resumidas. 2. En el 69,57% (35 casos) de las historias clínicas revisadas hay un buen registro de los antecedentes personales. El 30,43% que no cumple es porque no hay ampliación de los antecedentes, a pesar de estar relacionados directamente con la HTA. Por ejemplo en algunos casos en los antecedentes refieren Diabetes Mellitus?? O cardiopatías, pero no se amplía desde cuando los tiene, que síntomas han tenido, como se ha manejado. Es decir que no se indaga sobre estos		Capacitación al personal médico, para el diligenciamiento completo de la historia clínica, especialmente en lo referente a la enfermedad actual, examen físico, los antecedentes personales y familiares del paciente. Fortalecimiento de la clasificación del riesgo cardiovascular y renal en el programa de crónicos, Hipertensión arterial y DM. Teniendo en cuenta las formulas internacionales Cockcroft-Gault y Framingham. se socializa la guía de manera presencia a todo el personal médico, enfermería profesional y auxiliares de enfermería que se encuentren atendiendo pacientes del programa crónicos.	Jefe Alexander Martinez Cabrera	20/09/2021 12:00:00 a.m.	04/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Crear un formulario único de solicitud de HC, para facilitar acceso del usuario a la entrega de la HC y generar un procedimiento estandarizado de control y evaluación de la gestión por parte de la institución.	debe solicitar la historia clínica, mediante una carta o correo electrónico, pidiendo el documento de HC con su firma y la del autorizado si es del caso, anexando fotocopia (s) de cedula (s), certificado de defunción (en caso de fallecimiento del usuario) y registro civil del solicitante para probar el parentesco. El usuario es direccionado a este trámite desde cualquiera de las IPS adscritas a la institución a la ventanilla única de la sede administrativa. El tiempo de respuesta es de uno (1) a cinco (5) días hábiles, a partir de la recepción de la solicitud en la ventanilla única de la sede administrativa. Obtener la historia clínica en la que se registra cronológicamente: 1. Las condiciones de salud del paciente o familia. 2. Los actos médicos (consejos a pacientes para mejoría de salud, diagnósticos y tratamiento de enfermedades). 3. Demás procedimientos ejecutados	Crear el instructivo para la solicitud de HC y elaborar un formato de solicitud de HC.Socialización de los anteriores documentos.	Presentar y socializar en internamente en la entidad el instructivo y el formato de solicitud de la historia clínica en el comité de historia clínica y su posterior publicación en la página web en los opciones de trámites y Atención al Usuario. Igualmente se llevará a cabo la socialización con la Asociación de Ligas de usuarios de la ESE de Ladera. Evaluación del indicador de efectividad por medio del registro de solicitudes de entrega	RESPONSABLE SOLICITUD Y ENTREGA HISTORIA CLINICA	30/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
DETECCION TEMPRANA DE CANCER	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar solicitud al personal médico asistencial en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa detección temprana de ca de cérvix, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos y reforzar lo inherente al análisis. La toma de presión debe realizarse en todos los casos ya que algunas usuarias están embarazadas y tiene factores de riesgo como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes	No se evidencia la historia clínica, totalmente diligenciada, sin espacios en blanco. No se registra los antecedentes patológicos, personales y familiares. No se evidencia registro del examen físico completo. No se toma la presión arterial a pesar de que algunas usuarias están en embarazo y con riesgo. No se evidencia registro de recomendaciones No se realiza remisión a otros programas de promoción y mantenimiento de la salud. Se incorpora Linea del Tiempo desde la toma de la citología con resultado anormal hasta el procedimiento	realizar capacitacion a enfermeras y auxiliares de enfermeria de la ESE Ladera	Se programa capacitación para el 29 de octubre de 2021.	Jefe Angelica Maquilón-Referente Ca cervix	08/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar solicitud al personal médico asistencial de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, de mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa Juventud, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos donde corresponde la información y reforzarlo inherente al análisis.	No se evidencia la historia clínica totalmente diligenciada y sin espacios en blanco Falta el registro antecedentes laborales u ocupacionales. Falta el registro en la demanda inducida a otros programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Solo el 27% de las historias clínicas evaluadas se registra el análisis de la prueba VIH. No se evidencia registro de cita para el próximo control. El análisis que se realiza en la historia clínica al final de la atención del médico no solo debe circunscribirse al reporte de las ayudas diagnósticas, sino a su interpretación para que sirva a la elaboración del plan de atención a desarrollar.	El jueves 19 de agosto de 2021 se realizo revisión a la historia clínica CLAP del curso de vida joven que ya se encuentran parametrizadas con la Res. 3280, se realizan ajustes en el orden cronológico y se agregan campos para la lectura de laboratorios correspondientes al curso de vida en el marco de la Resolución 0202 de 2021 (se realiza acta de esta actividad). Conforme lo estipula la Res. 3280 Establece solo consulta de primera vez por programa acorde a las frecuencias de uso establecidas, pero no habla de una consulta de control de programa, por esta razón el profesional al momento de la consulta no cuenta con los resultados de los laboratorios para registrarlos en la HC porque apenas son ordenados en la misma consulta, razón por la cual hay varios campos que quedan vacios. Esto hace que el usuario pase a una consulta adicional de morbilidad 1100 donde le realizan lectura de laboratorios Considerando lo anterior y como parte de los ajustes realizados se dio el acceso al formato de historia clínica CLAP curso de vida joven (CP 1403) al momento de facturar consulta para lectura de exámenes, con el fin que el profesional pueda acceder nuevamente a la HC CLAP inicial y registrar la lectura de	1. Acta de ajustes realizados a las HC el jueves 19 de agosto/2021 con el área de sistemas y calidad del dato en el marco de la Res. 3280 y 0202 para el curso de vida joven. 2. Socialización en la próxima Reunión de médicos 29 octubre/2021 de los ajustes realizados a la HC CLAP curso de vida joven y diligenciamiento y recomendaciones para la calidad del dato.	Ingrid Bravo Referente SSR/ Medica programa Adolescencia y Juventud/área de sistemas	29/10/2021 12:00:00 a.m.	10/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	preconcepcional en las usuarias, como ya se ha observado previamente debido a una muy alta tasa de gestaciones no planeadas. 2. En la mayoría de las historias se observa un registro adecuado del examen físico materno, sin embargo, en el análisis del puesto de salud La Sultana se observa que no se correlacionó la medida de la altura uterina con el tiempo de gestación de la paciente analizada. Adicionalmente en doce de las catorce historias Clínicas analizadas no se encontró evaluación de las mamas, esto en parte debido a que nos encuentra con una casilla dentro del formato de historia clínica que permita hacer registro de evaluación a este órgano. 3. Debe insistirse con los médicos y enfermeras de sala de partos en la importancia del registro de la correlación del examen físico neonatal con su edad gestacional, ya que aun persiste subregistro de estos parámetros en	No se registra realización de consulta preconcepcional en ninguna de las historias clínicas revisadas. No se registra examen de mamas. No se registra correlación altura uterina -edad gestacional. No se encuentra registro de la correlación del examen físico neonatal con la edad gestacional en 11 de las 14 historias revisadas; ni la correlación del peso con la edad gestacional en 11 de las 14 historias revisadas.	Reforzamiento con los medicos, mediante socializacion de la auditoria, para que se realice adecuadamente la historia clinica.	mediante charla virtual de solizacion de hallazgo de auditoria Se realizo capacitación al personal asistencial donde se compartió en los temas los hallazgos en las auditorias que se han realizado.	David Velez, Manuela Valderrama	17/09/2021 12:00:00 a.m.	07/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitación continua al personal asistencial medico en los programas de promoción y prevención que incluyan evaluaciones pre y post de conocimientos, para medir la adherencia a la guía clínica y a la historia clínica específica del programa, para un correcto diligenciamiento de la misma con énfasis en la importancia del registro completo y en los espacios que corresponden de todos los ítems.	No se evidencia la historia clínica totalmente diligenciada. No se identifica riesgo de violencia sexual, intrafamiliar. No se registra antecedentes laborales u ocupacionales. Falta de registro de la educación al paciente y su familia sobre derechos sexuales y reproductivos. No se registra de la explicación sobre IVE (interrupción voluntaria del embarazo). No se evidencia recomendaciones sobre educación en métodos anticonceptivos. Se registra en la enfermedad actual, casi que un 60 a 70% de la información de la gestante	se realizará capacitación al personal asistencial medico en los programas de promoción y prevención que incluyan evaluaciones pre y post de conocimientos, para medir la adherencia a la guía clínica y a la historia clínica específica del programa, para un correcto diligenciamiento de la misma con énfasis en la importancia del registro completo y en los espacios que corresponden de todos los ítems.	Mediante el proceso de capacitación. Se ha realizado capacitación al personal asistencial, además al personal que ingresa se esta realizando inducción	Jefe David Velez- Manuela Valderrama	17/09/2021 12:00:00 a.m.	08/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A RECURSOS FISICOS	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	1470, Evento caída Hospitalización Covid-	Ausencia de bandas antideslizantes en piso de baños del servicio de hospitalización sala covid	Implementar recursos para disminuir el riesgo de caída	Instalar bandas antideslizantes en los baños de hospitalización. Se instalaron bandas antideslizantes en las duchas y baños de hospitalización en la ips siloe.	ambiente físico.	16/06/2021 12:00:00 a.m.	30/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1460,hemorragia postquirúrgica	Hemorragia post operatorio no controlado	-capacitación talento humano del servicio odontología en cirugía oral. - el odontólogo se adhiera a los protocolos institucionales, guía de cirugía oral-ASO-guia 008. -Recomendaciones post exodoncias -Revisión Hc indagando sobre antecedentes personales. - seguimiento al paciente	--coordinadora de odontología realizará capacitación - educar al personal asistencial odontología en actualización de protocolos -Diligenciar en HC los registros completos para la calidad del dato. - revisión de Hc y antecedentes medicos,verificando controles medicos. - seguimiento telefónico al paciente o familiar.	odontologos	15/06/2021 12:00:00 a.m.	30/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1457-1469 fuga de servicio sala de partos	no control de acceso al ingreso de las ips	Atlas deberá realizar control al ingreso y egreso de los usuarios	presentar boleta de salida de los diferentes servicios al egreso de los usuarios	jefe de los servicios , auxiliares y atlas	15/06/2021 12:00:00 a.m.	30/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA  
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
 2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
PLANEACION	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Inconsistencias en la información de metas programadas y ejecutadas del Plan operativo Anual 2020. La información rendida por la Red de Salud Ladera E.S.E para la vigencia 2020 en el formato F28b CGSC plan de acción, carece de suficiencia y calidad; toda vez que, en dicho formato, aunque se rindieron los indicadores del Plan de Acción para la vigencia 2020, las metas programadas y ejecutadas para cada uno de los indicadores no coincidieron con las soportadas por la entidad. Conforme a lo establecido en la Resolución N° 0100.24.03.20.010 de 2020 expedida por la Contraloría General de Santiago de Cali, deber de la entidad al momento de rendir la cuenta, soportar técnica y financieramente la gestión fiscal realizada por los responsables del erario por un período determinado, igualmente responder por la administración, manejo y rendimiento de fondos, bienes y/o	Imprecisiones en el reporte de la información reportada, generando formatos con datos que carecen de confiabilidad y suficiencia.	1.-Realizar la validación de la información específica con el líder del proceso a rendir 2.-Presentar los resultados de la gestión en el Comité de Gestión y Desempeño	Confiabilidad de la información Aprobación de la gestión de la información a rendir por parte del Comité de Gestión y Desempeño Acta de Comité de Gestión y Desempeño El comité garantizara que la información a Reportar a Entes externos de Control sea confiable y homogénea en los diferentes formatos generados por la institución.	Katherine Zapata- Jefe Oficina de Planeación y Calidad	01/07/2021 12:00:00 a.m.	15/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Debilidades en la elaboración de los estudios previos y en la orden de servicio. En la orden de servicio No 00-2020-JCON- 327 del 01 de septiembre del 2020 y con la misma fecha de inicio, cuyo objeto es ?prestar el servicio de alquiler de impresoras y escáner de acuerdo a las especificaciones del anexo No. 1 a la RED DE SALUD LADERA ESE, por las necesidades del servicio, conforme a los requerimientos técnicos establecidos en la solicitud privada de oferta y la propuesta presentada, las cuales hacen parte integral de la presente orden?, se observa que en la planeación del presente contrato, exactamente en los estudios previos, se determinó constituir la garantía de responsabilidad civil extracontractual en póliza de seguro, pero en la cláusula 10 del contrato que trata sobre las garantías no quedó consignada dicha obligación. Es deber de la	debilidades en la elaboración de los estudios previos y en la orden de servicio, conllevando al desamparo de riesgos que puedan afectar de manera directa a la entidad por su materialización.	Realizar capacitaciones a todo el personal involucrado en el proceso contractual, a fin de identificar las mejoras a los estudios de mercado y estudios previos	Capacitación realizada al personal involucrado en el proceso de contratación Presentaciones y material didáctico	Belsy Montaña - Jefe de Oficina de Talento Humano y Martha Cecilia López Tobón - Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Incumplimiento de cláusulas contractuales. En el contrato 00-2020-JCON-335 suscrito el 02 de setiembre del 2020 por valor de \$743.999.791, con acta de inicio fechada el 05 de setiembre del 2020, cuyo objeto es ?contratar el suministro y entrega de las unidades biológicas de dosis de las vacunas, que se detallan a continuación, para vacunar el territorio priorizados de las comunas, zona rural y territorios priorizados del Municipio de Santiago de Cali. A título de venta por parte del contratista a la RED DE SALUD DE LADERA ESE, conforme a las especificaciones establecidas en la invitación a cotizar y a la propuesta presentada por el CONTRATISTA en el SECOP II, los cuales hacen parte integral del presente contrato?, se evidencio que los biológicos que se describen en el cuadro siguiente, fueron adquiridas con fecha de vencimiento inferior a un año de	debilidades en el control y monitoreo en la supervisión de los biológicos y por no ceñirse a las directrices incluidas en el contrato, que puede conllevar a que se materialicen riesgos por el vencimiento de los biológicos y a realizar entregas fuera del término contractual.	Implementar una herramienta de control por parte del supervisor designado en los procesos contractuales para el suministro de biológicos, que permita monitorear el cumplimiento de las obligaciones técnicas del contrato.	Herramienta de control implementada por el supervisor en los contratos de suministro de biológicos. Expediente del supervisor	Ricardo López-Subgerente de P y P.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Debilidades en el análisis del Sector y Estudios de Mercado. Revisados los contratos suscritos por la Red de Salud de Ladera E.S.E. correspondientes a la muestra de auditoría vigencias 2019 y 2020, se evidenció que la entidad en sus Estudios Previos en lo referente a Estudios del Sector y Análisis de mercado, no es posible determinar con suficiencia el comportamiento del sector respecto de sus indicadores económicos y comportamiento de las condiciones del mercado (Oferta-Demanda) con la finalidad de tener criterios o parámetros de selección. Es deber de la Entidad realizar un análisis del sector detallado y necesario como lo dispone el artículo 2.2.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015, durante la etapa de planeación que permita conocer el sector respecto al objeto de contratación, desde la óptica legal, comercial, financiera, organizacional, técnica y análisis de riesgo, que conlleve a sustentar su	debilidades en la elaboración de los estudios previos durante la fase precontractual, que impide conocer el comportamiento de las variables de precios en el mercado nacional para determinar la oferta más favorable.	1.-Realizar capacitaciones a todo el personal involucrado en el proceso contractual, a fin de identificar las mejoras a los estudios de mercado y estudios previos. 2.-Actualizar formato JUR-for-011 ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS que contengan Estudios del Sector y Análisis de mercado	Capacitación realizada al personal involucrado en el proceso de contratación Formato Actualizado	Martha Cecilia López Tobón - Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Con Presunta Incidencia Disciplinaria ? No elaboración de estudios previos. La Red de Salud de Ladera E.S.E. en las órdenes de compra u órdenes de servicio relacionados en el siguiente cuadro, no realizó los estudios previos. (Cuadro anexo 07) Incumpliendo lo dispuesto en el Parágrafo 3º del Artículo 16 de la Resolución 142 A del 29 de agosto del 2014. ¿POR LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO?" donde se establece que en contratación de cuantías superiores de 75 SMMLV (\$65.835.225), se deben preparar estudios previos con las viabilidades jurídicas. Además, incumple con lo dispuesto en los artículos 4 y 9 de la Resolución 5185 de 2013 por medio de la cual el Ministerio de Salud fijó los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado	falta de control jurídico en la elaboración de las órdenes de compra u órdenes de servicio; generando con ello un riesgo en la seguridad jurídica en la adquisición de medicamentos, reactivos para laboratorio y material médico quirúrgico; constituyéndose una presunta falta disciplinaria al tenor de los numerales 1 y 7 del Artículo 34 y numeral 1 del Artículo 35 de la Ley 734 de 2002 Código Disciplinario Único."	Actualizar el manual de contratación a fin de determinar claramente esta modalidad de contratación.	Manual de contratación actualizado	Martha Cecilia López Tobón- Jefe Oficina Jurídica y Julián Vargas compras	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Insuficiente información en el Reporte de actividad contractual en el aplicativo SIA Observa. Se evidenció que la Red de Salud del LADERA E.S.E., durante las vigencias auditadas 2019 ? 2020, no reportó al Sistema de Información SIA OBSERVA la totalidad de los documentos y los actos administrativos del proceso contractual, toda vez que solo publican el Contrato, el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, el registro presupuestal y en algunos casos los estudios previos e informes de supervisión. Conforme al Parágrafo 1 del Artículo 4 de la Resolución N° 0100.24.03.13.009 de 2013 ?Por medio de la cual se prescriben la forma, términos y procedimientos para la rendición electrónica de la cuenta e informes, que se presentan a la Contraloría General de Santiago de Cali? y Resolución No. 0100.24.03.16.003 de 2016, vigentes para el periodo auditado 2019 y parte del 2020	deficiencias en el control de la entidad en el reporte de la información contractual, generando que la comunidad y los entes de control, no puedan tener acceso oportuno a la información y ejercer control en tiempo real sobre la misma.	Fortalecer la rendición del proceso contractual en el aplicativo SIA Observa de conformidad con los lineamientos dados por el administrador del sistema.	Rendición acorde a la resolución vigente emitida por el ente de control	Martha Cecilia López Tobón- Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Presunta Incidencia Disciplinaria. Falta de publicación de toda la actividad contractual en el SECOP Revisados los contratos de la muestra, suscritos por la Red de Salud de LADERA E.S.E. durante las vigencias auditadas 2019 - 2020, se evidenció que la entidad no publicó en el SECOP la totalidad de los documentos y los actos administrativos del proceso contractual, toda vez que únicamente aparecen publicados el contrato y el CDP. Conforme a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015, la Entidad está obligada a publicar en el SECOP los documentos del proceso y los actos administrativos expedidos durante el Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. Contraviniendo presuntamente los principios de publicidad y transparencia previstos en el Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia,	falta de monitoreo y control, que impide que la totalidad de la información contractual esté a disposición de los organismos de control y de la ciudadanía de manera oportuna y veraz, constituyendo una presunta falta disciplinaria al tenor de los numerales 1,7 y 26 del Artículo 34 y numeral 1 del Artículo 35 de la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario.	Fortalecer la publicación del proceso contractual en el SECOP	Publicación conforme a los términos de ley en el SECOP	Martha cecilia López Tobón- Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Glosas no subsanadas. Durante la vigencia 2020, se contabilizó por concepto de glosas no subsanadas \$846.857.447; de los cuales \$296.687.150 corresponde a la vigencia 2020 y \$550.170.598 pertenece a acumulados de vigencias anteriores Las glosas durante la vigencia 2020, está representado en los siguientes motivos o concepto de glosa, así: (cuadro anexo 5) Las glosas correspondientes a periodos anteriores al año 2020, se detallan de la siguiente manera: (cuadro anexo 6) En cumplimiento del Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y de lo establecido en el artículo 5 del Acuerdo 106 de 2006 emanado del Concejo Municipal, la entidad debe a través de la alta gerencia y control interno, adelantar acciones efectivas para disminuir y subsanar las glosas, garantizando el manejo adecuado, la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera de la Empresa Social. Lo anterior,	debilidades de control y seguimiento por parte de la alta dirección, en el proceso de facturación, alistamiento y trámite de las cuentas previas a la radicación de la facturación, el control del dato y la efectividad de las gestiones adelantadas para subsanar las causas. Conllevando a que esto impacte negativamente a los ingresos además no se dé mayor cobertura en salud a los usuarios y se desmejore el estado de salud de la población pobre del Sector de Ladera del Municipio de Santiago de Cali. "	Ajustar las medidas de control que permitan disminuir el impacto de las objeciones presentadas de acuerdo a los términos de resolución 3047 de 2008.	Medidas de control aplicada Y Sistema R-fast, y actas seguimiento al proceso.	Carlos holmes Aguilar Harold Quintero y Julio Cesar Cuero- Facturación- glosas y sistemas	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A JURIDICO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Cuentas por cobrar no reconocidas. La Red de Salud de Ladera E.S.E. durante la vigencia 2020, prestó sus servicios de Salud a la Población pobre no asegurada y migrantes venezolanos en atenciones ambulatorias cuyo valor ascendió a \$2.229.220.997; cuantía que fue facturada y no reconocida por la Secretaría de Salud - Municipio Santiago de Cali. Es preciso mencionar que aún no se han hecho los trámites pertinentes para radicar estas facturas ante el ADRES. Es deber de la entidad ejercer un control riguroso en la autorización y prestación de los servicios de salud para evitar glosas o negación, por parte de los acreedores, del pago de las obligaciones, de conformidad con el artículo 1, Ley 87 de 1993; numeral 3, artículo 11, Ley 1474 de 2011 y el inciso primero, artículo 1, Decreto ley 019 de 2012 y numeral 2, artículo 2.2.21.7.3., del Decreto 338 del 04 de marzo de 2019	debilidades en el desarrollo de políticas públicas nacionales para la atención de la población pobre no asegurada y migrante venezolano. Generándose de esta manera una incertidumbre de pago de recursos utilizados para la atención de esta población y un impacto negativo en los Estados financieros.	1.-Solicitar concepto jurídico en forma conjunta con todas las ESE's a fin de determinar el responsable del reconocimiento y pago de las atenciones en salud a PPNA y migrantes 2.-Iniciar acciones judiciales y/o extrajudiciales contra quien corresponda en atención a la respuesta del concepto	Concepto jurídico Inicio de la acción judicial y/o extrajudicial.	Martha Cecilia López Tobón- Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Interventoria E.P.S Emssanar	INDICADORES MINUTA ENERO MARZO 2021 Observación General. Bajo cumplimiento de los indicadores de los programas de promoción y Prevención	poca actividades en los diferentes programas de PyP debido a la situación actual del 3 pico de covid 19 y problemas sociales de orden publico paro nacional.	Elaboración de estrategias según los programas de PyP para elevar las metas de los diferentes programas	promocionando las diferentes estrategias planteadas para aumentar las actividades de los programas de PyP de la red salud ladera.	Ricardo Lopez Lopez	21/06/2021 12:00:00 a.m.	23/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	La importancia en la administración del manejo de los líquidos endovenosos. Esta socialización se realizó a los médicos de Urgencias en las diferentes capacitaciones y virtuales sobre el manejo del evento Dengue. Fortalecer el registro de manera específica, en el control de líquidos administrados y eliminados en pacientes en observación y/o hospitalizados con diagnóstico de Dengue Realizar una búsqueda activa, en el seguimiento a los pacientes con diagnóstico de ETV - Dengue, posterior al egreso de cualquier servicio de las diferentes IPS de la E.S.E Ladera	los médicos no diligencian el código CIE 10 correspondiente a enfermedades transmitidas por vectores. desde el servicio donde se diagnostica la ETV no se realiza el respectivo seguimiento al paciente posterior a su egreso. no se actualizan los datos sociodemográficos de los pacientes que se les diagnostica ETV.	1. socializar con el personal medico los codigos CIE 10 relacionados con ETV y la importancia de usarlos adecuadamente con los pacientes que sus características clinicas coumplen con las ETV. y todo el proceso de ordenamiento y control de lev con medicos y enfermeria. 2. diseñar un archivo en excel, para registro de pacientes con diagnostico de dengue y posterior al egreso del servicio poder realizar el seguimiento telefónico o en su defecto visita domiciliaria. 3. enviar un correo al área de facturación solicitando apoyo para la actualización de datos de todos los pacientes que ingresan al servicio a consultar, con el fin de tener los datos actualizados, de igual manera en el registro de ficha epidemiológica quedan todos estos datos consignados.	por medio de acta de socialización al personal asistencial del servicio y correo electrónico al área de facturación de la institución.	Coordinadores de Urgencias	25/06/2021 12:00:00 a.m.	22/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	C.S. PRIMERO DE MAYO	Auditoria Medica	Garantizar la afiliación de la usuaria al RSSS-S. Adoptar la Resolución 1904 de 31 de mayo de 2017 y su anexo técnico. Cumplir con la Resolución 429 del año 2012. Modelo y protocolo de Atención a pacientes con SAS. Dar cumplimiento a las Orientaciones técnica para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos - Minsalud. Cumplir con la Resolución 1995 de 1999 y la Ley 23 de 1981 (Codigo de etica medica)	No acceso a aseguramiento de la gestante oportunamente Inadecuado manejo de caso en persona con discapacidad. Manejo inadecuado de Evento probable SAS. No se firma consentimiento informado dirigido a personas con discapacidad. Inadecuada calidad de historia clinica.	Garantizar la afiliación de la usuaria al RSSS-S. Adoptar la Resolución 1904 de 31 de mayo de 2017 y su anexo técnico. Cumplir con la Resolución 429 del año 2012. Modelo y protocolo de Atención a pacientes con SAS. Dar cumplimiento a las Orientaciones técnica para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos - Minsalud. Cumplir con la Resolución 1995 de 1999 y la Ley 23 de 1981 (Codigo de etica medica).	En el marco del Sistema de Afiliación Transaccional (Decreto 064 de 2020) activar ruta de afiliación al aseguramiento en salud. Dar a conocer la Resolución a todos los colaboradores del área asistencial de la .E.S.E Ladera. Adherir al protocolo al equipo interdisciplinario que atiende el usuario- usuaria. Realizar y socializar el protocolo para consentimientos informado dirigido a personas con discapacidad. Diligenciar de manera secuencial y con calidad los registros en la Historia Clínica.	Yasmin Valencia - Ingrid Bravo-Mery A Caballero	17/09/2021 12:00:00 a.m.	29/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	ESE LADERA	Interventorias E.P.S Mallamas	Informe de Monitoreo y evaluación de los Indicadores de Procesos, Resultados y Coberturas Poblacionales de las Rutas Integrales de Atención en Salud I Trimestre del 2021. Observación General 1: Bajo cumplimiento de las metas en los programas de promoción y prevención en el 1 trimestre del presente año.	poca actividades en los diferentes programas de PYP debido a la situación actual del 3 pico de covid 19 y problemas sociales de orden publico paro nacional.	Elaboración de estrategias según los programas de PYP para elevar las metas de los diferentes programas	promocionando las diferentes estrategias planteadas para aumentar las actividades de los programas de PYP de la red salud ladera.	Ricardo Lopez Lopez	15/06/2021 12:00:00 a.m.	18/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	cheques anulados. En la vigencia 2020, se puede observar cheques con una antigüedad superior a 180 días, de Asohormiguero E.S.P., relacionados a continuación: Cheque No. Fecha Valor (\$) 00200842 10 de mayo de 2019 203.000 0021227 09 de septiembre de 2019 30.000 0021281 10 de octubre de 2019 30.000 0021480 13 de diciembre de 2019 56.000 TOTAL \$349.000 Los cheques fueron anulados con un sello impreso en el cheque en físico y se conservan en tesorería, a la fecha no existe el acta de revisión y destrucción de los títulos valores. Es deber de la entidad implementar actividades ordenadas y relacionadas con la Tesorería cuya ejecución permita una adecuada gestión del proceso, de conformidad con lo establecido en las Leyes 87 de 1993, 1474 de 2011 y el Decreto ley 019 de 2012 y Decreto 338 del 04 de marzo de 2019 expedido por el	debilidades en control interno del proceso, lo que puede generar riesgos en el proceso y custodia de los cheques anulados.	Realizar el proceso de anulación de cheques mediante acta de reunión suscrita por los responsables de las áreas involucradas en forma inmediata	Acta de aprobación de anulación de cheques. Se Adjunta el POE DE ANULACIÓN DE CHEQUE se sube a la pagina del intranet donde se explica los motivos por que se puede dar la anulación de un cheque.	Susy Caicedo- Tesorera	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A GESTION DOCUMENTAL	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Inaplicación de normas en la Gestión documental en actos administrativos. La Red de Salud de Ladera E.S.E. emitió las Resoluciones de Junta Directiva Nos. 4 A de fecha 04 de enero de 2019, 158 A de fecha 23 de junio de 2019, 163 A de fecha 23 de septiembre de 2019, observándose que éstas tienen una combinación alfanumérica en la asignación de los consecutivos. Es deber de la entidad realizar una numeración de los actos administrativos en forma consecutiva y de realizar los controles respectivos para que no se reserven, tachen o enmienden o se acompañen de letras, de conformidad en lo establecido en el artículo 24, Ley 594 de 2000. Lo anterior debido presuntamente a debilidades de controles manuales o automatizados que aseguren la integridad de los documentos en el momento de su producción y debilidades en la adopción de las normas relativas para la asignación	debilidades en la adopción de las normas relativas para la asignación de los consecutivos en tiempo real. Generando el riesgo de incumplimiento de las reglas y principios que regulan la comunicación y publicación de la gestión documental que adelanta la entidad.	Fortalecer el proceso archivístico de control de numeración consecutiva de los actos administrativos	Control de radicación de actos administrativos Se Actualiza Tabla de Retención Documental de acuerdo a documentos vigentes que se manejan en los procesos, de igual forma se codifica de acuerdo al actual mapa de proceso de la institución.	Julio Cuero Responsable de Sistemas de Información y Gestión Documental.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	presunta incidencia disciplinaria ? Inaplicabilidad de actos administrativos del COMFIS. Durante la vigencia 2019, el Consejo Municipal de Política Económica y Fiscal ?COMFIS? teniendo en cuenta los acuerdos de la junta directiva emitió las resoluciones autorizando a la Red de Salud de Ladera E.S.E., las adiciones al presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia, al rubro identificado con el código 11107 ? Salud Pública, evidenciándose que posteriormente fueron registrados por la E.S.E. en el código de rubro 11102 ? Población pobre no Asegurada. La misma situación se observó, en el registro del rubro identificado con código 14001 ? Transferencias y aportes aprobados, que fue codificado por parte de la Red en el código 120001 ? apoyo a programas de desarrollo de la salud. Se aclara que los recursos se ejecutaron de	falta de control interno del proceso en el registro y seguimiento de las adiciones conforme a lo dispuesto en los actos administrativos expedidos por el COMFIS. Conllevando a que se materialice el riesgo de financiación de proyectos diferentes a los aprobados y autorizados por el COMFIS. Constituyendo una presunta falta disciplinaria al tenor del numeral 1 del Artículo 34 de la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario.	Realizar las clasificaciones de las adiciones presupuestales en el sistema de información R-fast según el rubro correspondiente y conforme a las autorizaciones emitidas por la Junta Directiva y por el COMFIS	Clasificaciones de los rubros presupuestales adecuadas en el sistema R-fast	Erika Barco Abaunza- Responsable de presupuesto	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Gestión deficiente en el recaudo presupuestal. La Red de Salud de Ladera E. S. E. durante la vigencia 2019 no logró recaudar los recursos necesarios para atender todas las apropiaciones autorizadas en el presupuesto de gastos, lo que arrojó un déficit presupuestal \$2.106.281.491, Para la vigencia Fiscal 2020 se realiza gestión logrando una reducción del déficit llegando a \$577.674.888. Es deber de los administradores públicos fortalecer la gestión fiscal para dar cumplimiento al presupuesto aprobado por la Junta Directiva y el COMFIS, mediante el recaudo de todos los rubros y recursos de capital para atender el pago oportuno de las apropiaciones autorizadas en el presupuesto, de conformidad con el artículo 5 del Acuerdo 106 de 2006 emanado del Concejo Municipal, la entidad debe a través de la alta gerencia y control interno, adelantar acciones efectivas para garantizar el manejo	se debe a que se obtienen compromisos y obligaciones superando las disponibilidades de la ejecución de los recaudos de los rubros presupuestados, es decir que el presupuesto se apropia a un gasto sin que se cuente con una financiación adecuada. Generándose un impacto negativo financiero e insolvencia económica, que permitan cubrir oportunamente las obligaciones y las cuentas contraídas por la Red.	Dar continuidad a la estrategia de control de la ejecución presupuestal representada en contención del gasto e incremento de ingresos Lograr el equilibrio presupuestal	verificación de la Ejecución presupuesta	Erika Barco Abaunza- Responsable de presupuesto	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Glosas no subsanadas. La Red de Salud de Ladera E. S. E. durante la vigencia 2019, registró un total de \$593.885.859, por concepto de glosas no subsanadas, a continuación se relacionan los conceptos y el valor total de las mismas. Las glosas durante la vigencia 2019, están representadas en los siguientes motivos o conceptos de glosa, así: TARIFAS 212.841.002 SOPORTES 5.701.616 FACTURACIÓN 5.412.827 PERTINENCIA 3.361.926 COBERTURA 1.006.775 AUTORIZACIÓN 179.660 TOTAL 228.503.806 En cumplimiento del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 5 del Acuerdo 106 de 2006 emanado del Concejo Municipal, la entidad debe a través de la alta gerencia y control interno, adelantar acciones efectivas para disminuir y subsanar las glosas, garantizando el manejo adecuado, la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera de la	debilidades de control y seguimiento por parte de la alta dirección, en el proceso de facturación, alistamiento y trámite de las cuentas previas a la radicación de la facturación, el control del dato y la efectividad de las gestiones adelantadas para subsanar las causas. Conllevando a que esto impacte negativamente a los ingresos además no se dé mayor cobertura en salud a los usuarios y se desmejore el estado de salud de la población pobre del Sector de Ladera del Municipio de Santiago de Cali.	Medidas de control aplicadas	Sistema R-fast, y actas seguimiento al proceso	Carlos holmes Aguilar Harold Quintero y Julio Cesar Cuero- Facturación- glosas y sistemas	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Contabilización de glosas no subsanadas. La Red de Salud de Ladera E.S.E., no realizó comité de glosas ni de sostenibilidad financiera, durante la vigencia 2019, por lo tanto, las glosas no subsanadas se registraron en contabilidad sin tener en cuenta lo establecido en los procedimientos internos de la E.S.E. De acuerdo al manual de Políticas contables, el comité de sostenibilidad financiera, junto con la Gerencia, analizará la gestión realizada por el departamento de cartera, glosas y jurídico para lograr el cobro de las cuentas por cobrar de difícil recaudo, y si no se evidencia probabilidad de recuperar los recursos por imposibilidad de pago por parte de los deudores, procederá a dar de baja, dichas partidas, con los respectivos soportes donde conste su irrecuperabilidad. Lo anterior, debido presuntamente a debilidades en el proceso gerencial	debilidades en el proceso gerencial y administrativo, como de control interno del proceso. Generándose la no aplicación de las actividades de autocontrol necesarias para la normalización de la mejora continua y de sostenibilidad de la información financiera.	Realizar las actas de comité de glosas, con las evidencias respectivas Fortalecer la gestión de glosas respecto a la respuesta de aceptación o rechazo de las mismas mediante actas de conciliación entre las partes	Realizar Actas de comité Actas de conciliación entre las partes	Subgerente de Promoción y Prevención Ricardo López Subgerente Científica Luz Karime Gaviria Subgerente Administrativo y Financiero Viviana Soto Ospina Auditor Médico Julio Mejía y HAROLD QUIINTERO DUQUE	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	de parametrización del software con tarifas pactadas vigencias 2019 y 2020. La Red de Salud de Ladera E.S.E., no realizó las actualizaciones en la parametrización del SOFTWARE R-FAST, de conformidad con las tarifas pactadas en los contratos suscritos entre la Red de Salud y las EAPBS para cada vigencia fiscal. Es deber de la entidad tener las herramientas tecnológicas confiables y actualizadas para el registro de sus actividades financieras generadas de su actividad económica de una forma fidedigna, con el fin de tener un control de las operaciones de conformidad con las condiciones de mercado establecidas en la contratación, de conformidad con el artículo 1, Ley 87 de 1993; numeral 3, artículo 11, Ley 1474 de 2011 y el inciso primero, artículo 1, Decreto ley 019 de 2012 y numeral 2, artículo 2.2.21.7.3., del Decreto 338 del 04 de marzo de 2019 expedido por el Departamento	debilidades de control interno tanto en los procesos y procedimientos de facturación, como en los componentes del software a nivel interno y externo, que genera una posible sobrestimación de los ingresos y glosas no subsanadas por tarifas.	1.-Realizar un análisis del comportamiento del tarifario por EAPB y aseguradores que permita establecer al inicio de cada vigencia unas tarifas parametrizadas iniciales que permitan disminuir el impacto de las glosas por mayor valor cobrado 2.-Actualizar las tarifas en el sistema R-fast una realizado el proceso de contratación con cada una de las EAPB y aseguradoras.	Parametrización de tarifas en el sistema de información R-FAST	Julio Cesar Cuero- Responsable sistemas Carlos Holmes Aguilar Responsable de Facturación	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Revelación de las cuentas por cobrar de difícil cobro en activo corriente. En el balance General de la vigencia 2019, en el Activo Corriente se incluyó la cuenta 1385 ? Cuentas de difícil cobro que corresponde al grupo de Activo no corriente, equivalente a \$2.841.239.999 El manual de las políticas contables establece que la entidad presentará sus activos corrientes y no corrientes, entendiéndose que los activos corrientes comprenden los bienes y derechos que razonablemente pueden ser convertidos en efectivo, o que por su naturaleza pueden realizarse o consumirse, en un periodo no superior a un año, contado a partir de la fecha del balance es decir no superará más de los 360 días. Lo anterior es debido presuntamente a las deficiencias en los mecanismos de control interno y seguimiento financiero, lo que conlleva a no reflejar la realidad financiera	deficiencias en los mecanismos de control interno del proceso y seguimiento financiero, lo que conlleva a no reflejar la realidad financiera económica, precisa, fidedigna de la E.S.E.	Dar cumplimiento a los lineamientos definidos por la Contaduría General de Nación referente a la presentación y clasificación en los Estados Financieros de las cuentas por cobrar de difícil cobro.	Estados financieros que revelen la situación financiera real de la empresa verificación de los estados financieros	María Clementina Zúñiga- Contadora	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Debilidades en la gestión de cobro de cartera. Se evidenció que la Red de Salud de Ladera E.S.E. durante la vigencia 2019 no realizó acciones de gestión de cobro de la cartera con morosidad a las EAPBS, solo se observó verificación de las cifras consignadas a la E.S.E. Además, del análisis realizado a la morosidad de la cartera por edades de la vigencia 2019 que asciende a \$5.558.901.426, se evidencia que la mayor parte de la misma supera los 360 días para su recaudo, alcanzando un 51.11% equivalente a \$2.841.239.999. Lo mismo se observa en la vigencia 2020, la cartera por edades asciende a \$4.289.200.809, de los cuales la cartera que supera la morosidad por más de 360 días asciende a \$1.892.807.542 que corresponde al 44.12% del total. Conforme al Proceso de Gestión de Cartera FIN-POE-004 establecido por la entidad se debe notificar al área jurídica el incumplimiento de los acuerdos	Debilidad en el proceso de seguimiento y cobro a los EAPBS, generando riesgo en la prescripción de las mismas, y desmejorando la capacidad financiera de la E.S.E.	1.-Dar aplicación a lo establecido en el procedimiento FIN-POE 004 en lo referente al traslado para seguimiento que corresponde al área jurídica 2.-Iniciar cuando corresponda, acciones judiciales contra las EAPB, aseguradoras y demás entidades.	Traslado de cuentas para inicio de cobro jurídico	Martha Cecilia López Tobón- Jefe Oficina Jurídica	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
 2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Anulación y destrucción de cheques no cobrados vigencias 2019 y 2020 El procedimiento interno establecido por la E.S.E. denominado "pago de proveedores con cheque" vigentes en los periodos 2019 y 2020, no contempla el método ni los tiempos establecidos para la anulación y destrucción de los títulos valores una vez se hayan expedido y vencido los términos. Es deber de la entidad, establecer planes, métodos, procedimientos y otras medidas para la organización de los procesos y de esta forma proporcionar un grado de seguridad razonable en los títulos valores expedidos por la E.S.E., de conformidad con el artículo 1, Ley 87 de 1993; numeral 3, artículo 11, Ley 1474 de 2011 y el inciso primero, artículo 1, Decreto ley 019 de 2012 y numeral 2, artículo 2.2.21.7.3., del Decreto 338 del 04 de marzo de 2019 expedido por el Departamento Administrativo de	debilidades en el proceso de control interno y de tesorería. Generándose de esta forma riesgos internos en la seguridad y protección de los títulos valores expedidos.	1.-Actualizar el al procedimiento FIN-POE-008 pago a proveedores en el cual se ajusta el procedimiento en cuanto a la anulación de cheques 2.-Realizar el proceso de anulación de cheques mediante acta de reunión suscrita por los responsables de las áreas involucradas	Actualización al procedimiento FIN-POE-008 Actas de aprobación de anulación cuando corresponda	Susy Caicedo	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/07/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FINANCIERO	ESE LADERA	Auditoria Contraloria	Descuadre de cajas recaudadoras. En las vigencias 2019 y 2020, se presentaron circunstancias de descuadre en las cajas recaudadoras que están plasmados en los arqueos de caja, informes presentados por los técnicos de facturación de cada IPS y auditorías de control interno relacionados en el siguiente cuadro (se aclara que los responsables del manejo han devuelto los dineros faltantes). (?) Es deber de la entidad establecer mecanismos necesarios que permitan administrar con la máxima eficiencia, seguridad y transparencia la adecuada operación de las Cajas recaudadoras de todas las IPS, para la salvaguarda de los dineros, documentos y en general, de todas las actividades que involucran la participación de los responsables de las Cajas recaudadoras, de conformidad con el artículo 1, Ley 87 de 1993; numeral 3, artículo 11, Ley 1474 de 2011 y el inciso	debilidades en el apoyo logístico al procedimiento de arqueo de cajas establecidas para las diferentes IPS. Generándose el riesgo de descuadres	1.-Fortalecer los procesos de seguimiento periódicos que se establecerán en un cronograma de visitas a las IPS cabeceras para el control de los recursos mediante arqueos de caja. 2.-Fortalecer el control y seguimiento a los técnicos de facturación de cada zona, a través de la revisión de las planillas físicas, boletines de ingreso y arqueo del sistema de R-fast.	se estableció 5 visitas mensuales a las IPS cabeceras. 5 informes mensuales de seguimiento 1. Acta de arqueo 2. Acta de visita 3. Informe de seguimiento	Susy Caicedo	01/07/2021 12:00:00 a.m.	31/12/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SALUD PUBLICA	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 13: Se realiza verificación del reporte de epidemiológico en la semana 38, indicadores de morbimortalidad (Patologías Priorizadas), evidenciando 1 caso CC 38665695 de mortalidad perinatal y neonatal tardía por lo que se deja para seguimiento	Factores genéticos evidenciados en la amniocentesis con múltiples malformaciones fetales ,compatibles con la tetralogía de Fallot,ademas pie equinovaro): Gestante tardía con T21libre, Sd de Down por cariotipo fetal +cardiopatía presuntiva +dismorfismo. Feto no compatible con la vida. factores edad materna, etc	Realizar intervención a los planes de mejora formulados en auditorías externas de unidad de análisis con el fin de dar cierre a hallazgos reiterativos.	evitando nuevas gestaciones. planificación con método definitivo.	Luz Elena Muñoz	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Preventiva
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 12: La institución cuenta con planes de mejoramiento resultado de auditorías internas y externas, sin embargo, no se evidencia soportes de seguimiento y porcentaje de avance de cada uno. Se realiza seguimiento a plan mejora pactado en la anterior visita de monitoreo de la red con un porcentaje de cumplimiento del 20%, gestión parcial del 60% al PM-15412 y al PM-17332 no se evidencia intervención por lo que se deja abierto para continuar seguimiento.	Realizar un mecanismo de seguimiento para cerrar los hallazgos encontrados en las auditorias realizadas por las prestadoras de salud y EAPB	Garantizar seguimiento e intervención a los planes de mejoramiento resultado de auditorías internas y externas	Realizar Seguimiento por medio del Comité de evaluación y seguimiento de auditorías médicas y EAPB a los planes de mejora anteriores	Daniel Cifuentes Buitrago	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 11: En el momento de la auditoría no se cuenta con cronograma para PAMEC, mencionando que se encuentran realizando solo el primer ciclo de auditorías interna para dar inicio a priorización	Falta de cronograma para la elaboración de PAMEC 2021	Realizar cronograma para verificar cumplimiento de avances al proceso Garantizar soportes a auditoría de cada paso de la ruta critica de PAMEC	Realizar las actividades estipuladas en el cronograma para el cumplimiento de la ruta critica de Pamec Ciclo 2021	Daniel Cifuentes Buitrago	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 8: Se evidencia reporte de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 y Resolución 1552 de 2013 a través de la plataforma de Coosalud, evidenciando cargue correspondiente al mes agosto 04/09/2020 y el de Septiembre 13/10/2020 resaltando inoportunidad en el envío del mes de septiembre recordando que se realiza dentro de los 5 primeros días de cada mes.	Volumen de actividades de soporte e informes que se presentan en los primeros días de cada mes, igualmente fines de semana que abarcan los 5 primeros días del mes.	Garantizar oportunidad de los reportes de ley Se recuerda la actualización cuenta de correo electrónico para los reportes de oportunidad Coosalud al correo informescalidad@aplisalud.com	Dar prioridad a la actividad de generación de Archivos planos 1552-4505 y Rips en los primeros días del mes para poder validar y corregir los errores que se presentan al subir a la plataforma del Sami de Coosalud	Ricardo Zúñiga	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora





RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 7: Se identificó a través del cliente oculto el día 26 de octubre 2020 que el prestador maneja ¿Agendas Cerradas? donde se menciona que no hay disponibilidad de citas para medicina general por lo que mencionan que realice nuevamente llamada el día siguiente y para el servicio de odontología informan que se comuniqué el día 19/10/2020 que se apertura las agendas del mes de noviembre	Agendas cerradas.	Garantizar oportunidad en el agendamiento de citas médicas dentro de la meta estándar	se establece realizar apertura para todo el año, por lo tanto es necesario ajustar la oferta y la demanda mediante un sistema eficiente de programación de citas odontológicas.	Lina Varela	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 6: Se realiza verificación de cliente oculto 14 de julio 2020 para verificar disponibilidad de medios para la solicitud de citas en la IPS Siloé al número call center 8937701 donde se menciona lista de espera de 16 usuarios con tiempo de espera estimado de 11 minutos sin respuesta a los 26 minutos se termina llamada 11:59	No se cuenta conforme a la capacidad resolutive en el área del call center en función de la necesidad del usuario para la respuesta en atención de las llamadas.	Realizar seguimiento interno al call center con el fin de verificar disponibilidad y oportunidad de los medios destinados por la ESE para la solicitud de citas	Facilitar una atención oportuna al paciente, en el acceso a los servicios de salud, por eso se amplía la capacidad resolutive del Call Center, pasando de siete a nueve agentes, con una eficiencia o nivel de servicio del 80% y con un ?Factor de Ocupación? que oscila entre el 70% y 85% por agente.	Lina Varela	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 5: Se verifica la existencia del Kit para manejo de Emergencia Obstetricia encontrando kit incompleto según adaptación de la RIA, pendiente balón de bakri, gluconato de calcio 10% x 10ml/1gr, hidralazina amp 20mg	se realiza solicitud de pendientes del kit obstétrico.	Garantizar Kit para manejo de Emergencia Obstetricia completo según la ruta integral de atención.	se adquiere para el kit de emergencia obstetrico: Balón de Bakry, gluconato de calcio ampollas. se solicita hidralazina.	Manuela Valderrama	30/06/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 4: Servicios habilitados no prestados - servicios quirúrgicos: 204 - cirugía ginecológica, 301 -anestesia, 308 - dermatología, medicina interna y se evidencia que la toma e interpretación de radiografías odontológicas en el momento de la auditoría no se presta porque está en espera de certificación.	Actualizar el portafolio de servicios en REPS	Reportar novedad en el REPS	Realizar el reporte de las novedades en REPS	Daniel Cifuentes Buitrago	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 3: Se realiza revisión de base de datos de Patologías Priorizadas y estancias inadecuadas por falencias en la atención en el primer nivel enviada por Dirección de calidad de Coosalud y Gestión Hospitalaria para la ESE Ladera donde se evidencia casos de patologías priorizadas con eventos de interés pública como sífilis congénita 165457994, 165521265, muerte perinatal 1004844120, 1143853379 que serán revisados en el transcurso del mes		Garantizar unidad de análisis y plan mejora eventos de interés pública Fortalecer las atenciones con enfoque a riesgo en los programas de PyP	Realizar analisis de los casos	David Velez	19/04/2021 12:00:00 a.m.	13/10/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 2:La IPS proporciona la agenda odontología del mes de Marzo del 2021; encontrando 18 usuarios de la EPS Coosalud que para ese mes solicitaron atención por primera vez con odontología, se observa un indicador con una oportunidad de 6 días comparado con el indicador general de la IPS 4 se confirma el incumplimiento	-El personal de la caja no esta haciendo el debido uso de los espacios que se dejan para la consulta de primera vez. - El recurso humano de Odontología se encontraba en apoyo al proceso de Covid.	-Socializar nuevamente el uso de los espacios que se dejan para el agendamiento de primera vez en la consulta odontológica y así dar cumplimiento a la norma. - Reintegrar al personal correspondiente de la IPS Siloé del servicio de Odontología.	-Se realiza desplazamiento a las IPS de mayor indicador para nuevamente explicar el uso de los espacios que se dejan para el agendamiento de primera vez en la consulta odontológica y así dar cumplimiento a la norma. -retornar el personal de odontología a la IPS de Siloé, como es la Auxiliar de Odontología, y la Higienista para que retomen sus tareas asignadas.	Maria Fernanda Arboleda Torres	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	C.S. SILOE	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD SILOE OBSERVACIÓN 1: Se verifica la disponibilidad de los medicamentos, dispositivos e insumos en servicios de hospitalización, urgencias evidenciando stock de medicamentos que no cumple con las condiciones de almacenamiento en sala de partos por no aire acondicionado, inventario incompleto en carro de paro del servicio de urgencias según lista de chequeo y medicamentos fecha próximas a vencer sin retirar del servicio		Garantizar la conservación, mantenimiento y custodia de los medicamentos de la ESE Garantizar la rotación y control de fechas de vencimiento de los medicamentos según protocolo de semaforización y retiro del servicio Garantizar kit completos y carro de paros completos según lista de chequeo	Se realizo visita a los servicios para verificación de las condiciones de almacenamiento y carro de paro, donde se identificaron medicamentos próximos a vencer Se realizo devolución de estos al servicio farmacéutico para su perspectiva reposición. Se identificaron medicamentos agotados en los carros de paro. Se ha realizado solicitud de medicamentos al área de compras en en diferentes ocasiones pero no se han podido adquirir, esto debido al desabastecimiento que se ha presentado a nivel nacional por la emergencia sanitaria. Se reporto la ausencia de aire acondicionado a la jefe de zona que a su vez realizo reporte al área de mantenimiento y activos fijos.	Freddy Paz	25/05/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A SIAU	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 9: Se verifica reporte de PQRS reportado por Coosalud nacional del III trimestre evidenciando 10 quejas de usuarios relacionadas con oportunidad y el consolidado de PQRS del III trimestre de la ESE Ladera, las IPS donde más requerimientos se realizaron fue en las IPS Meléndez con 20 donde 18 fueron relacionados con oportunidad.	Altas demandas de PQRS relacionados con el servicio de la IPS Meléndez	Garantizar la oportunidad en la asignación de citas según exigencias de la Resolución 1552	Garantizar el fortalecimiento del servicio con un servicio de garantía al público	Lina Varela y Eliana Morales	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 8: La institución cuenta con planes de mejoramiento resultado de auditorías internas y externas, sin embargo, no se evidencia soportes de seguimiento y porcentaje de avance de cada uno. Se realiza seguimiento a plan mejora pactado en la anterior visita de monitoreo de la red solo con un porcentaje de cumplimiento del 37.5% al PM-15822	Falta de gestión y seguimiento a los planes de mejora pactados de las auditorías Internas y externas	Garantizar seguimiento e intervención a los planes de mejoramiento resultado de auditorías internas y externas	Realizar por parte del comité de Calidad la evaluación del seguimiento de los planes de mejoras de las auditorías internas y externas.	Daniel Cifuentes Buitrago	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 7: El acercamiento con Líder de cuentas médicas de Coosalud quien reporta inoportunidad reporte de los RIPS y 4505 con las actividades de PyP, adicionalmente inoportunidad con el reporte de la información de oportunidad de servicios de consulta Resolución 1552 de 2013 (GRES F 24)	Volumen de actividades de soporte e informes que se presentan en los primeros días de cada mes, igualmente fines de semana que abarcan los 5 primeros días del mes.	Garantizar oportunidad de los reportes de ley Se recuerda la actualización cuenta de correo electrónico para los reportes de oportunidad Coosalud al correo informescalidad@aplisalud.com	Dar prioridad a la actividad de generación de Archivos planos 1552-4505 y Rips en los primeros días del mes para poder validar y corregir los errores que se presentan al subir a la plataforma del Sami de Coosalud	Ricardo Zuñiga	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 6: En revisión de historias clínicas para verificar la utilización de estas modalidades a los pacientes inscritos a los programas de riesgo HTA, diabetes, gestantes se evidencio pacientes insistentes sin seguimiento por parte del programa de riesgo, falencias con la demanda inducida interna a los programas de promoción y prevención, se resalta la necesidad de fortalecer las atenciones bajo estas modalidades		Fortalecer atención que incluyan la telesalud y la prestación de los servicios en la modalidad de telemedicina según Resolución 521 de 2020 con el fin de proteger grupos de mayor riesgo, y prevenir la transmisión del virus. Garantizar seguimiento por parte del programa de riesgo a pacientes inasistentes.	Realizar auditorias internas de las historias clínicas. Seguimiento a las inasistentes. Implementar estrategias para aumentar la demanda inducida.	David Velez	19/05/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 5: La ESE cuenta con Guías de Atención, Manual de Bioseguridad, Protocolo de Lavado de Manos, Uso de Medicamentos donde se evidencia soportes de auditorias internas de seguimiento adherencia, sin embargo en recorrido se evidenció falta de insumos para el cumplimiento del protocolo de lavado de manos (no dispensadores para jabón y toallas en algunas áreas) y no cumplimiento manual de buenas prácticas de esterilización en la IPS	Falta de cumplimiento de protocolo de lavado de manos y de socialización del manual de buenas prácticas de esterilización en la IPS de melendez	Garantizar los insumos para el cumplimiento de lavado de manos Garantizar el cumplimiento del manual de buenas prácticas de esterilización en la IPS Reportar novedad en REPS	realizar recorridos periódicos con la finalidad de garantizar la totalidad de los insumos para el cumplimiento de lavado de manos.	Johanna Villada	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 4: Se identificó a través del cliente oculto al número call center 8937701 el día 10 de noviembre 2020 que el prestador maneja ?Agendas Cerradas? donde se limita el número de citas a asignar por día	agendas cerradas	Garantizar apertura de agendas médicas sin limitar el número de citas a asignar por día.	Garantizar una atención oportuna al paciente, facilitando el acceso a los servicios de salud, mediante la utilización de herramientas, técnicas y procedimientos, que permitan maximizar los beneficios de la capacidad resolutive en función de las necesidades del usuario y su familia. *Se garantizará el acceso a citas médicas, conforme a la disponibilidad de cupos, dando prioridad a la necesidad del usuario. *Toda cita incumplida, se reemplazará 5 minutos antes en caso de que exista demanda de usuarios. De otra forma se buscará garantizar el acceso al usuario, siempre que esté dentro de los tiempos estándar para la actividad agendada. *Cada vez que por novedades se requiera cancelación de la agenda, se informará de manera inmediata al usuario	Lina Varela	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA  
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
GESTION CLINICA	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 3: Durante el recorrido por las instalaciones de la institución se evidenció que el prestador no realiza intervención para facilitar el acceso y atención preferencial para personas con movilidad reducida, ancianos, y/o gestantes con información y cajas preferenciales (facturación).	el prestador no realiza intervención para facilitar el acceso y atención preferencial para personas con movilidad reducida, ancianos, y/o gestantes con información y cajas preferenciales (facturación).	Garantizar el acceso y atención preferencial para personas con movilidad reducida, ancianos, y/o gestante en la IPS con información visible al usuario.	Demarcar con señalética en las ips cabeceras atención preferencial para personas con movilidad reducida, ancianos, y/o gestante en la IPS con información visible al usuario.	karen León - johana villada	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A TALENTO HUMANO	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 2: Durante el recorrido por las instalaciones del Centro de Salud Meléndez no se evidencio en las diferentes áreas como salas de espera se garantice el distanciamiento social	establecer la demarcación para obtener un distanciamiento social entre usuarios.	Realizar demarcación de sillas en salas de espera indicando inhabilitación para su uso para garantizar el distanciamiento y en todos los acceso de la IPS.	Realizar la demarcación en las salas de espera, promoviendo el cuidado del usuario con el distanciamiento social	Johana villada	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
PLANEACION	C.S. MELENDEZ	Interventorias E.P.S Coosalud	AUDITORÍA COOSALUD - CENTRO DE SALUD MELENDEZ OBSERVACIÓN 1: Se evidencia servicios habilitados en el REPS no prestados como: dermatología, periodoncia, diagnostico cardiovascular, proceso de esterilización, adicionalmente el servicio de medicina familiar no se evidencia habilitado pero la IPS presta servicio los días miércoles 4 Horas.	Realizar los reportes de novedades en el REPS	Reportar novedad en REPS	Ingresar a la plataforma REPS para realizar las novedades	Daniel Cifuentes Buitrago	19/04/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1448. EVENTO ADVERSO FUGA	NO RECEPCIÓN EN SALA DE PARTOS DEMORA EN INGRESO A SALA DE PARTOS NO IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE NO BOLETA DE SALIDA	PACIENTE QUE LLEGUE AL SERVICIO DEBERÁ SER ATENDIDA Y VALORADA UNA VEZ SE DA INGRESO A LOS SERVICIOS DE HARÁ TRASLADO CORRESPONDIENTE A SALA. TODO USUARIO QUIEN INGRESE AL SERVICIO DEBERÁ TENER MANILLA DE IDENTIFICACIÓN. TODO USUARIO QUE EGRESE SE UN SERVICIO O DE URGENCIA DEBERÁ PRESENTAR BOLETA DE SALIDA.	POR VALORACIÓN MÉDICA , ES QUIEN DETERMINA EL INGRESO DE LOS PACIENTES. AUXILIARES O COLABORADORES EN SILLA DE RUEGAS TREASLADAN DE UN SERVICIO A OTRO. POR CLASIFICACIÓN EN TRIAGE SE PONDRÁ MANILLA MÉDICO DE TURNO HARÁ EGRESO EN HC Y AUXILIAR ENTREGARÁ BOLETA DE SALIDA.	MEDICO, AUXILIAR ENFERMERIA JEFE ENFERMERIA	20/04/2021 12:00:00 a.m.	20/04/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1443. EVENTO ADVERSO CAIDA	No adherencia a protocolo de riesgos de caída. falta de acompañamiento y monitoreo al paciente.	socializar protocolo de caída de paciente al personal asistencial. solicitar apoyo a equipo psicossocial.	por educación presencial se socializa por parte del equipo asistencial de la sala el protocolo y estrategias que disminuyan el riesgo. por medio de correos ,gestionar apoyo y solicitar acompañamiento con lideres de la comuna	JEFE DE SALA , AUXILIARES DE ENFERMERIA	13/04/2021 12:00:00 a.m.	26/04/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Auditoria Medica	Fortalecer la capacitación continua al personal que integra el proceso de farmacia que incluya evaluaciones de conocimiento para medir la adherencia al proceso Realizar la socialización al personal del proceso de farmacia sobre los documentos de calidad, cada vez que sean actualizados Realizar visitas de asistencia técnica por parte del responsable del proceso de farmacia(regente), para brindar acompañamiento al personal auxiliar en las IPS, en el cumplimiento de los procesos, que permita abordar situaciones específicas que afectan el servicio, definir planes de acción y permitir el mejoramiento continuo, hacia el logro de una mayor adherencia del personal a los requerimientos Es importante contar con una buena medición del proceso para evaluarlo y descubrir cómo mejorarlo	Se realizo auditoria interna donde se evidenciaron posibles oportunidades de mejora en el servicio	*Continuar con la capacitación continua al personal sobre los procesos a realizar en el servicio farmacéutico incluyendo socialización de los formatos de calidad en la plataforma intranet. *Programar visitas cuando se normalice la movilidad en la ciudad y se realice reapertura de las diferentes ips satélites donde posean medicamentos distribuidos por el servicio farmacéutico. *programar actividades a realizar en el servicio.	Se realizo lista de chequeo de los procesos de farmacia al personal para definir puntos a mejorar. en el transcurso del año se han realizado visitas a las ips satélites de la zona de Siloé y a los servicios asistenciales (Urgencias, hospitalización, partos) el servicio farmacéutico posee los procedimientos estandarizados y subidos en intranet, en los que se define como realizar las diferentes actividades de este, como es el caso de la recepción y distribución de medicamentos en el almacén. se crea guía para programación de inventarios internos en el servicio de manera periódica cada cuatrimestre (Abril, Agosto y Noviembre) de cada año	Freddy Paz	19/04/2021 12:00:00 a.m.	20/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitación continua al personal asistencial en los programas de promoción y prevención, para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos	? No se evidencia la historia clínica, totalmente diligenciada y sin espacios en blanco ? En todos los casos no se registra el análisis de la prueba VIH ? No se evidencia registro del próximo control ? Falta de registro en la demanda inducida a otros programas de promoción y prevención	1. Se realizará capacitación para el fortalecimiento en el registro de la historia clínica CLAP, dirigida a médicos y enfermeras acorde con la resolución 3280 son quienes deben realizar la consulta de los cursos de vida adolescente y joven, a su vez diligenciar historia clínica CLAP. 2. Revisar y evaluar la pertinencia de cada uno de los campos en la historia clínica de atención del adolescente y juventud en el marco normativo de la resolución 3280 que señala la consulta del adolescente y joven, solo como primera vez cada año, no como control, por lo tanto sea el médico o enfermera que la realice, según lo estipula la resolución 3280, no siempre contará el profesional con los resultados de laboratorio clínico porque justo en la misma consulta debe solicitarlos, de esta manera no son revisados por el mismo profesional y ni registrados en el mismo formato CLAP de historia clínica.	1. Se realizará para el mes de junio de 2021 la capacitación para el fortalecimiento del registro de la historia clínica CLAP de los cursos de vida adolescencia y juventud(Resolución 3280) 2. Revisión y evaluación de la pertinencia de los campos de la historia clínica CLAP curso de vida adolescente y joven en el marco normativo de la Resolución 3280, semana del 24 al 28 de mayo 2021 con el área de sistemas.	Ingrid Bravo Referente SSR/ Medica programa Adolescencia y Juventud/área de sistemas	10/06/2021 12:00:00 a.m.	18/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION A LA INFANCIA	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar socialización del registro de vacunación que se implementó, para unificar el registro de los datos, a nivel general en todas las IPS de la Red Ladera, haciendo énfasis en la importancia del registro completo.	No se evidencia la historia clínica, totalmente diligenciada, sin espacios En todos los casos no se registra los antecedentes familiares y/o personales No se evidencia registro del riesgo (COVID 19) No se realiza registro de interconsulta o remisiones a otros programas de promoción y prevención	Realizar capacitación a las auxiliares de vacunación referente al diligenciamiento de la historia clínica, se debe insistir en la necesidad de incluir los datos del paciente en el sitio que corresponde.	Continuar con el seguimiento al registro de nota de vacunación, para Lograr una sensibilización a todas las auxiliares de enfermería.	Jefe Estefania Ramirez	21/04/2021 12:00:00 a.m.	14/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
DETECCION TEMPRANA DE CANCER	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitación continua al personal asistencial en los programas de promoción y prevención, para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos	No se evidencia el correcto diligenciamiento de la Hc por parte de los médicos en relación a las preguntas que se deben hacer a las pacientes para hacer un buen dx relacionado a los tipos de cáncer, y se observan campos vacíos en la HC.	Realizar recorridos a cada una de las ips fortaleciendo los lineamientos del programa. Realizar capacitación a los médicos en relación a los 5 cancer priorizados. Retroalimentar al personal en todo lo relacionado a la resolución 3280/2018 Retroalimentar a los médicos en la importancia del completo diligenciamiento de la HC lo cual permitirá un mejor Dx para las usuarias. Se recomienda a los médicos hacer preguntas sobre el uso del bloqueador diario lo cual permitirá evaluar si tiene factores predisponentes para ca de piel.	Realizar capacitaciones permanentes a todo el personal, médicos, enfermeras y auxiliares. Actualización de las RÍAS y resolución 3280/18. Realizar recorridos a todas las ips.		21/04/2021 12:00:00 a.m.	23/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar reunión de forma permanente con el personal, una vez al mes donde se refuerzan los lineamientos técnicos y científicos pertinentes a la atención de los pacientes. Realizar los exámenes prioritarios en Urgencias, así como el registro descriptivo de la enfermedad actual, la cual sea coherente con el motivo de consulta, además del registro del examen físico por cada uno de los sistemas, descripción de los signos de alarma, cuidados generales y recomendaciones. Continuar con la educación continuada y retroalimentación de las auditorias a los médicos de Urgencias. Reunión trimestral	no adherencia a las guías de atención, no adherencia a la resolución 1995 de 1999.	socializar auditoria de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de manera trimestral y realizar el plan de mejora de las desviaciones encontradas, con el fin de lograr un correcto diligenciamiento de la historia clínica. socializar la auditoria de adherencia a la guías de atención y establecer los planes de mejora de acuerdo a las desviaciones encontradas. responsable re socializar de manera progresiva las guías de atención con el personal asistencial de los tres servicios de urgencias.	por medio de actas, documentos escritos y socializaciones.	jefe sindy coordinadora urgencias cañaveralejo, jefe julian villada coordinador urgencias siloe y jefe vivian coordinadora urgencias teerroncolorado.	26/04/2021 12:00:00 a.m.	10/05/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1441 EVENTO ADVERSO FUGA	- Desconocimiento de la usuaria por parte del personal de enfermería - No adherencia a la resolución 1995 del 1999.	- Toda usuaria que ingrese al servicio de urgencias debe ser facturada y reconocida en la sala por todo el personal de turno. - adherirse y cumplir la normatividad.	- al ingresar a la sala el personal de enfermería y medico de turno serán los responsables de velar por la atención de la usuaria. - diligenciar oportunamente los registros, además de la veracidad de los datos suministrados en la historia.	Jefe de sala, médicos y auxiliar de enfermería	13/04/2021 12:00:00 a.m.	26/04/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1440. EVENTO ADVERSO IAAS	INADECUADA TECNICA DE APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR - MALA TECNICA AL APLICAR LOS MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS	SOCIALIZAR AL PERSONAL ASISTENCIAL NUEVAMENTE LAS TECNICAS DE APLICACION DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR Y LOS CORRECTOS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.	- POR MEDIO DE CAPACITACIÓN ASISTENCIAL EN EL SERVICIO - RE CAPACITAR AL PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE LOS MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS.	seguridad del paciente	21/04/2021 12:00:00 a.m.	30/04/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitación continua al personal asistencial medico en los programas de promoción y prevención que incluyan evaluaciones de conocimiento para medir la adherencia a la guía clínica y a la historia clínica específica del programa, para un correcto diligenciamiento de la misma con énfasis en la importancia del registro completo de todos los ítems	Falencias en el correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica en los programas de promoción y prevención.	Capacitación del personal de salud en el correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica, a través de procesos de induccion y reinducción. Auditoria periódica de adherencia por parte de auditoria medica y socialización de resultados para concertar acciones de mejora.	Elaborar plan de acción para capacitación de profesionales y auxiliares de salud en programas de promoción y prevención y cumplir con planes de auditoria interna de calidad en el correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica en cada uno de los programas.	Subgerencia y Referentes de Promoción y Prevención	30/05/2021 12:00:00 a.m.	15/06/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



**RED DE SALUD LADERA**  
**PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA**  
**2021**

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U. E.N ATENCION PSICOSOCIAL	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1435 INDICIO ATENCION INSEGURA	NO ATENCION PSICOSOCIAL ANTE LA RUTA DE IVE	SE HABLA CON EQUIPO PSICOSOCIAL SOBRE EL CASO, ANTE LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA ASI NO SE CUENTE CON PERSONAL INMEDIATO PARA DIRECCIONAR.	LA COORDINADORA DE PSICOSOCIAL HABLARACN SU EQUIPO ACERCA DEL CASO PARA EVITAR NUEVOS INDICIOS DE ATENCION I NSEGURA	DRA MERY CABALLERO Y ELIANA MORALES	17/03/2021 12:00:00 a.m.	30/03/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS		Seguridad del Paciente	1433 Indicio de atención insegura	No toma de signos vitales a paciente en la sala de partos	Se delega responsabilidad del estudiante a docente o auxiliar de enfermería de la sala de partos.	La responsabilidad del estudiante que realice prácticas integrales en el servicio es de la docente que acompaña su práctica o de la auxiliar de enfermería en caso de que la docente no asista, dado a que la estudiante viene en metodología de aprendizaje.	Docente y auxiliares asistenciales de la sala de partos	25/02/2021 12:00:00 a.m.	11/03/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1430. EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON TRAUMA NEONATAL	- falta adherencia a protocolo de atención a la gestante -Maniobra intempestiva por personal médico de la sala. - Identificación inadecuada de factor de riesgo en la gestante. - Datos antropométricos -Omisión en el reporte de los eventos adversos e incidentes por parte del personal asistencial(médico,enfermera, auxiliar de enfermería).	-continúa capacitación de personal asistencial de la sala, tanto medic@s como auxiliares. -Mejorar la técnica al maniobrar un parto cuando el producto no tenga un descenso adecuado. -Garantizar la calidad del dato en las historias clínicas y en la exploración física para la identificación oportuna de factores de riesgo en la gestante. -gestionar con ingeniero de sistemas ,que ante la apertura de historia clínica de atención al parto o de consulta por urgencias ponga de obligatoriedad diligenciar las casillas de las medidas antropométricas y signos vitales. -Reeducar en la cultura del reporte nuevamente a todo el personal de la sala de partos con el fin de reforzar los reportes de eventos adversos, indicios de atención insegura, incidentes en la prestación de servicios.	-Asistir a todas las capacitaciones programadas ademas de leer y actualizarse en los protocolos de atencion del parto, ademas de implementar el paso a paso de la guía. -Implementar correctamente las tecnicas definidas en protocolos de atencion en partos. -Motivar al personal asistencial en generar datos de calidad en el diligenciamiento de las historias clinicas, ademas de tener una previa valoraccion física integral a la hora de ingresar a una gestante al trabajo de parto. -Una vez se de apertura a estas historias clinicas desde la sala de partos, el personal asistencial deberá realizar el diligenciamiento de estos datos, dado a que no se arrastraran las medidas antropométricas y signos vitales desde historias clínicas de consulta externa. -Por medio de charlas, diapositivas y ejercicio presencial en los computadores de la estación de enfermería se muestra el paso a paso sobre el reporte de los eventos.	personal: Medico ,Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, ingeniero Cuero	16/02/2021 12:00:00 a.m.	23/02/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	1427. VENTO ADVERSO RELACIONADO CON LAS CREENCIAS DEL PACIENTE: FUGA DE PACIENTE	NO TOMA MUESTRAS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS PERSONAL ASISTENCIAL AUSENTE Y NO PENDIENTE POR OCUPACIÓN EN EL SERVICIO INSTALACIÓN DE TIMBRE Y SEGURIDAD EN LAS PUERTAS PARA EL INGRESO DE LA SALA DE PARTOS	CAPACITAR AL PERSONAL DE LA SALA DE PARTOS PARA TOMA MUESTRAS COVID DIVIDIR EL TIEMPO PARA LAS FUNCIONES DEL SERVICIO CON MANTENIMIENTO PONER SEGURIDAD Y SISTEMA DE BLOQUEO EN LAS PUERTAS DE LA SALA.	POR MEDIOS DE LA COORDINACIÓN DE COVID EN SILOÉ , SE SOLICITA LA CAPACITACIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SALA DE PARTOS. EN ARAS DE RESOLVER LA PROBLEMÁTICA DE LA FUGA DEL SERVICIO , EL PERSONAL ASISTENCIAL( AUXILIARES Y JEFE DEL SERVICIO) DEBERAN ESTAR ATENTOS A INGRESO Y EGRESO DE LOS USUARIOS AL SERVICIO ADEMAS DE SUS FUNCIONES ,MIENTRAS SE PROGRAME SEGURIDAD EN LAS PUERTAS. EN AS PUERTAS DE LA SALA DE PARTOS PONER SEGURIDAD CON BLOQUEO DE LAS MISMAS QUE SE ACTIVE SU APERTURA CON BOTÓN DIRECTO EN LA ESTACION DE ENFERMERIA	JEFE DE SALA , AUXILIARES DE ENFERMERIA	18/01/2021 12:00:00 a.m.	17/02/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva





RED DE SALUD LADERA  
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA  
 2021

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FACTURACION	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	del proceso de registro y facturación sobre el tema de cargue de actividades, medicamentos e insumos? Fortalecer la capacitación continua al personal que integra el proceso de registro y facturación que incluya evaluaciones de conocimiento para medir la adherencia al proceso Realizar la socialización al personal del proceso de registro y facturación sobre los contratos, cada vez que sean actualizados Realizar seguimiento a la parametrización de los contratos, cada vez que se requiera, para generar una información veraz y oportuna Realizar visitas de asistencia técnica por parte del responsable del proceso de registro y facturación, para brindar acompañamiento al personal auxiliar administrativo de caja en las IPS, en el cumplimiento de los procesos, que permita abordar situaciones específicas que afectan	fallas en la validación de derechos fortalecer la capacitación del personal de facturación e informar sobre os contrato de tiene la empresa	Realizar capacitación a todo el personal de facturación relacionada con la validación de derechos y socialización de contratos de la empresa, realizar auditoria mensual basada en una muestra de acuerdo a la producción de facturación por el mecanismo de pago por evento capacitar en el sistema de afiliación transacción previa validacion de derchos	Realizar a reunión de capacitación conservando las normas de bioseguridad, revisar de manera mensual y con base en el procedimiento del manual único de glosas la facturación por el mecanismo de pago por evento	ordinador de facturacion y tecnicos de facturacion	11/01/2021 12:00:00 a.m.	22/01/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora