

51



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-HOSPITALIZACIÓN

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 10:55

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Objetivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de Hospitalización de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008 y en la normatividad vigente aplicable al sector.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 03-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterios de seguimiento

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Normatividad colombiana vigente

Otra información

- Registros asistenciales.
- Procedimientos e Instrucciones.

Descripción: • Documentos y registros generados por el sistema de gestión.**Responsable**

Líder Hospitalización

Requisitos aplicables

4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación; 5.5.3 Comunicación interna; 6 Gestión de recursos; 6.1 Provisión de recursos 6.2 Recursos humanos; Procesos relacionados con el cliente 6.6.2 Competencia y formación; 6.4 Ambiente de trabajo; 7.2.3 Comunicación con el cliente 8. Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Análisis de datos; 8.5 Mejora.

Criterios de evaluación

- lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad.
- Entrevistas colaboradores del proceso
- Evidencia de fallas en el proceso

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:  si**Usa numerador y denominador:**  si**Descripción del numerador:** Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo**Descripción del denominador:** Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo**Es de meta variable:** no**Meta nominal:** 95,00 %**Meta mínima:** 90,00 %

Meta máxima:	100,00 %
Límite de control inferior:	0 %
Límite de control superior:	100 %
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)
Referencia de medición:	febrero 01
Fórmula:	[NUM]/[DEN]*100

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

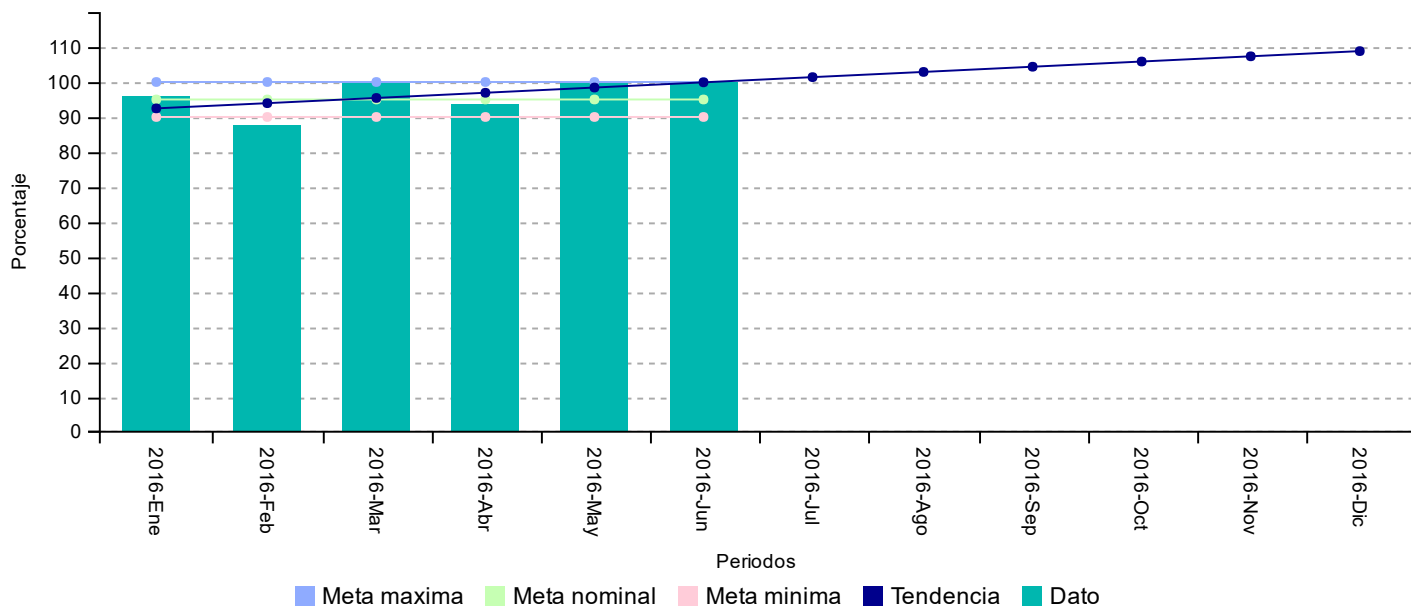
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	95,83	87,50	100,00	93,75	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 96.18
 Desviación estandar: 4.57
 Línea de tendencia: $y = 1.49x + 92.46$
 Tendencia calculada:
 Valor esperado: 102,89

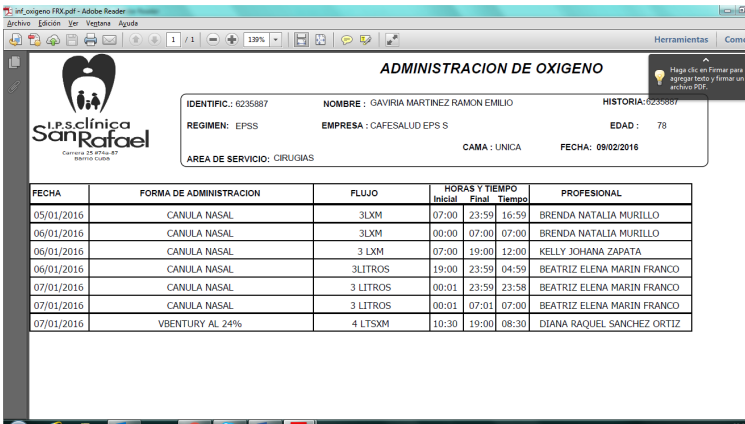
CONVENCIONES

Tendencia negativa Tendencia positiva

●○○○ Val. < M. Min. ●○○○ Val. > M. Max.
 ●●○○ Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. ●●○○ Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.

● Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.
● Val. >= M. Max. Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas																
<div style="display: flex; align-items: center;"> 📅 2016-Ene </div>	<p>95,83</p>	<p>Destacados: Se verifica adicional del check list: Manual del usuario: es necesario que este socializado todo el contenido para resolver inquietudes y dar una buena información al paciente, esto principalmente en las jefes de enfermería. Inventario Rótulos de líquidos de desinfección Responsabilidad por asignaciones Control diario de carro de paro Reposición de insumos de carro de paro Se entrevista a Vanessa Alcalde y Gloria Hernández en Lavado de manos y política de calidad mostrando adherencia a lo establecido y definido en los manuales. Adicional a lo verificado en hospitalización, se verifican actas de incineración del servicio de transfusión y registros de temperatura en nevera de concentrado globular. Nota: los puntos 1, 2 y 4 de la lista de chequeo no se evaluaron durante el mes de enero de 2016.</p> <p>Falla: Evidencias</p> 																
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Identificación del paciente al ingreso de acuerdo al procedimiento</td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Presentación del personal que atiende al paciente</td> <td style="text-align: center;">Cumplimiento</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)</td> <td style="text-align: center;">Cumplimiento</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Cumple </td> </tr> </table>	1	Identificación del paciente al ingreso de acuerdo al procedimiento		<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	2	Presentación del personal que atiende al paciente	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	3	Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 				<ul style="list-style-type: none"> Cumple
1	Identificación del paciente al ingreso de acuerdo al procedimiento		<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 															
2	Presentación del personal que atiende al paciente	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 															
3	Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 															
			<ul style="list-style-type: none"> Cumple 															

4	Uso de los mecanismos de identificación redundante como lo indica el procedimiento 03-M-PR-001	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • No cumple • No aplica 	4
5	Entrega de información al usuario (evidencia socialización manual del usuario)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
6	Evidencia de entrega de información de horarios de visita	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	4
7	Evidencia entrega de planes de alta de acuerdo al procedimiento	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
8	Lavado de manos (verificación de los 5 momentos en sitio)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	6
9	Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
10	Registro diario de administración de oxígeno	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
11	Verificación de medidas de seguridad del paciente (barandas arriba, timbre y objetos a la mano)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
12	Registro control diario	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
13	Registro prueba semanal de desfibrilador	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
14	Otras observaciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple 	1

2016-Feb

87,50

			<ul style="list-style-type: none"> No aplica
15	Otros items relevantes 1	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica
16	Otros items relevantes 2	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica

NOMBRE
HOJA DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE
HOJA DE TRANSFUSIÓN

TIPO DOCUMENTO
FORMATO

AREA RESPONSABLE
HOSPITALIZACIÓN
CIRUGÍA

_____ HORA _____

_____ SEXO _____

_____ PLAN _____

_____ QUE ORDENA LA TRANSFUSIÓN _____

_____ GRUPO _____ RH _____

_____ MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN _____

_____ ENFERMERA QUE PREPARA LA TRANSFUSIÓN _____

_____ CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSIÓN _____

_____ OBSERVADOS EN EL PACIENTE ANTES DE LA TRANSFUSIÓN _____

_____ REALIZA LA PRUEBA CRUZADA _____

_____ RESULTADO DE LA PRUEBA CRUZADA _____

CONTROL DE TRANSFUSIÓN

FECHA VENCIMIENTO	HORA INICIACIÓN	SELLO DE CALIDAD	SIGNOS VITALES	INICIO	15'	30'	60'	90'	HORA DE TERM.			POST TR
			T.A.						No 1	No 2	No 3	20
			TEMP.									
			PULSO									
			RESP.									
			T.A.									
			TEMP.									
			PULSO									
			RESP.									
			T.A.									
			TEMP.									
			PULSO									
			RESP.									

_____ TOTAL TRANSFUNDIDO _____

_____ LÍQUIDOS ADMINISTRADOS _____

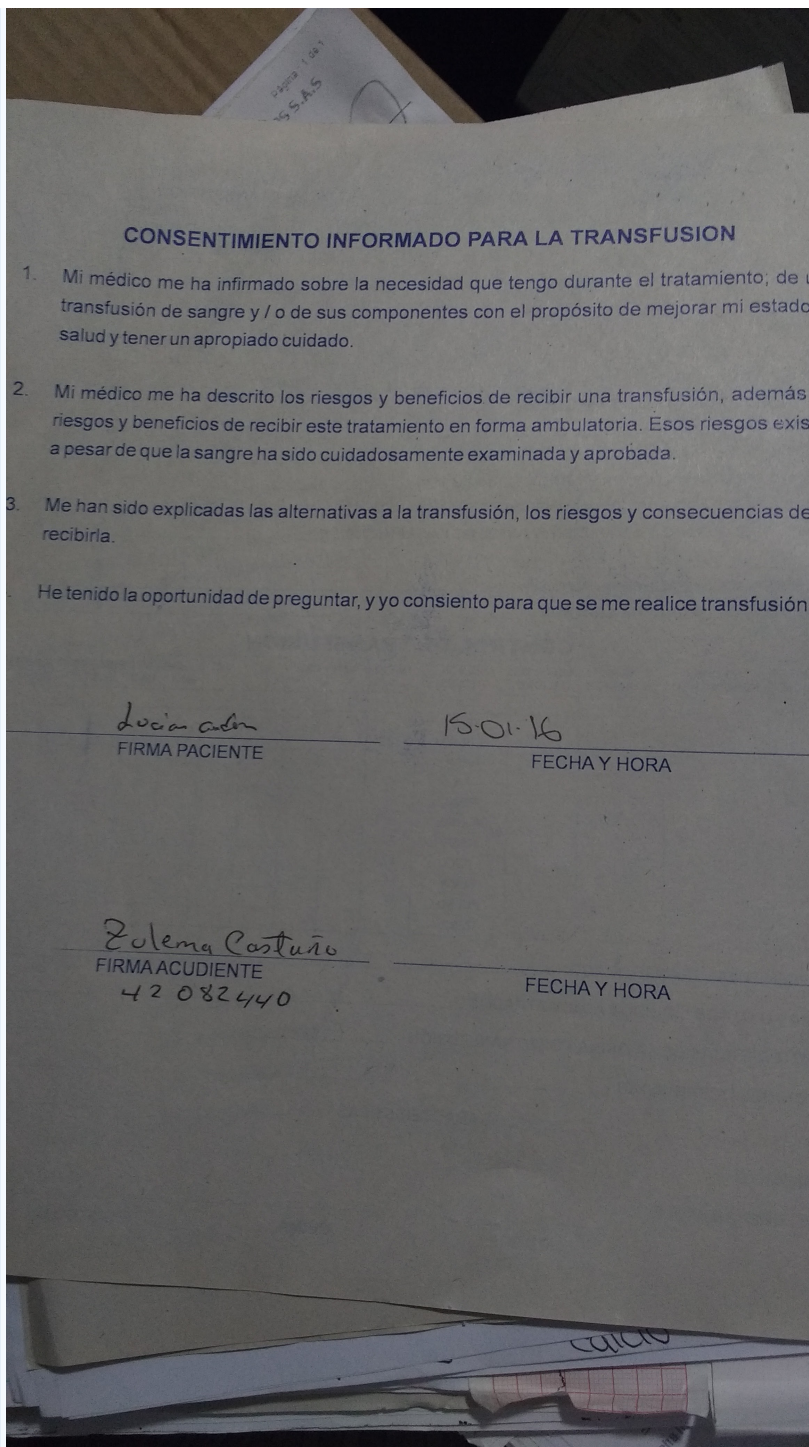
_____ CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA POST/TRANSFUSIÓN _____

_____ OBSERVADAS _____

_____ CARACTERÍSTICAS _____

_____ RESPONSABLE _____

_____ NOMBRE _____ FIRMA _____ REGISTRO No. _____



Imágenes detalladas en las Fallas.

<p>2016-Mar</p>	<p>100,00</p>	<p>Se realiza aplicación de lista de chequeo. Recomendaciones Desinfección en aislamiento: durante el seguimiento se puede evidenciar que pueden surgir dudas de acuerdo al protocolo establecido, los registros apesar que son de un paciente que acaba de salir no es marcado como infectado y registra una sola desinfección. Es importante aclarar este procedimiento para que la supervisión por parte de enfermería se realice adecuadamente.</p>
<p>2016-Abr</p>	<p>93,75</p>	

Uso de los mecanismos de identificación redundante como

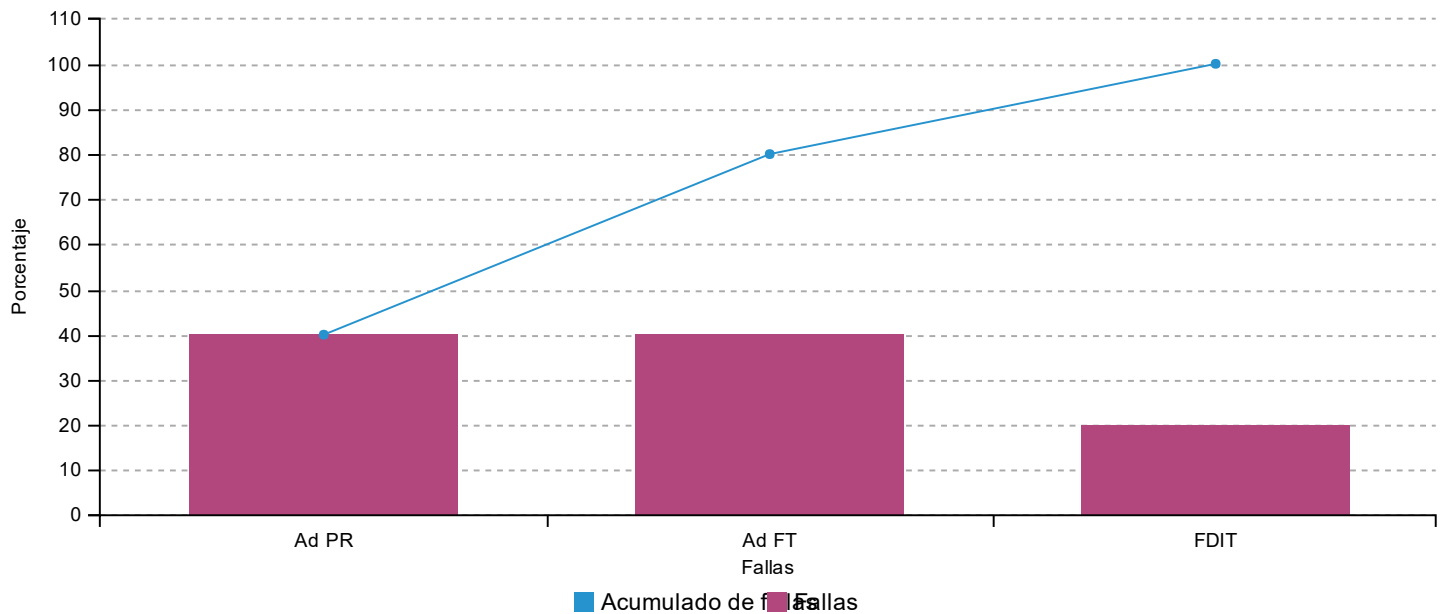
- Cumple

2016-Mayo	100,00	1	lo indica el procedimiento 03-M-PR-001	<ul style="list-style-type: none"> No cumple No aplica 	4	Cumplimiento	
		2	Entrega de información al usuario (evidencia socialización manual del usuario)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		3	Evidencia de entrega de información de horarios de visita	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	4	
		4	Evidencia entrega de planes de alta de acuerdo al procedimiento	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		5	Lavado de manos (verificación de los 5 momentos en sitio)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	6	
		6	Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		7	Registro diario de administración de oxígeno	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		8	Verificación de medidas de seguridad del paciente (barandas arriba, timbre y objetos a la mano)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		9	Registro control diario	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		10	Registro prueba semanal de desfibrilador	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		11	Otras observaciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	1	
2016-Jun	100,00		Identificación del paciente al ingreso de acuerdo al procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 			
		2	Presentación del personal que atiende al paciente	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4	
		3	Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	5	

		4	Uso de los mecanismos de identificación redundante como lo indica el procedimiento 03-M-PR-001	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		5	Entrega de información al usuario (evidencia socialización manual del usuario)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		6	Evidencia de entrega de información de horarios de visita	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	4

PARETO DE FALLAS COMUNES

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
Ad PR - Adherencia a procedimiento	2.00	2.00	40.00%	40.00%
Ad FT - Adherencia a formatos y registros	2.00	4.00	40.00%	80.00%
FDIT - Falla de individuo/tarea	1.00	5.00	20.00%	100.00%



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Jan	1	Falla de individuo/tarea	Error en administración de oxígeno, paciente con número de identificación 62.235.887 (07/ene/2016)
2016-Feb	2	Adherencia a formatos y registros	No diligenciamiento adecuado de formatos: La hoja de transfusión no es diligenciada en su parte de adelante se evidencian varios formatos con solo la firma del paciente. No uso de formatos vigentes: La hoja de transfusión no está en uso la última versión la cual incluía el disentimiento informado. Esto fue una mejora realizada a partir de la visita de auditoria externa por la secretaria departamental de salud.
2016-Mar	1	Adherencia a procedimiento	

2016-Apr	1	Adherencia a procedimiento	Se observa en el piso -2 (internación habitación N°6) paciente mayor de 60 años sin las barandas arriba lo cual evidencia no adherencia al programa de seguridad del paciente. El evento se observa el día 26 de abril de 2016.
----------	---	----------------------------	---

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

Jorge Iván Estrada Fernández @ 2016-08-18, 10:55:36

52



SEGUIMIENTO DE CALIDAD- UNIDAD CUIDADOS ESPECIALES

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 10:57

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Obejtivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso del Mantenimiento y orientación de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 11-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterios

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Requisitos por la normatividad colombiana

Requisitos

Descripción:

4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 6 Gestión de recursos; 6.1 Provisión de recursos 6.2 Recursos humanos; 6.3 Infraestructura; 6.4 Ambiente de trabajo; 7.4 Compras; 8 Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Analisis de datos; 8.5 Mejora.

Responsable

Lider de enfermeria

Criterios de evaluación

- Lista de chequeo con los items a evaluar de acuerdo a los requisitos a cumplir.
- Se pueden tomar como hallazgo todo lo encontrado durante el tiempo de auditoria así no este relacionado en la lista de chequeo
- Entrevistas en el proceso

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURAS

Es de tendencia positiva:  si**Usa numerador y denominador:**  si**Descripción del numerador:** Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo**Descripción del denominador:** Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo**Es de meta variable:** no**Meta nominal:** 95,00 %**Meta mínima:** 90,00 %**Meta máxima:** 100,00 %**Límite de control inferior:** 0 %**Límite de control superior:** 100 %**Frecuencia de medición:** 1 Mes(es)

Referencia de medición: febrero 01
 Fórmula: [NUM]/[DEN]*100

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

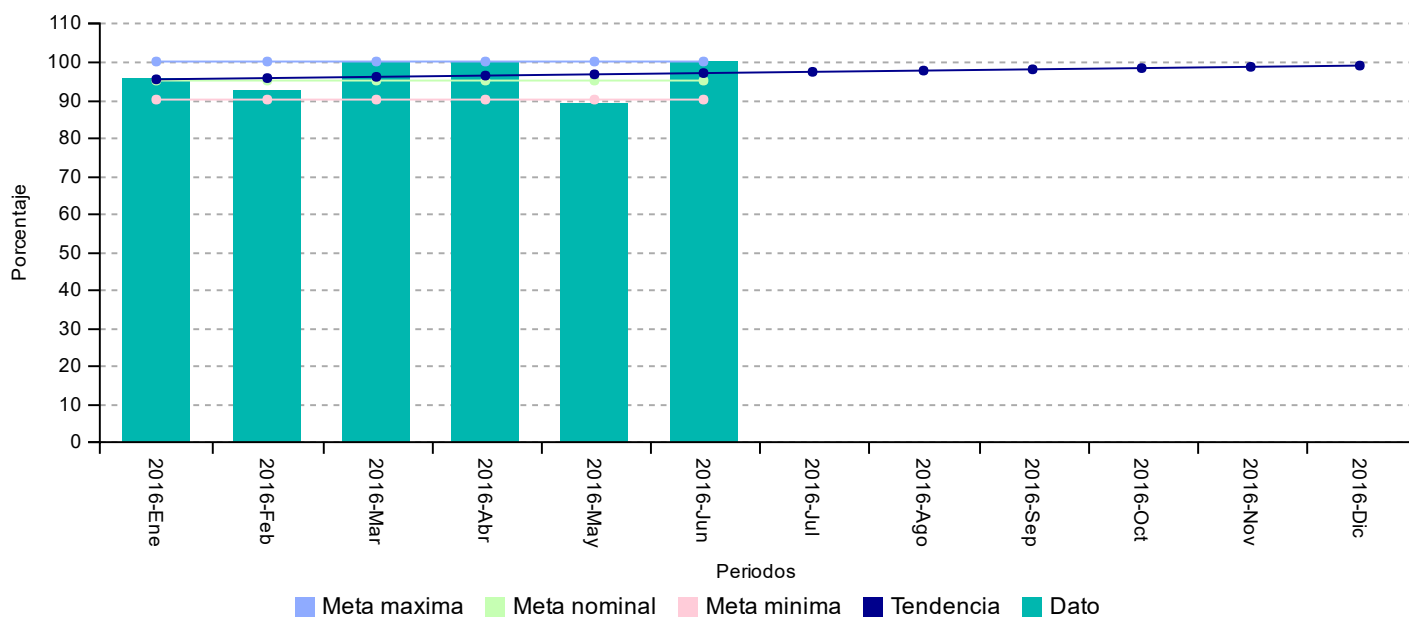
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	95,65	92,31	100,00	100,00	88,89	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 96.14
 Desviación estandar: 4.32
 Línea de tendencia: $y = 0.33x + 95.32$
 Tendencia calculada:
 Valor esperado: 97,63

CONVENCIONES


- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Tendencia negativa | Tendencia positiva |
| Val. < M. Min. | Val. > M. Max. |
| Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. | Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom. |
| Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. | Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min. |
| Val. >= M. Max. | Val. <= M. Min. |

MATRIZ DE VALORES DEL INDICADOR

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	95,65	<p>Destacado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a lo evaluado en check list: Control certificado de defunción Supervisión en desinfección por asignaciones Adherencia a lavado de manos Rotulación de insumos Revisión de guardianes (recipiente de desechos) Cuarto de equipos Limpieza y desinfección Adherencia a 10 correctos de administración de medicamentos: Jhon Jairo Castro (Auxiliar del servicio)
		<p>En una revisión al área de archivo se encuentran documentos como estos los cuales no son diligenciados en su totalidad de un paciente atendido en el servicio de cuidados intensivos. Los campos de los documentos son para diligenciar más aún cuando se trata de documentos tan importantes como el consentimiento informado y de firmas.</p>

2016-Feb

92,31

	NOMBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO		CODIGO 04-FT-009
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01/01/2012

FECHA (AAAA-MM-DD): 15-01-2016

Libremente autorizo al personal médico y paramédico de la **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** para que realicen los procedimientos propios del área de terapia intensiva necesarios para mantener el estado de salud del usuario Luciano Cardona Torres identificado con cédula No. 10103437. Los procedimientos incluyen, pero no se limitan a:

- INTUBACION ENDOTRAQUEAL
- VENTILACION MECANICA
- REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA
- INSERCIÓN DE CATETERES (URINARIO, GASTRICO, VENOSO CENTRAL, VENOSO PERIFERICO, LINEA ARTERIAL)
- GLUCOMETRIAS
- TERAPIA RESPIRATORIA
- TERAPIA FISICA
- TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO
- USO DE LA HISTORIA CLINICA CON FINES ESTADISTICOS

Los procedimientos anteriormente enunciados son realizados para mejorar el estado de salud, pero no están exentos de complicaciones.

Al firmar acepto que he leído y comprendido el presente documento y estoy

Si De acuerdo o En desacuerdo,

Si la respuesta es afirmativa, declaro que estoy de acuerdo con el ingreso del usuario. Si estoy en desacuerdo, no acepto el ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos y eximo a la **CLINICA SAN RAFAEL** y al personal médico y paramédico de cualquier responsabilidad médica legal que en el futuro se relacione a esta decisión.

X Zulma Castaño
RESPONSABLE USUARIO

MEDICO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TESTIGO

Se revisan registros del servicio y área de medicamentos, donde se revisa aleatoriamente el cumplimiento de los protocolos.

líquidos endovenosos

Registros de temperatura

Oxigenoterapia

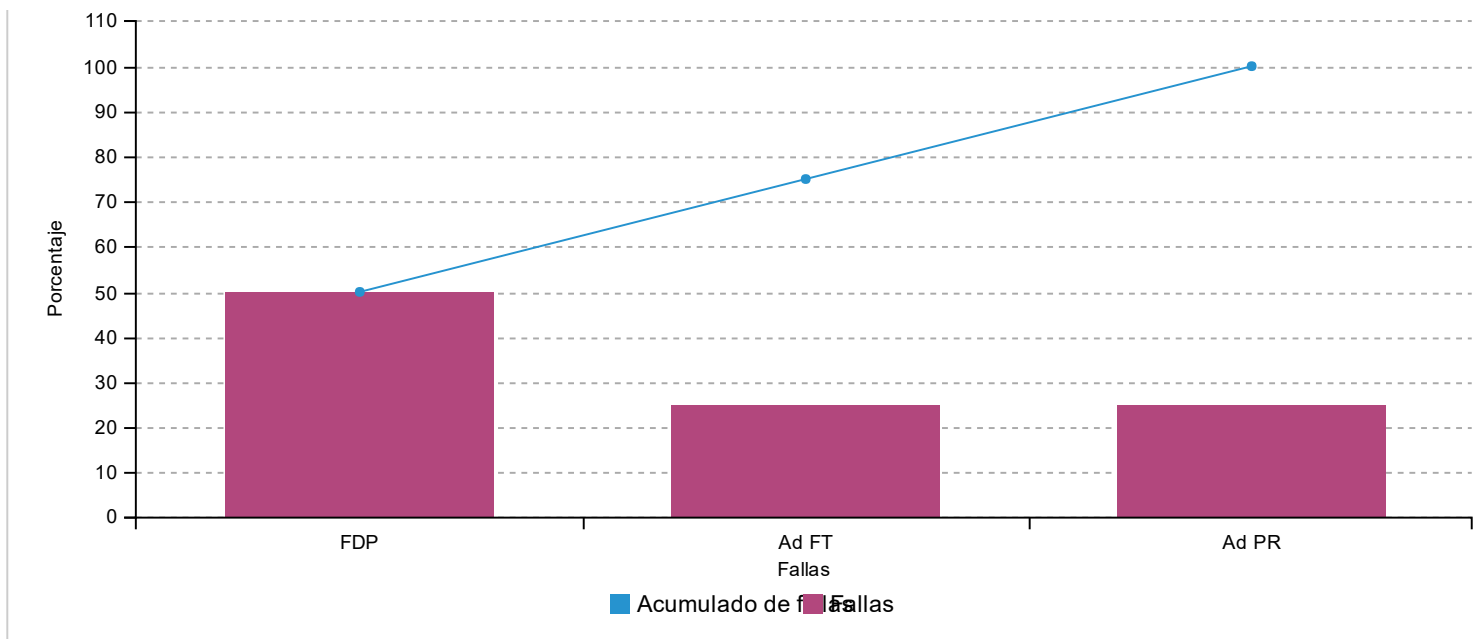
Circuito ventilatorio

Mascara ventilación no invasiva

+ 2016-Mar	100,00	<p>Equipos de sutura Evento adverso Se reportan eventos adversos repetidos. Reporte laboratorio en historia clínica equivocada. Retiro línea arterial: en los registros se evidencian compromisos asumidos. Nota: es importante que además de fijar los cuadros de turnos del personal asistencial se establezca dentro del sistema de gestión de calidad el instructivo o procedimiento para el registro 13-FT-022 (cronograma de turnos) donde se definan los parámetros legales y la estandarización de la fijación de los cronogramas.</p>
+ 2016-Abr	100,00	<p>Adicional a lo evaluado en check list: Control certificado de defunción Supervisión en desinfección por asignaciones Adherencia a lavado de manos Rotulación de insumos Revisión de guardianes (recipiente de desechos) Cuarto de equipos Limpieza y desinfección</p>
+ 2016-Mayo	88,89	<p>Adicional a lo evaluado en check list: Control certificado de defunción Supervisión en desinfección por asignaciones Adherencia a lavado de manos Rotulación de insumos Revisión de guardianes (recipiente de desechos) Cuarto de equipos Limpieza y desinfección</p>
+ 2016-Jun	100,00	<p>Adicional a lo evaluado en check list: Control certificado de defunción Supervisión en desinfección por asignaciones Adherencia a lavado de manos Rotulación de insumos Revisión de guardianes (recipiente de desechos) Cuarto de equipos Limpieza y desinfección</p> <p>Registros de temperatura Oxigenoterapia Circuito ventilatorio Mascara ventilación no invasiva Equipos de sutura Evento adverso</p>

PARETO DE FALLAS COMUNES

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
FDP - Falla de proceso	2.00	2.00	50.00%	50.00%
Ad FT - Adherencia a formatos y registros	1.00	3.00	25.00%	75.00%
Ad PR - Adherencia a procedimiento	1.00	4.00	25.00%	100.00%



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Jan	1	Adherencia a procedimiento	En revisión realizada en horas de la mañana se evidencian monitores del servicio con polvo, a lo que se concluye como falla del procedimiento de limpieza y desinfección.
2016-Feb	1	Adherencia a formatos y registros	Consentimiento informado sin diligenciar completamente.
2016-May	2	Falla de proceso	Se presentan errores administrativas sin planes de acción efectivos relacionados con: administración de oxígeno y control de registros y documentos.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

Jorge Iván Estrada Fernández @ 2016-08-18, 10:57:13

55



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-SERVICIO QUIRÚRGICO

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR



2016-08-18, 10:57

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo:	Gestión
Estado:	Activo
	Objetivo
	Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de Crde acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.
	Alcance
	Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 06-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.
	Criterio
	Requisitos norma ISO 9001:2008
	Procedimientos internos
	Otra información
Descripción:	<ul style="list-style-type: none"> • Registros asistenciales. • Procedimientos e Instrucciones. • Documentos y registros generados por el sistema de gestión.
	Responsable
	Líder servicio quirúrgico
	Criterio de evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad. • Entrevista con el personal del proceso.

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:	 si
Usa numerador y denominador:	 si
Descripción del numerador:	Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo
Descripción del denominador:	Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo
Es de meta variable:	no
Meta nominal:	95,00 %
Meta mínima:	90,00 %
Meta máxima:	100,00 %
Límite de control inferior:	0 %
Límite de control superior:	100 %
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)

Referencia de medición: febrero 01
 Fórmula: [NUM]/[DEN]*100

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

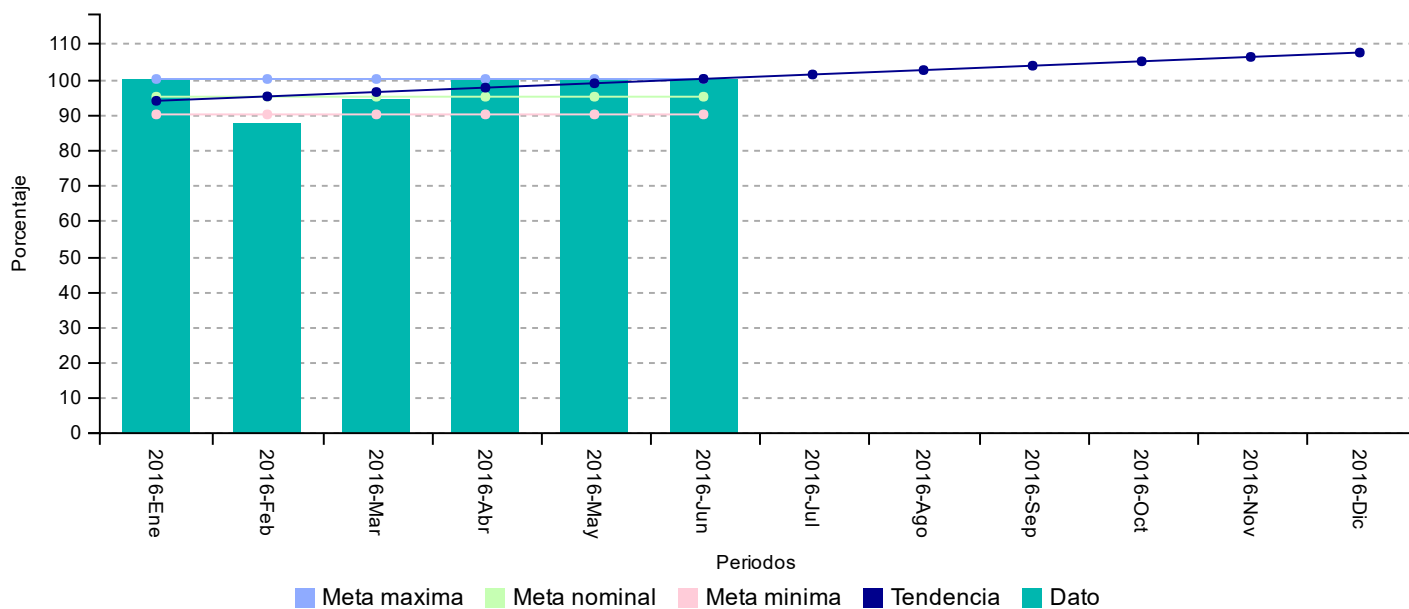
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	87,50	94,12	100,00	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 96.94
 Desviación estandar: 4.73
 Línea de tendencia: $y = 1.24x + 93.84$
 Tendencia calculada:
 Valor esperado: 102,52

CONVENCIONES

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Tendencia negativa | Tendencia positiva |
| Val. < M. Min. | Val. > M. Max. |
| Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. | Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom. |
| Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. | Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min. |
| Val. >= M. Max. | Val. <= M. Min. |

MATRIZ DE VALORES DEL INDICADOR

Periodo	Valor	Notas				
2016- Ene	100,00	Destacados:				
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)		5.00 %		
		Lavado de manos (verificación de los 5 momentos en sitio)		5.00 %		
		Identificación del paciente al ingreso con las manillas de acuerdo al riesgo		5.00 %		
		Presentación del personal que atiende al paciente		5.00 %		
		Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)		5.00 %		
		Conocimiento y aplicación de los 10 correctos del personal		5.00 %		
		Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)		5.00 %		
		Entrega de información al usuario (evidencia socialización manual del usuario)		5.00 %		
		Evidencia entrega de planes de alta de acuerdo al procedimiento		5.00 %		
		Registro control diario de carro de paro		5.00 %		
		Evidencia entrega derechos y deberes		5.00 %		
		Registro Rotulo de identificación del paciente cirugía		5.00 %		
		Otras observaciones		5.00 %		
		Correcta entrega de información al usuario (verificación en sitio)		5.00 %		
		Otros items relevantes 1		5.00 %		
		Otros items relevantes 2		5.00 %		
Cirugía segura (aplicación etapa antes de traslado) 3ra.		5.00 %				
		1	Identificación del paciente al ingreso con las manillas de acuerdo al riesgo	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10
		2	Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	20
		3	Evidencia entrega de planes de alta de acuerdo al procedimiento	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10
		4	Evidencia entrega derechos y deberes	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10
		5	Registro control diario de carro de paro	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10
		6	Registro Rotulo de identificación del paciente cirugía	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple 	10

				<ul style="list-style-type: none"> • No aplica 		
		7	Cirugía segura (aplicación etapa admisión del paciente)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		8	Cirugía segura (aplicación etapa antes de traslado) 3ra.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		9	Consentimiento informado (control de registro-verificación en sitio)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		10	Correcta entrega de información al usuario (verificación en sitio)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		11	Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0 (no evaluado)
		12	Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		13	Lavado de manos (verificación de los 5 momentos en sitio)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
2016-Feb	87,50	14	Otras observaciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
		15	Otros items relevantes 1	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	0
					<ul style="list-style-type: none"> • Cumple 	

16 Otros items relevantes 2	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • No cumple • No aplica
-----------------------------	--------------	--

Clínica San Rafael

NOMBRE LISTA DE CHEQUEO DE INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE

CÓDIGO 05-FT-058

VERSION 1

FECHA DE VIGENCIA 27/09/2013

TIPO DOCUMENTO FORMATO

ÁREA RESPONSABLE CIRUGÍA

LISTA DE CHEQUEO EGRESO DEL PACIENTE AREA QUIRURGICA

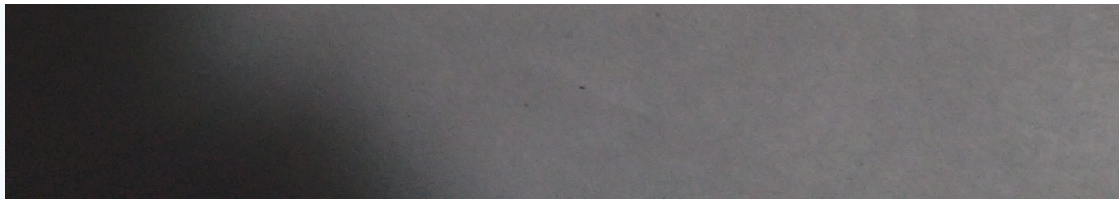
FECHA: D _____ M _____ A _____ C.C: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CRITERIO DE CHEQUEO	Cumple	NO Cumple	NO Aplica
PRESENTACIÓN DEL PERSONAL			
EXPLICACIÓN DE PROCESO DE EGRESO			
EXPLICACIÓN DE CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS			
EXPLICACIÓN DE CUIDADOS POR PROGRAMAS DE PYP			
ENTREGA DE PLANES DE ALTA			
ENTREGA DE FORMULACIÓN			
ENTREGA DE INDICACIONES Y CUIDADOS POSTQUIRURGICOS			
EXPLICACIÓN DE PROCESOS ANTE LA EPS			
ENTREGA DE INCAPACIDAD			
ENTREGA DE INFORME QUIRURGICO			
EXPLICACIÓN PARA LA RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS			
EXPLICACIÓN DE GESTIÓN DE CTC			
EXPLICACIÓN PROCESO PARA ESTUDIO MUESTRAS PATOLÓGICAS			

IRMA DEL PACIENTE *Teresa de Jesús Peláez*

IRMA DEL ACOMPAÑANTE _____



Detalle en fallas

Se verifican registros de temperatura
 Procedimiento de ingreso
 Nota: es importante que además de fijar los cuadros de turnos del personal asistencial se establezca dentro del sistema de gestión de calidad el instructivo o procedimiento para el registro 13-FT-022 (cronograma de turnos) donde se definan los parámetros legales y la estandarización de la fijación de los cronogramas.

Planes de acción:

Se evidencia un enfoque correctivo en el proceso sin embargo al examinar el procedimiento se evidencia la misma falla en diferentes procesos o áreas de la IPS.
 Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.

A continuación se describen los apartados de la norma en la cual está certificado el sistema de gestión de calidad de la IPS Clínica San Rafael.

8.5.2 Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

- a. a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),
- b. b) determinar las causas de las no conformidades,
- c. c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,
- d. d) determinar e implementar las acciones necesarias,
- e. e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
- f. f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a. a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
- b. b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,
- c. c) determinar e implementar las acciones necesarias,
- d. d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
- e. e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

2016-
Mar

94,12

2016-
Abr

100,00

2016-
Mayo

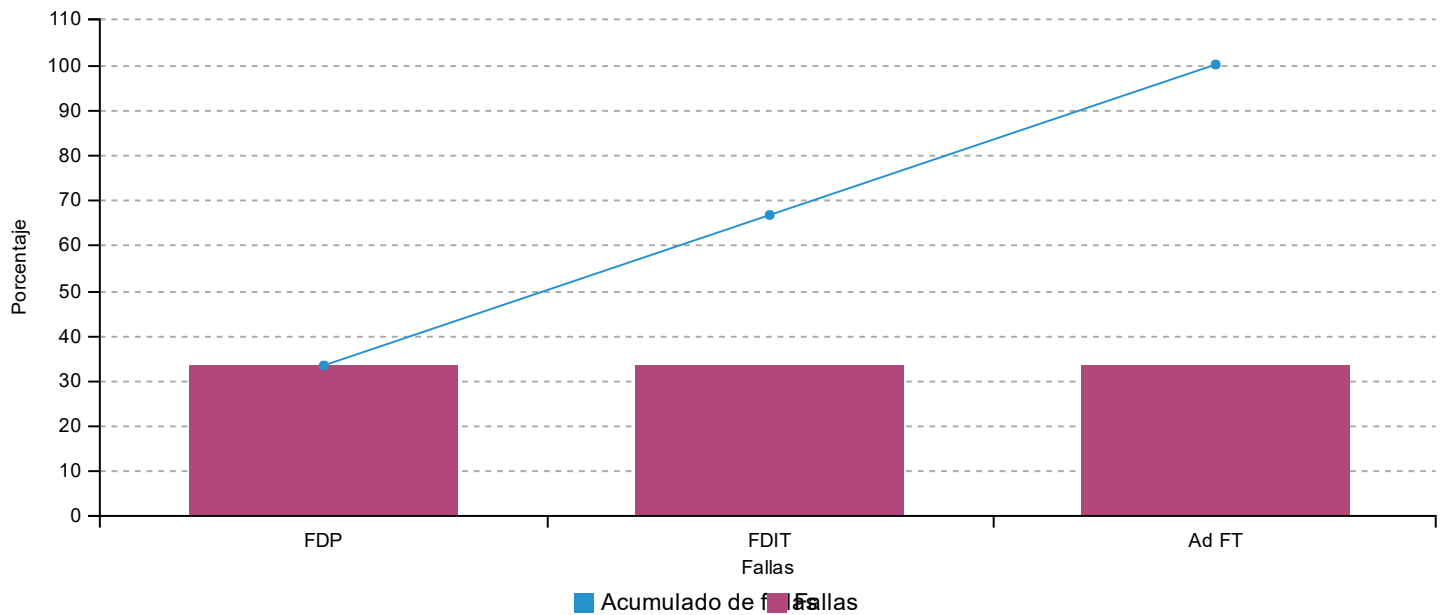
100,00

Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	5.00 %
Lavado de manos (verificación de los 5 momentos en sitio)	5.00 %
Identificación del paciente al ingreso con las manillas de acuerdo al riesgo	5.00 %
Presentación del personal que atiende al paciente	

2016- Jun	100,00	Chequeo de ingreso del paciente (lista de chequeo seguridad del paciente)	
		Evidencia entrega de planes de alta de acuerdo al procedimiento	5.00 %
		Registro control diario de carro de paro	
		Evidencia entrega derechos y deberes	5.00 %
		Registro Rotulo de identificación del paciente cirugía	

PARETO DE FALLAS COMUNES

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
FDP - Falla de proceso	1.00	1.00	33.33%	33.33%
FDIT - Falla de individuo/tarea	1.00	2.00	33.33%	66.67%
Ad FT - Adherencia a formatos y registros	1.00	3.00	33.33%	100.00%



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Feb	1	Adherencia a formatos y registros	Lista de chequeo de egreso sin diligenciar.
2016-Feb	1	Falla de individuo/tarea	Error de datos de pacientes en CD's de cateterismos, se reportan varios casos que ocasionan insatisfacción al usuario además de fallas en la seguridad del paciente.
2016-Mar	1	Falla de proceso	Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

59



SEGUIMIENTO DE CALIDAD APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEÚTICO

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-19, 20:17

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión
Estado: Activo
Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández
Alimentador: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva: si
Usa numerador y denominador: si
Descripción del numerador: Número de items de calidad cumplidos
Descripción del denominador: Total número de items de calidad medidos
Es de meta variable: no
Meta nominal: 95,00 %
Meta mínima: 90,00 %
Meta máxima: 100,00 %
Límite de control inferior: 0 %
Límite de control superior: 100 %
Frecuencia de medición: 1 Mes(es)
Referencia de medición: septiembre 05
Fórmula: $[\text{NUM}]/[\text{DEN}] * 100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

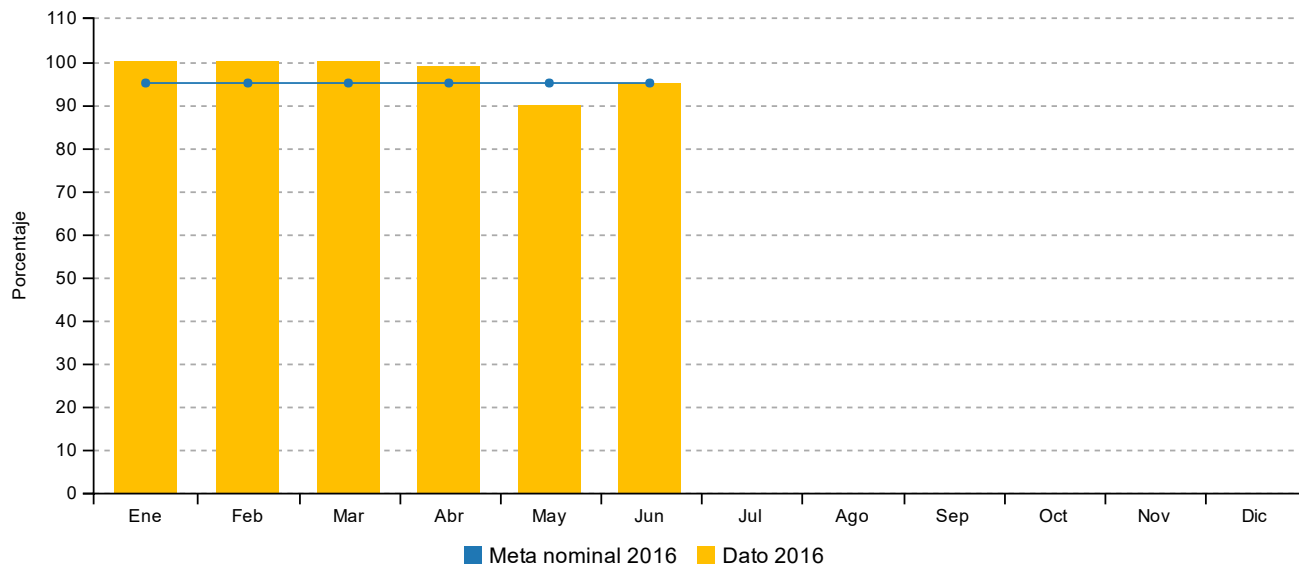
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	100,00	100,00	99,00	90,00	95,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 97.33

Desviación estandar: 3.73

Linea de tendencia: $y = -1.60x + 101.33$

Tendencia calculada: ↓

Valor esperado: 90,13

CONVENCIONES

Tendencia negativa ↓

Tendencia positiva ↑

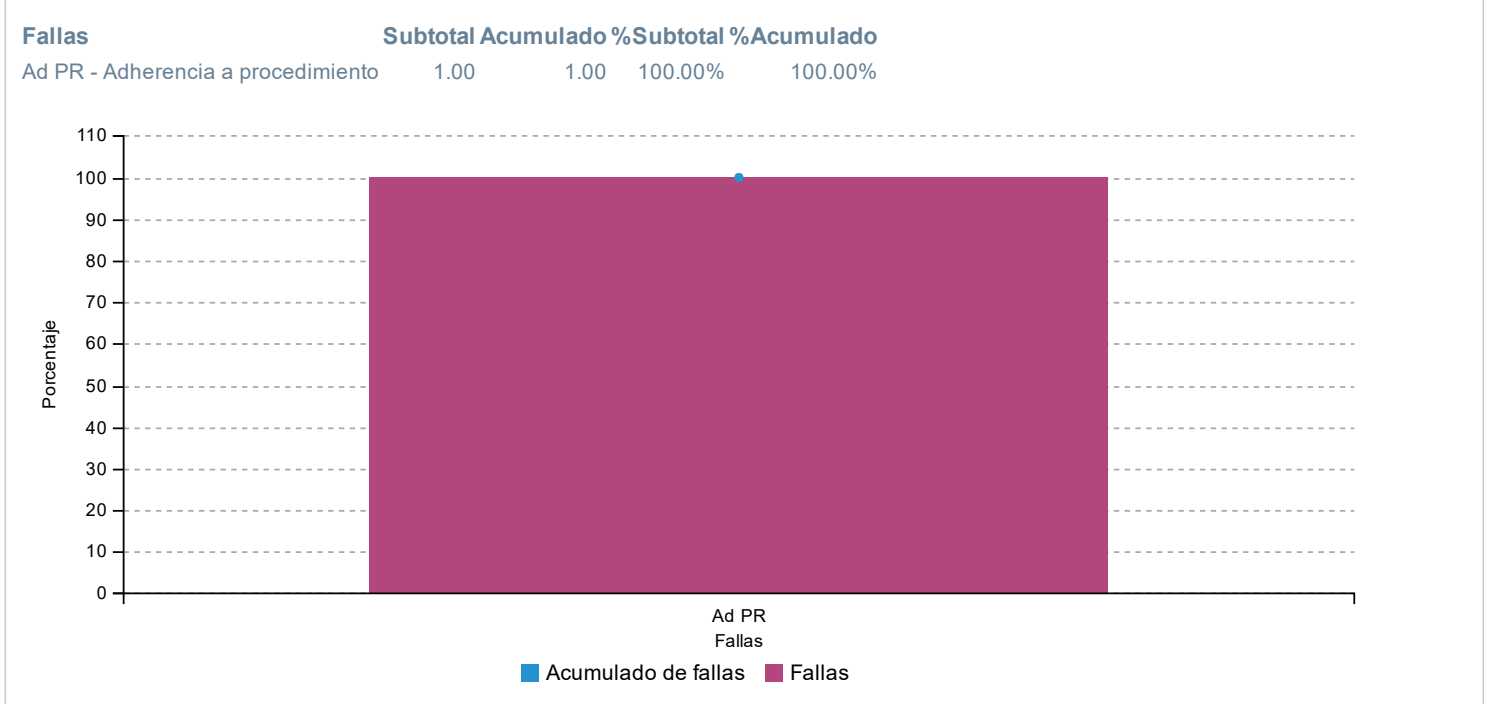
- Val. < M. Min. Val. > M. Max.
- Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.
- Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.
- Val. >= M. Max. Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas
2016- Ene	100,00	¿Se encuentra el personal bien presentado? ¿El personal le da los saludos formales de bienvenida al usuario? ¿El personal se interesa por conocer las necesidades de los usuarios? ¿El personal tiene el conocimiento adecuado sobre los servicios ofrecidos en la institución? ¿El personal lo atiende de manera rápida y eficaz? ¿El personal responde a las necesidades del cliente con entusiasmo y cordialidad? ¿El personal responde correctamente las preguntas con un lenguaje adecuado? ¿El personal realiza una prestación del servicio de manera rápida? ¿El personal tiene en cuenta la opinión del usuario? ¿El personal demuestra interés personal en el cliente a través del contacto visual (mirada, sonrisa)?
2016- Feb	100,00	1. Tiempo de espera en la atención Se verificar el tiempo de atención de 10 pacientes de consulta en megacentro PH 2. Información entregada al paciente 3. Servicio al cliente 4. Tecnología: sistemas de llamado funcionando, software. 5. Sistema SIAU
		¿El personal resuelve los problemas del usuario y sugiere alternativas? ¿El personal trata al cliente con respeto sin importar su comportamiento y/o apariencia personal?

2016-Mar	100,00	¿El personal ofrece evidencias físicas de un buen servicio, como limpieza u orden en el escritorio? ¿El servicio que ofrecen cumple con las expectativas del cliente? ¿Al terminar de atender a los usuarios, los despiden de forma cordial?
2016-Abr	99,00	¿El personal resuelve los problemas del usuario y sugiere alternativas? ¿El personal trata al cliente con respeto sin importar su comportamiento y/o apariencia personal? ¿El personal ofrece evidencias físicas de un buen servicio, como limpieza u orden en el escritorio? ¿El servicio que ofrecen cumple con las expectativas del cliente? ¿Al terminar de atender a los usuarios, los despiden de forma cordial? Se recomienda el buen uso del uniforme; a pesar que se realicen cambios en el personal es necesario que se mantenga la buena imagen corporativa
2016-Mayo	90,00	No se cumple con el mestra mínima de encuestas del mes. Es importante cumplir con el valor para que los resultados sean validos. ¿El personal lo atiende de manera rápida y eficaz? ¿El personal responde a las necesidades del cliente con entusiasmo y cordialidad? ¿El personal responde correctamente las preguntas con un lenguaje adecuado? ¿El personal realiza una prestación del servicio de manera rápida? ¿El personal tiene en cuenta la opinión del usuario? ¿El personal demuestra interés personal en el cliente a través del contacto visual (mirada, sonrisa)? ¿El personal resuelve los problemas del usuario y sugiere alternativas? ¿El personal trata al cliente con respeto sin importar su comportamiento y/o apariencia personal? ¿El personal ofrece evidencias físicas de un buen servicio, como limpieza u orden en el escritorio?
2016-Jun	95,00	

PARETO DE FALLAS COMUNES



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-May	1	Adherencia a procedimiento	No se cumple con lo estipulado para la satisfacción del cliente. No se realizan encuestas mínimas establecidas.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

53



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-GESTIÓN HUMANA



REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 11:02

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo:	Gestión
Estado:	Activo
	Objetivo
	Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de Gestión Humana de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.
	Alcance
	Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 13-PC-001, y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC. Se realiza medición del proceso SIAU en Dirección de Gestión Humana mientras no se instaura la nueva caracterización.
	Criterios
	Requisitos norma ISO 9001:2008
	Procedimientos internos aprobados en el sistema de gestión de calidad.
Descripción:	Requisitos de habilitación.
	Otra información
	<ul style="list-style-type: none"> • Historial laboral (hojas de vida y registros de personal) • Procedimientos e Instrucciones. • Documentos y registros generados por el sistema de gestión.
	Responsable
	Dirección Gestión Humana
	Criterios de evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad. • Entrevistas a colaboradores del proceso
Responsable:	Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández
Alimentador:	Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURAS

Es de tendencia positiva:	 si
Usa numerador y denominador:	 si
Descripción del numerador:	Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo
Descripción del denominador:	Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo
Es de meta variable:	no
Meta nominal:	95,00 %
Meta mínima:	90,00 %
Meta máxima:	100,00 %
Límite de control inferior:	0 %
Límite de control superior:	100 %
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)
Referencia de medición:	febrero 01

Fórmula: $[NUM]/[DEN]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

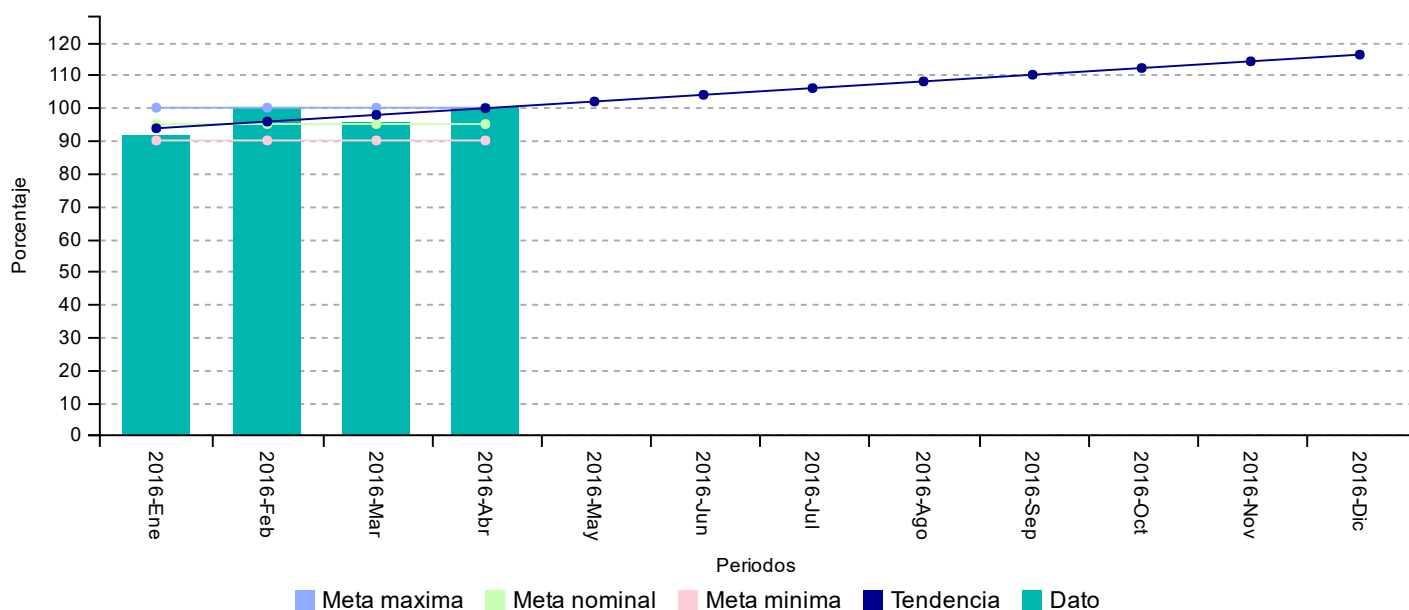
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	91,67	100,00	95,45	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 96.78

Desviación estandar: 3.49

Linea de tendencia: $y = 2.04x + 93.71$

Tendencia calculada: ↑

Valor esperado: 103,91

CONVENCIONES

Tendencia negativa ↓

Tendencia positiva ↑

- Val. < M. Min. Val. > M. Max.
- Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.
- Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.
- Val. >= M. Max. Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas		
2016-Ene	91,67	Destacado		
		Descripción	Peso	Observación
		Comunicación interna - (verificación de efectividad de canales formales-efectividad de la comunicación)	4.00 %	
		Evidencia de implementación inducción general y específica	3.00 %	
		Registro de acciones preventivas	5.00 %	
		Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	5.00 %	
		Tiempo de respuesta interna a PQRS	5.00 %	
		Informe perfil de los ingresos de acuerdo a lo definido por la IPS	5.00 %	
		Evidencia de informe de entrevista (aleatorio)	5.00 %	
		Evidencia de aplicación de pruebas psicotécnicas.	5.00 %	
		Evidencia de aplicación de pruebas de conocimiento.	5.00 %	
		Evidencia entrevista jefe inmediato	5.00 %	
		Verificación de referencias	5.00 %	
		Diligenciamiento de los requisitos (Documentos para cargo) al personal que ingresa a la empresa.	5.00 %	
		Evidencia contratos de trabajo firmados.	5.00 %	
		Implementación formación y capacitación	5.00 %	
		Seguimiento a las acciones de mejora.	5.00 %	No evaluado en el mes
		Seguimiento a proveedores.	3.00 %	No evaluado en el mes
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	4.00 %	No evaluado en el mes
		Vigencia de contratos	3.00 %	
		Respuesta y planes de mejora a PQRS por atención en las etapas del proceso.	2.00 %	
		Otras observaciones	2.00 %	
		Otros ítems relevantes 1	2.00 %	
Otros ítems relevantes 2	2.00 %			

Encuestas de satisfacción durante el periodo de enero 2016:

Oftalmología pediatra: no se reportaron

Retinología: no se reportaron

Radiólogos: no se reportaron
 Cardiología: realizaron 90 encuestas
 Laboratorio: reportaron 807
 Hospitalización: 124
 Cuidados especiales: 74
 Servicio quirúrgico: 402
 Consulta externa megacentro: 504
 Es importante destacar que el proceso del SIAU es el responsable de velar por el cumplimiento del procedimiento y si no se obtiene una muestra representativa de satisfacción de todos los servicios, los resultados no serán validos.

Revisión cumplimiento de procedimientos del SIAU:

Encuestas aplicadas
 Consulta externa: 141
 Consulta externa sede megacentro: 713
 Cirugía: 533
 Unidad de cuidados especiales: 52
 Hospitalización: 171
 Laboratorio clínico: 599
 Cardiología: 100
 Radiología: 22
 Retinología: 245

En cuanto a la gestión de las PQRS se observa un aumento considerable de quejas; en megacentro el incremento fue del 39%.

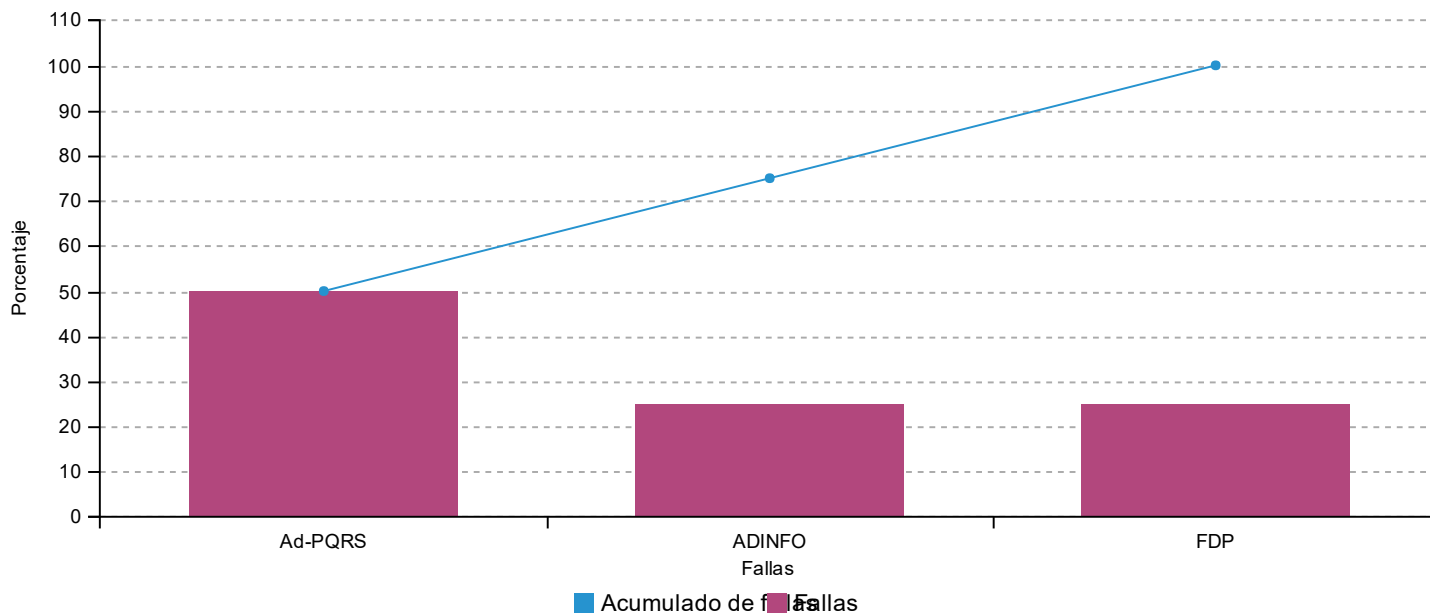
En los informes del SIAU se refleja que la impuntualidad de citas es el item que genera mayor inconformidad entre los pacientes.

2016-Feb	100,00	14	<u>Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)</u>		Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	
		15	Evidencia de implementación inducción general y específica	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3 No evaluado mes de febrero
		16	Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	5
		17	Comunicación interna - (verificación de efectividad de canales formales- efectividad de la comunicación)	Selección Múltiple	Escala de excelencia	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muy bueno • Bueno • Regular • Malo 	5
		18	Ambiente laboral-Revisión de casos documentados	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	2 No evaluado
							<ul style="list-style-type: none"> • Cumple
		Gestión de PQRS con respuesta al usuario		Preguntas			

		19 (verificación en SIAU)	Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> No cumple No aplica 	4
		20 Tiempo de respuesta interna a PQRS	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	5
		21 Respuesta y planes de mejora a PQRS por atención en las etapas del proceso.	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	2
		22 Vigencia de contratos	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	3
		23 Otras observaciones	Preguntas Cerradas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	2
		24 Otros items relevantes 1				
		Se da cumplimiento a los items que de Gestión de PQRS, los cuales no se habian cumplido en los meses anteriores.				
⊕ 2016-Mar	95,45	<p>Se verifican todos los procedimientos de ingreso de personal.</p> <p>Se evidencian contratos de colaboradores por prestación de servicios sin contrato establecido, se informa que se estan definiendo tarifas para estar al día.</p> <p>Se evidencia aplicación de pruebas psicotécnicas y de conocimiento, así mismo se evidencian informes de ingreso de acuerdo con los procedimientos.</p> <p>Area laboral: No se evidencia orden sin embargo el espacio y el manejo de muchos documentos en físico dificulta el almacenamiento adecuado de todos los registros.</p> <p>Ambiente laboral: no se evidencian casos reportados y documentados en la IPS.</p>				
⊕ 2016-Abr	100,00	Evidencia de implementación inducción general y específica	3.00 %			
		Registro de acciones preventivas	5.00 %			
		Informe perfil de los ingresos de acuerdo a lo definido por la IPS	5.00 %			
		Evidencia de informe de entrevista (aleatorio)	5.00 %			
		Evidencia de aplicación de pruebas psicotécnicas.	5.00 %			
		Evidencia de aplicación de pruebas de conocimiento.	5.00 %			
		Evidencia entrevista jefe inmediato	5.00 %			
		Verificación de referencias	5.00 %			
Diligenciamiento de los requisitos (Documentos para cargo) al personal que ingresa a la empresa.						

Fallas**Subtotal Acumulado %Subtotal %Acumulado**

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
Ad-PQRS - Adherencia a PQRS	2.00	2.00	50.00%	50.00%
ADINFO - Falla administrativa y de información.	1.00	3.00	25.00%	75.00%
FDP - Falla de proceso	1.00	4.00	25.00%	100.00%

**BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS**

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Jan	1	Falla de proceso	El no reporte de encuestas de satisfacción en diferentes servicios evidencia una falla de proceso, lo que no permite tener un porcentaje de satisfacción global confiable
2016-Jan	2	Adherencia a PQRS	Se evidencia no respuesta oportuna al usuario (una respuesta por fuera de los tiempos estipulados). En tanto a los requerimientos legales se evidencian algunos casos de no respuesta oportuna internamente.
2016-Mar	1	Falla administrativa y de información.	Se evidencia una falla al momento de elaborar los contratos por prestación de servicios que causa demora en este proceso y que puede desencadenar no conformidades mayores.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

Jorge Iván Estrada Fernández @ 2016-08-18, 11:02:48

58



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-BIOTECNOLOGIA

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-19, 20:09

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión

Estado: Activo

Objetivo

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de Tecnología biomédica de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 10B-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Equipo

Líder de calidad - Mejoramiento continuo.

Líder sistemas- Sistemas y telecomunicaciones

Director médico.

Criterios

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Otra información necesaria

- Hojas de vida de equipos biomédicos
- Registros de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Registros de calibración.
- Procedimientos e Instrucciones.
- Documentos y registros generados por el sistema de gestión.

Descripción:**Requisitos a auditar de la ISO 9001:2008**

4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación; 5.5.3 Comunicación interna; 6 Gestión de recursos; 5.6.2 Información de entrada para la revisión; 6. Gestión de los recursos; 6.1 Provisión de recursos 6.2 Recursos humanos; Procesos relacionados con el cliente 6.6.2 Competencia y formación; 6.3 Infraestructura; 6.4 Ambiente de trabajo; 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto 7.2.3 Comunicación con el cliente 7.4 Compras; 7.4.1 Proceso de compras 7.4.2 Información de las compras; 7.4.3 Verificación de los productos comprados; 7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio 7.5.3 Identificación y trazabilidad 7.5.5 Preservación del producto 7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición; 8. Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Análisis de datos; 8.5 Mejora.

Auditado/representante

Líder de tecnología biomédica



Herramientas y criterios de evaluación

Lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad.

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

Alimentador: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURAS

Es de tendencia positiva:	 si
Usa numerador y denominador:	 si
Descripción del numerador:	Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo
Descripción del denominador:	Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo
Es de meta variable:	no
Meta nominal:	95,00 %
Meta mínima:	90,00 %
Meta máxima:	100,00 %
Límite de control inferior:	0 %
Límite de control superior:	100 %
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)
Referencia de medición:	marzo 07
Fórmula:	$[NUM]/[DEN]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

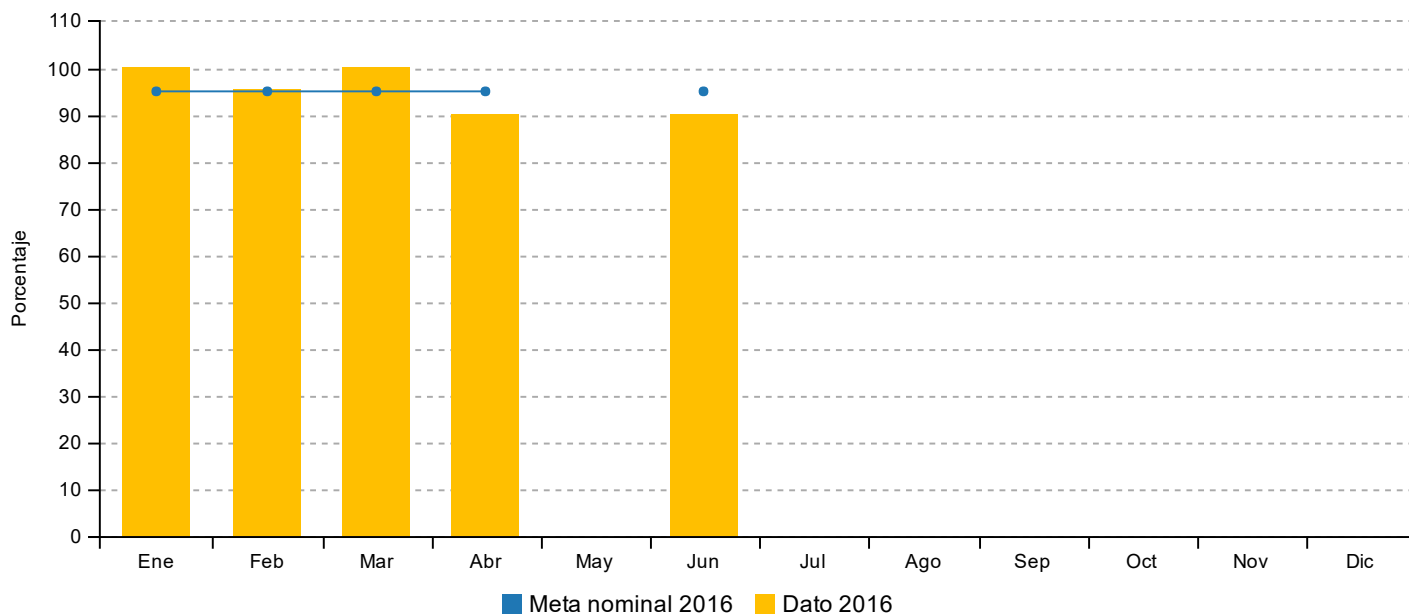
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	95,45	100,00	90,00	N.A.	90,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 95.09

Desviación estandar: 4.48

Línea de tendencia: $y = -2.54x + 100.18$

Línea de tendencia: $y = -2.07x + 100.10$

Tendencia calculada: 

Valor esperado: 84,94

CONVENCIONES

Tendencia negativa 

Tendencia positiva 



Val. < M. Min.

Val. > M. Max.



Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.



Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.



Val. >= M. Max.

Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas				
2016-Ene	100,00	1	<u>Actas de entrega/recepción de acuerdo al procedimiento</u>		<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	
		2	Clasificación de riesgos en equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	6
		3	Efectividad en respuesta a solicitudes generales. (Tiempos de respuesta)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	7
		4	Evidencia capacitación/entrenamiento en uso de tecnología adquirida	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	2
		5	Ficha técnica de equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	5
		6	Inventario de equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	7
		7	Gestión tecnología-Registro INVIMA de adquisiciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4

8	Certificado de calibración (si aplica)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
9	Implementación formación y capacitación	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
10	Mantenimiento correctivos			

Otras observaciones

Equipos aun sin número de identificación, esto puede ser clave dentro de los inventarios para el cuidado de los mismos.

1	Actas de entrega/recepción de acuerdo al procedimiento	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	5
2	Clasificación de riesgos en equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	6
3	Efectividad en respuesta a solicitudes generales. (Tiempos de respuesta)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
4	Evidencia capacitación/entrenamiento en uso de tecnología adquirida	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	2
5	Ficha técnica de equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	5
6	Inventario de equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
7	Gestión tecnología-Registro INVIMA de adquisiciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple 	4

				<ul style="list-style-type: none"> • No aplica 		
		8	Certificado de calibración (si aplica)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
		9	Implementación formación y capacitación	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
		10	Mantenimiento correctivos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		11	Mantenimiento preventivos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
2016-Feb	95,45	12	Seguimiento a proveedores.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		13	Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	5
		14	Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		15	Seguimiento a solicitudes.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		16	Vigencia de contratos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		17	Seguimiento a las acciones de mejora.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple 	3

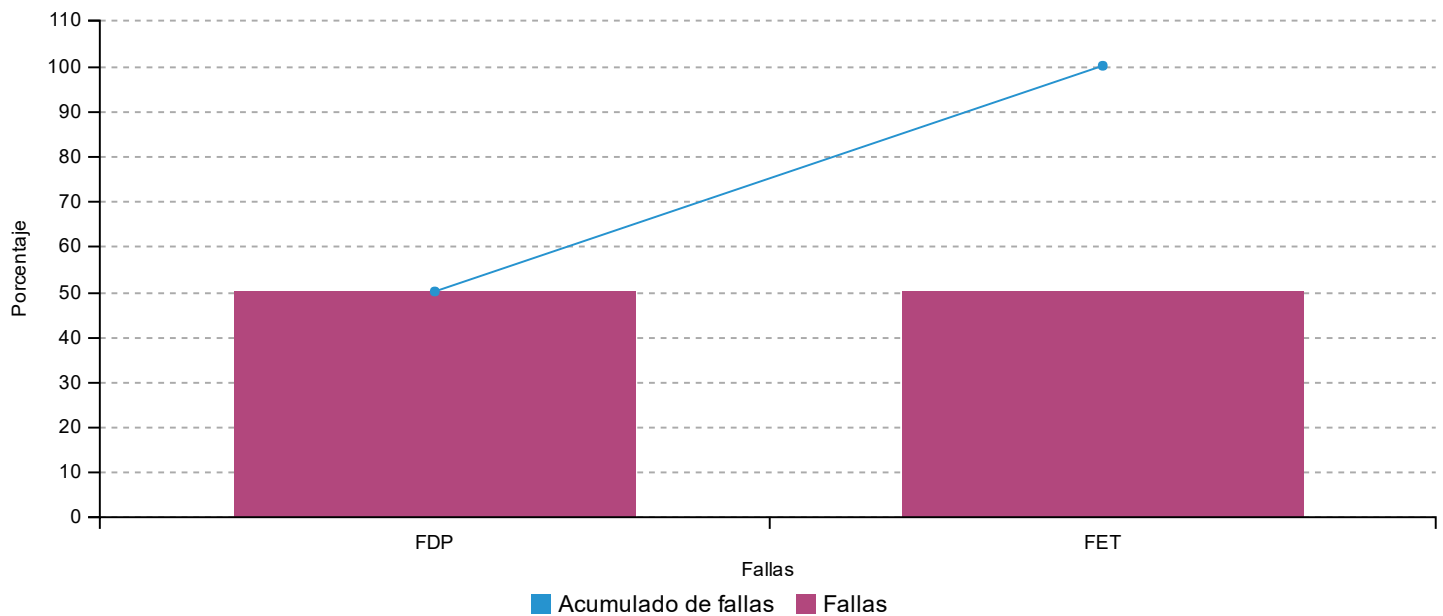
				<ul style="list-style-type: none"> • No cumple • No aplica 		
		18	Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		19	Otros registros (Manual de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4
		20	Otras observaciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		21	Otros items relevantes 1	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		22	Otros items relevantes 2	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3
		<p>Trazabilidad a la adquisición de:</p> <p>-Grabadoras</p> <p>-Mesa vasculante</p> <p>Se revisa demanda insatisfecha</p> <p>Mantenimiento correctivo-Lampara de hendidura</p>				
		1	Actas de entrega/recepción de acuerdo al procedimiento.		<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	
		2	Clasificación de riesgos en equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	6
		3	Efectividad en respuesta a solicitudes generales. (Tiempos de respuesta)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	7
2016-Mar	100,00					

		4	Evidencia capacitación/entrenamiento en uso de tecnología adquirida	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	2	
		5	Ficha técnica de equipos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 		
		Se reportan continuos daños en equipos en meses anteriores sin un plan de acción eficaz					
		Mantenimiento correctivos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4		
		11	Mantenimiento preventivos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4	
		12	Seguimiento a proveedores.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4	
		13	Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	5	
		14	Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3	
2016-Abr	90,00	15	Seguimiento a solicitudes.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3	
		16	Vigencia de contratos	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4	
		17	Seguimiento a las acciones de mejora.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple 	3	

				<ul style="list-style-type: none"> No aplica 		
		18	Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	3
		19	Otros registros (Manual de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	4
		20	Otras observaciones	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No 	
2016-Jun	90,00	Se verifican 10 items del informe de gestión, evidenciandose que no se cumple con lo estipulado en el cronograma de capacitaciones establecido, además no se reprograma en el cronograma de capacitaciones.				

PARETO DE FALLAS COMUNES

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
FDP - Falla de proceso	1.00	1.00	50.00%	50.00%
FET - Falla en tarea	1.00	2.00	50.00%	100.00%



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Feb	1	Falla en tarea	A pesar que se realizan los mantenimientos correctivos y se deja soporte de lo realizado, es importante destacar que las hojas de vida de equipos tienen unos registros internos los cuales deben ser completados de acuerdo a la aprobación de biotecnología del mantenimiento correctivo realizado por un ente externo.
			Se evidencian continuos daños de equipos sin un plan de acción

2016-Apr	1	Falla de proceso	efectivo.
----------	---	------------------	-----------

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

Jorge Iván Estrada Fernández @ 2016-08-19, 20:09:12

50



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-CUENTAS MÉDICAS

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 11:50

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Objetivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de Admisiones y cuentas médicas de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 16-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterio de seguimiento

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Requisitos aplicables al proceso

4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 6 Gestión de recursos; 5.5.3 Comunicación interna 6.2 Recursos humanos; 6.4 Ambiente de trabajo; 8 Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Analisis de datos; 8.5 Mejora.

Descripción:**Otra información**

- Registros
- Procedimientos e Instrucciones.
- Documentos y registros generados por el sistema de gestión

Responsable

Lider de facturación y cuentas médicas

Criterio de evaluación

- Lista de chequeo con los items a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad.
- Entrevista a colaboradores
- Evidencias de fallas en los procesos

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:  si**Usa numerador y denominador:**  si**Descripción del numerador:** Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo**Descripción del denominador:** Total ítem de calidad evaluados del proceso en el periodo**Es de meta variable:** no**Meta nominal:** 95,00 %**Meta mínima:** 90,00 %**Meta máxima:** 100,00 %**Límite de control inferior:** 0 %**Límite de control superior:** 100 %**Frecuencia de medición:** 1 Mes(es)**Referencia de medición:** febrero 01**Fórmula:** $[NUM]/[DEN]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

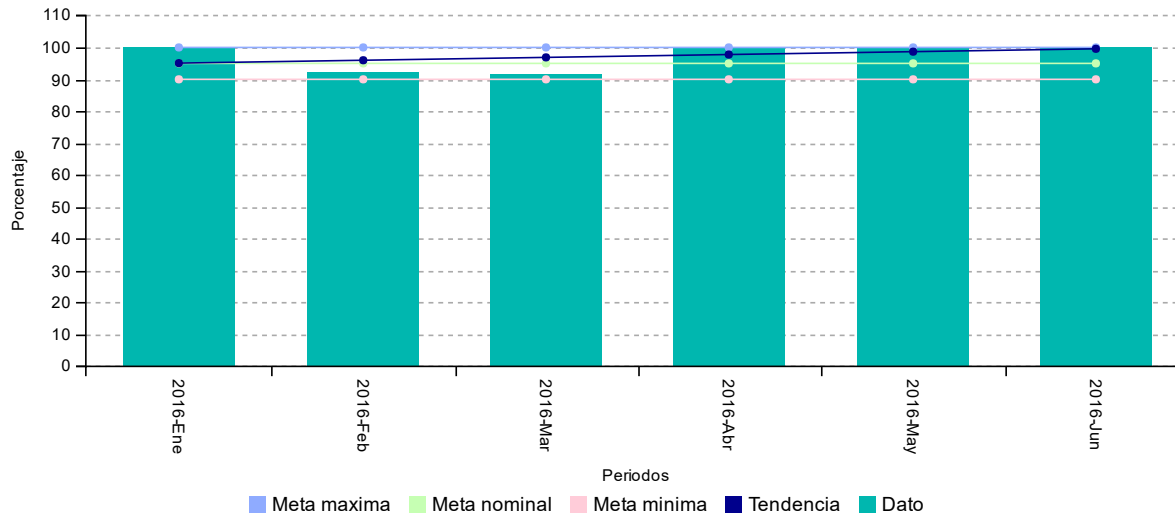
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	92,31	91,67	100,00	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 97.33
 Desviación estandar: 3.78
 Linea de tendencia: $y = 0.90x + 95.09$
 Tendencia calculada:
 Valor esperado: 101,39

CONVENCIONES

- Tendencia negativa
 - Val. < M. Min.
 - Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom.
 - Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max.
 - Val. >= M. Max.
- Tendencia positiva
 - Val. > M. Max.
 - Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.
 - Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.
 - Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	100,00	Destacados: Registro de administración de oxígeno: se evidencian continuos errores en los registros verificados en el sistema hospivisual, esto genera retrasos en el proceso de facturación. Dichas evidencias son reportadas en el seguimiento al proceso de hospitalización ya que es allí donde se evidencia la falla. Facturación de cirugía: Se verifican los procedimientos facturados y se encuentran algunas facturas con autorizaciones vencidas al momento de asignación de procedimiento en programación de cirugía Entrega de historia clínica a archivo: se evidencian registros de informes de anestesia totalmente dañados. (hojas rasgadas completamente y deterioradas). Este caso se ha venido presentando en meses anteriores; es importante registrar estos informes si son provenientes del área quirúrgica o tomar las medidas correctivas si es del proceso de facturación y cuentas médicas. Reporte de oportunidad en consulta Control de registros - Formato de auditoría HC - CE-Causas de no prestación del servicio - Registro diario de administración de oxígeno - Control de entrega de historia clínica Recomendaciones: Se recomienda incluir en el cronograma de capacitaciones:

- Manual tarifario ISS y Soat
- Contratación de servicios (eventos y paquetes)
- Socialización específica en Plan Obligatorio de Salud; en ocasiones no es muy clara la normatividad vigente para los colaboradores internos.

Esta recomendación se efectúa por inquietudes y dudas que manifiestan los colaboradores del proceso y que aunque se les hace entrega de la documentación y la normatividad vigente, es necesario socializar estos temas colectivamente para aumentar la productividad en la facturación de servicios.

Las fallas relacionadas con reprocesos en facturación no corresponden directamente al proceso. Es necesario elevar acciones preventivas.

				Peso	
1	Auditorías de cuentas médicas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	No evaluado
3	Glosas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	4	No evaluado en febrero
4	Implementación formación y capacitación	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	
5	Seguimiento a las acciones de mejora.	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	
6	Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3	
7	Registro de acciones preventivas	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	3	
8	Reporte de oportunidad en consulta	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	
9	Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	
10	Control de registros-Formato auditoria HC (03-FT-080)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	
11	C-E Causas de no prestación del servicio (formato demanda insatisfecha)	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple • No aplica 	10	

12	<u>Cumplimiento de procedimientos</u>	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	7	Política de humanización en el servicio. Otros procedimientos:16-IN-003
12	Otros ítems relevantes 1	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	7	
13	Otros ítems relevantes 2	Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cumple No cumple No aplica 	6	

Cumplimiento de procedimientos

De acuerdo a los pasos del 3 al 6 del instructivo con código 16-IN-003 con vigencia 2013, se evidencia incumplimiento de lo descrito respecto a la anulación de facturas ya que dicho documento establece como control implícitamente que los permisos de anulación son restringidos para los auxiliares. Sin embargo si se considera lo contrario el procedimiento debe ser actualizado.

Otro aspecto importante que se evidencia es que dicho documento debe ser socializado paso a paso e incluirse en el cronograma de capacitación específicamente.

A continuación se relacionan registros:

Diana Giraldo Tamayo

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
157	DIANA GIRALDO TAMAYO	566829	0	09/03/2016	0	0	0	0	0	0	65922190	GERARDO FLOREZ HENAO	(ANULADA)	(ANULADA)
158	DIANA GIRALDO TAMAYO	566831	192877	09/03/2016	14000	2700	0	11300	0	0	1004735185	VALENTINA MUÑOZ VILLAMARIN	EPS	COOMEVA EPS
159	DIANA GIRALDO TAMAYO	566836	192880	09/03/2016	24000	2700	0	21300	0	0	4341807	JOSE GILVARDO RAMIREZ OSORIO	EPS	COOMEVA EPS
160	DIANA GIRALDO TAMAYO	566845	192884	09/03/2016	66300	2700	0	63600	0	0	18503621	SILVIO DE JESUS GALVIZ ARIAS	EPS	NUEVA EPS
161	DIANA GIRALDO TAMAYO	566849	192886	09/03/2016	51000	2700	0	48300	0	0	52340262	RUBY DE JESUS ZAPATA DE VALENCIA	EPS	COOMEVA EPS
162	DIANA GIRALDO TAMAYO	566866	192889	09/03/2016	14000	2700	0	11300	0	0	42150457	LUZ PIEDAD VALENCIA MONTOYA	EPS	NUEVA EPS
163	DIANA GIRALDO TAMAYO	566877	192896	09/03/2016	27900	27900	0	0	0	0	28601819	GLORIA MARINA SOLANILLA DEOBANDO	EPS	COOMEVA EPS
164	DIANA GIRALDO TAMAYO	566890	192900	09/03/2016	14000	2700	0	11300	0	0	42067362	SANDRA LOPEZ URIBE	EPS	COOMEVA EPS
165	DIANA GIRALDO TAMAYO	566898	192902	09/03/2016	51000	2700	0	48300	0	0	29773985	MARIA DORA DURAN AGUDELO	EPS	NUEVA EPS
166	DIANA GIRALDO TAMAYO	566904	192908	09/03/2016	24000	27900	0	21300	0	0	29259860	LUZ STELLA JIMENEZ ORTIZ	EPS	COOMEVA EPS
167	DIANA GIRALDO TAMAYO	566908	192908	09/03/2016	27900	27900	0	0	0	0	14447519	JOSE ANIBAL HERNANDEZ GARCIA	EPS	COOMEVA EPS
168	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566150	192580	09/03/2016	1E+05	2700	0	129779	0	0	6651815	ALVARO CASTRO REYES	EPS	COOMEVA EPS
169	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566154	192581	09/03/2016	20741	2700	0	18041	0	0	93382915	CARLOS EDUARDO ARDILA MORA	EPS	CAFESALUD EPS
170	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566158	192583	09/03/2016	29937	2700	0	26637	0	0	10606431	NORBERTO ANTONIO CARDONA AGUIRRE	EPS	CAFESALUD EPS
171	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566159	192584	09/03/2016	1E+05	2500	0	110650	0	0	25214717	MARIA ROCIO TAPASCO BUENO	EPS	CAFESALUD EPS
172	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566160	192585	09/03/2016	33298	2700	0	30598	0	0	1088301231	VANESSA TOLE GARCIA	EPS	CAFESALUD EPS
173	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	566163	192586	09/03/2016	70668	2500	0	68168	0	0	42192736	JAZMIN QUEBRADA TORRES	EPS	CAFESALUD EPS

Kerly Serna

2016-
Feb

92,31

ID	Nombre	Fecha	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Valor 4	Valor 5	Valor 6	Valor 7	Valor 8	Valor 9	Valor 10	Valor 11	Valor 12	Valor 13	Valor 14	Valor 15	Valor 16	Valor 17	Valor 18	Valor 19	Valor 20	Valor 21	Valor 22	Valor 23	Valor 24	Valor 25	Valor 26	Valor 27	Valor 28	Valor 29	Valor 30	Valor 31	Valor 32	Valor 33	Valor 34	Valor 35	Valor 36	Valor 37	Valor 38	Valor 39	Valor 40	Valor 41	Valor 42	Valor 43	Valor 44	Valor 45	Valor 46	Valor 47	Valor 48	Valor 49	Valor 50	Valor 51	Valor 52	Valor 53	Valor 54	Valor 55	Valor 56	Valor 57	Valor 58	Valor 59	Valor 60	Valor 61	Valor 62	Valor 63	Valor 64	Valor 65	Valor 66	Valor 67	Valor 68	Valor 69	Valor 70	Valor 71	Valor 72	Valor 73	Valor 74	Valor 75	Valor 76	Valor 77	Valor 78	Valor 79	Valor 80	Valor 81	Valor 82	Valor 83	Valor 84	Valor 85	Valor 86	Valor 87	Valor 88	Valor 89	Valor 90	Valor 91	Valor 92	Valor 93	Valor 94	Valor 95	Valor 96	Valor 97	Valor 98	Valor 99	Valor 100
66221	KERLY JULIANA SERNA	192596	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	35000	0	0	24913636	BLANCA OLIVA TORO VALENCIA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																					
66226	KERLY JULIANA SERNA	192597	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	242021103	IDALBA CALLE DE ALVAREZ	EPS	SALUD TOTAL EPS																																																																																						
66246	KERLY JULIANA SERNA	192602	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	7492988	REIMUNDO HELI GONSALEZ RODRIGUEZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66249	KERLY JULIANA SERNA	192603	09/03/2016	34000	10600	0	0	31300	0	0	0	0	74561986	FANNY PELAEZ DEANGEL	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66252	KERLY JULIANA SERNA	192604	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	43897805	LUZ ELENA GUERRERO RAMIREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66259	KERLY JULIANA SERNA	192607	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	4363329	RUBEN VEGA ARIAS	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66264	KERLY JULIANA SERNA	192608	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	7537491	ULISES OSPINA MARIANO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66267	KERLY JULIANA SERNA	192610	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	17174345	RUBEN DARIO CALDERON TORRES	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66272	KERLY JULIANA SERNA	192611	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	21012185	BENICIA MARTINEZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66286	KERLY JULIANA SERNA	192616	09/03/2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34495943	MARIA ALICIA GARCIA AMEZQUITA	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66290	KERLY JULIANA SERNA	192617	09/03/2016	63794	2700	0	0	61094	0	0	0	0	7513873	JOSE ELIO LOZANO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66297	KERLY JULIANA SERNA	192620	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	14970586	ARCILIO GARCIA RAMIREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66301	KERLY JULIANA SERNA	192622	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	42114883	LUZ MIRIAN GARCIA SAENZ	EPS	(ANULADA)																																																																																						
66311	KERLY JULIANA SERNA	192628	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	41895070	ROSALBA BUSTAMANTE LOPEZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66320	KERLY JULIANA SERNA	192630	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	4333459	OSCAR PATIÑO RAMIREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66334	KERLY JULIANA SERNA	192648	09/03/2016	34000	10600	0	0	23400	0	0	0	0	9777469	JAIRO BOTERO BOTERO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66337	KERLY JULIANA SERNA	192652	09/03/2016	1E+05	21995	0	0	166958	0	0	0	0	29324630	MARIA LILIANA A FRANCO FRANCO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66339	KERLY JULIANA SERNA	192653	09/03/2016	1E+05	24463	0	0	166958	0	0	0	0	24439438	GRECIA GUTIERREZ DEALZATE	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66370	KERLY JULIANA SERNA	192658	09/03/2016	2E+05	21695	0	0	31300	0	0	0	0	41900328	LUZ MARINA CASTRO DEMONTOYA	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66379	KERLY JULIANA SERNA	192659	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	252657	ALBERTO TORRES GUTIERREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66381	KERLY JULIANA SERNA	192661	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	23946193	MARIA IRMA SANZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66413	KERLY JULIANA SERNA	192680	09/03/2016	34000	2700	0	0	31300	0	0	0	0	51919848	MARIA EUGENIA MARIN GARZON	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
66439	KERLY JULIANA SERNA	192692	09/03/2016	34000	10600	0	0	23400	0	0	0	0	55811389	MONICA LILIANA CALDERON CALDERON	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
													20336002	SARA PEÑA HOYOS	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
													24482276	ROSALBA GIRALDO DE RAMIREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						
													25022135	ROSA SALAZAR VIGOEYA	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																						

Yuli Herrera

ID	Nombre	Fecha	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Valor 4	Valor 5	Valor 6	Valor 7	Valor 8	Valor 9	Valor 10	Valor 11	Valor 12	Valor 13	Valor 14	Valor 15	Valor 16	Valor 17	Valor 18	Valor 19	Valor 20	Valor 21	Valor 22	Valor 23	Valor 24	Valor 25	Valor 26	Valor 27	Valor 28	Valor 29	Valor 30	Valor 31	Valor 32	Valor 33	Valor 34	Valor 35	Valor 36	Valor 37	Valor 38	Valor 39	Valor 40	Valor 41	Valor 42	Valor 43	Valor 44	Valor 45	Valor 46	Valor 47	Valor 48	Valor 49	Valor 50	Valor 51	Valor 52	Valor 53	Valor 54	Valor 55	Valor 56	Valor 57	Valor 58	Valor 59	Valor 60	Valor 61	Valor 62	Valor 63	Valor 64	Valor 65	Valor 66	Valor 67	Valor 68	Valor 69	Valor 70	Valor 71	Valor 72	Valor 73	Valor 74	Valor 75	Valor 76	Valor 77	Valor 78	Valor 79	Valor 80	Valor 81	Valor 82	Valor 83	Valor 84	Valor 85	Valor 86	Valor 87	Valor 88	Valor 89	Valor 90	Valor 91	Valor 92	Valor 93	Valor 94	Valor 95	Valor 96	Valor 97	Valor 98	Valor 99	Valor 100
66625	KERLY JULIANA SERNA	192783	09/03/2016	1E+05	16261	0	0	125145	0	0	0	0	0	6364036	OCTAVIO ANTONIO VILLA GIRALDO	EPS	COOMEVA EPS																																																																																					
66635	KERLY JULIANA SERNA	192788	09/03/2016	87632	10077	0	0	77555	0	0	0	0	0	54057564	ROSALBA FRANCO AGUDELO	EPS	COOMEVA EPS																																																																																					
66674	KERLY JULIANA SERNA	192828	09/03/2016	1E+05	16261	0	0	125145	0	0	0	0	0	1089607374	JUAN ANTONIO PATIÑO ALARCON	EPS	NUEVA EPS																																																																																					
66677	YULI HERRERA HERNANDEZ	192613	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	0	42094474	ALBA CIELO GIRALDO VELASQUEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																					
66679	YULI HERRERA HERNANDEZ	192605	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	42106829	MARIA DORIS RENDON	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66685	YULI HERRERA HERNANDEZ	192615	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	58964956	MARIA ALICIA MIRANDA DE RODRIGUEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66692	YULI HERRERA HERNANDEZ	192618	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	1090076072	ISABEL CRISTINA DEL RIO TABAREZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66693	YULI HERRERA HERNANDEZ	192624	09/03/2016	23000	10600	0	0	12400	0	0	0	0	42117796	ANGELA MARIA MARIN MORENO	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66693	YULI HERRERA HERNANDEZ	192629	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	1020308949	SANTIAGO VELEZ HERNANDEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66638	YULI HERRERA HERNANDEZ	192636	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	24552204	ADRIANA MARIA MARIN ROLDAN	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
66638	YULI HERRERA HERNANDEZ	192636	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	42079586	LUZ MERY ALZATE	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666348	YULI HERRERA HERNANDEZ	192644	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	33990766	LISBELL QUINTERO GARCIA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666363	YULI HERRERA HERNANDEZ	192653	09/03/2016	23000	10600	0	0	12400	0	0	0	0	10251502	JOSE RAMIRO CARDENAS ALVAREZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666373	YULI HERRERA HERNANDEZ	192660	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	10080786	FERNANDO FRANCO ESCOBAR	EPS	(ANULADA)																																																																																						
666380	YULI HERRERA HERNANDEZ	192662	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	1089616289	GABRIELA LONDOÑO ACOSTA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666392	YULI HERRERA HERNANDEZ	192669	09/03/2016	24000	200	0	0	23800	0	0	0	0	28509884	JORGE MARIO POSSADA VELASQUEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666392	YULI HERRERA HERNANDEZ	192669	09/03/2016	24000	200	0	0	23800	0	0	0	0	1112784136	JHON HAROL MONTOYA MARTINEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666395	YULI HERRERA HERNANDEZ	192671	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	42105377	MARIA LILIANA MARIN MEJIA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666431	YULI HERRERA HERNANDEZ	192687	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	75080340	JULIO CESAR LOPEZ ESCOBAR	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666449	YULI HERRERA HERNANDEZ	192698	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	10015319	CARMELO SEGUNDO FADUL GONZALES	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666460	YULI HERRERA HERNANDEZ	192707	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	1004679329	TATIANA LOPEZ JARAMILLO	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666474	YULI HERRERA HERNANDEZ	192712	09/03/2016	24000	2700	0	0	21300	0	0	0	0	60408021	JAHAIRA ANDRADE	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666505	YULI HERRERA HERNANDEZ	192719	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	1054479852	DUVAN ALEXIS HINCAPIE VELEZ	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666510	YULI HERRERA HERNANDEZ	192722	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	10087632	ALBERTO AGUIRRE VALENCIA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666516	YULI HERRERA HERNANDEZ	192726	09/03/2016	23000	2700	0	0	20300	0	0	0	0	42028128	YAMILETH CANO ZAPATA	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						
666518	YULI HERRERA HERNANDEZ	192727	09/03/2016	23000	10600	0	0	12400	0	0	0	0	8353898	ALBERTO JESUS POSSO JANACETT	EPS	COOMEVA EPS																																																																																						

Erika Marin.

ID	Nombre	Fecha	Hora	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Valor 4	Valor 5	Valor 6	Valor 7	Valor 8	Valor 9	Valor 10	Valor 11	Valor 12	Valor 13	Valor 14	Valor 15	Valor 16	Valor 17	Valor 18	Valor 19	Valor 20	Valor 21	Valor 22	Valor 23	Valor 24	Valor 25	Valor 26	Valor 27	Valor 28	Valor 29	Valor 30	Valor 31	Valor 32	Valor 33	Valor 34	Valor 35	Valor 36	Valor 37	Valor 38	Valor 39	Valor 40	Valor 41	Valor 42	Valor 43	Valor 44	Valor 45	Valor 46	Valor 47	Valor 48	Valor 49	Valor 50	Valor 51	Valor 52	Valor 53	Valor 54	Valor 55	Valor 56	Valor 57	Valor 58	Valor 59	Valor 60	Valor 61	Valor 62	Valor 63	Valor 64	Valor 65	Valor 66	Valor 67	Valor 68	Valor 69	Valor 70	Valor 71	Valor 72	Valor 73	Valor 74	Valor 75	Valor 76	Valor 77	Valor 78	Valor 79	Valor 80	Valor 81	Valor 82	Valor 83	Valor 84	Valor 85	Valor 86	Valor 87	Valor 88	Valor 89	Valor 90	Valor 91	Valor 92	Valor 93	Valor 94	Valor 95	Valor 96	Valor 97	Valor 98	Valor 99	Valor 100
566410	ERIKA JOHANNA MARIN GOMEZ	09/03/2016	08:54	2700	0	5354	0	0	0	4501274	JESUS HOMERO BEDOYA VILLA	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566588	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	27900	0	0	0	0	0	5610482	JORGE ISAAC POSADA HERNANDEZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566608	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	42098737	MARIA MELVA LEDEZMA GARZON	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566660	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	51215860	MARIELA DE JESUS VELASQUEZ SABAS	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566665	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	15917006	HUMBERTO DE JESUS I TAPASCO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566668	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	59030118290	MARIA DEL MAR GIRALDO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566672	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	25108204	FABIOLA OSPINA DESALAZAR	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566678	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	0	0	0	0	0	0	0	29153806	MARIA CARMEN MORALES RODRIGUEZ	[ANULADA]	[ANULADA]																																																																																										
566707	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	1088286633	LINA MARIA ORREGO CASTAÑEDA	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566712	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	4509138	JOSE NECLISAR JARAMILLO GONZALEZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566716	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	18508678	WJALKER DARIO LONDOÑO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566752	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	10:60	10600	0	16400	0	0	0	18501044	MARIO ZAMBRANO ARAUJO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566765	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	24917684	MARIA BERTINA JIMENEZ DE LONDOÑO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566811	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	24545568	ISABEL LOPEZ RAMIREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566817	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	1004778882	JUAN SERGIO VASQUEZ MORENO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566827	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	42068461	OMAIRA DELSOCORRO TABORDA GUTIERREZ	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566854	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	7548336	JUAN FELIPE FRANCO RESTREPO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566868	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	0	0	0	0	0	0	0	1345755	LUIS CARLOS JIMENEZ LONDOÑO	[ANULADA]	[ANULADA]																																																																																										
566870	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	24916088	MARIA DILMA GALVIS MARIN	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566871	ERIKA JOHANNA MARIN ICONO	09/03/2016	27:00	2700	0	24300	0	0	0	1345755	LUIS CARLOS JIMENEZ LONDOÑO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566275	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	66:30	66300	0	63600	0	0	0	1002643043	JUAN ESTEBAN RIOS GONZALES	EPS	NUOVA EPS																																																																																										
566309	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	38:00	38000	0	35300	0	0	0	1056130065	MARTIN GOMEZ VALVARAN	EPS	SALUD TOTAL EPS																																																																																										
566555	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	70:00	70000	0	67300	0	0	0	1085716551	JUAN FELIPE GIRALDO QUINTERO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566616	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	70:00	70000	0	67300	0	0	0	1098308398	ERIKA LEAL RUBIO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										
566646	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	66:30	66300	0	63600	0	0	0	1114149537	ALEJANDRO ECHEVERRY	EPS	NUOVA EPS																																																																																										
566652	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	66:30	66300	0	63600	0	0	0	58980684	RUBBY DEJESUS BETANCURT CORRALES	EPS	NUOVA EPS																																																																																										
566656	ISABEL CRISTINA CANO MARIN	09/03/2016	70:00	70000	0	67300	0	0	0	25171943	SANDRA MILENA GUTIERREZ BUITRAGO	EPS	CAFESALUD EPS																																																																																										

Quejas reiterativas

Durante el mes de febrero se presentó un aumento de PQRS por encima del 100% en general de la clínica, al revisar las quejas más reiterativas se evidencia aparente deshumanización del servicio (área de admisiones) según lo manifestado por los usuarios. Es importante establecer un análisis o plan de mejora al respecto.

Se verifican procedimientos de admisiones.

Se verifican procedimientos de facturación.

Recomendación

Es necesario protocolizar más específicamente los procedimientos de facturación (incluir en el cronograma de documentación)

Planes de acción:

Se evidencia un enfoque correctivo en el proceso sin embargo al examinar el procedimiento se evidencia la misma falla en diferentes procesos o áreas de la IPS.

Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.

A continuación se describen los apartados de la norma en la cual está certificado el sistema de gestión de calidad de la IPS Clínica San Rafael.

8.5.2 Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

1. a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),
2. b) determinar las causas de las no conformidades,
3. c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,
4. d) determinar e implementar las acciones necesarias,
5. e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
6. f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

1. a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
2. b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,
3. c) determinar e implementar las acciones necesarias,
4. d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
5. e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

2016-Mar

91,67

Causas de no prestación del servicio

Area laboral

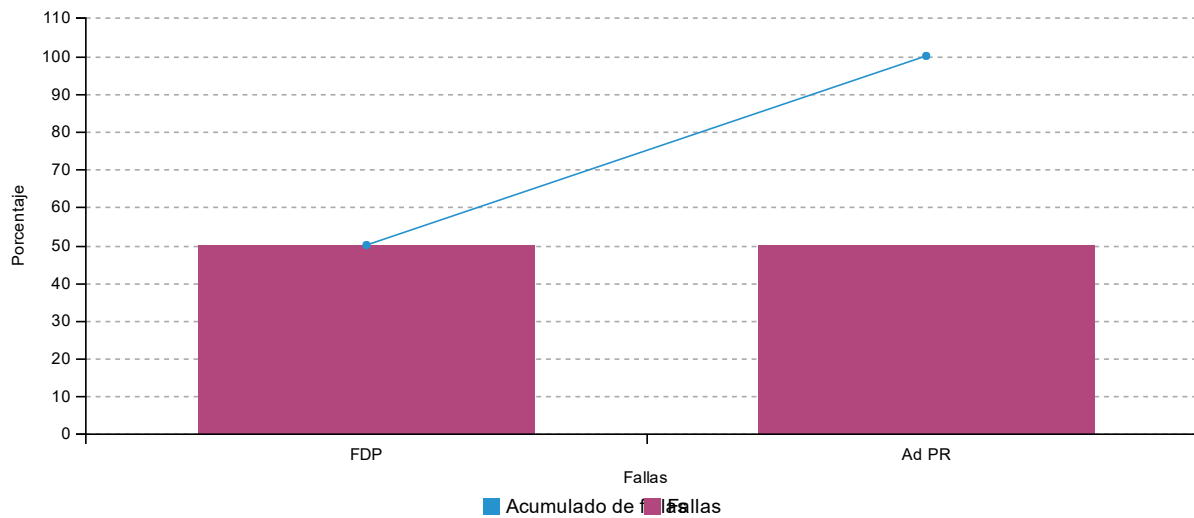
Control de documentos

2016-

Abr	100,00	Control de registros																																			
2016- Mayo	100,00	1.Causas de no prestación del servicio 2. Area laboral 3. Control de documentos 4. Control de registros Seguimiento call center: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Operadora</th> <th>Nombre</th> <th>Agilidad</th> <th>Humanización</th> <th>Adherencia al instructivo citas médicas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Audio operadora 901:</td> <td>Yesenia</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> <tr> <td>Audio operadora 902</td> <td>Angelica</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> <tr> <td>Audio operadora 903</td> <td>Leidy</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> <tr> <td>Audio operadora 904</td> <td>Valentina</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> <tr> <td>Audio operadora 905</td> <td>- o -No se presenta</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Interferencia no permite verificar</td> </tr> <tr> <td>Audio operadora 906</td> <td>Ingrid</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> </tbody> </table>	Operadora	Nombre	Agilidad	Humanización	Adherencia al instructivo citas médicas	Audio operadora 901:	Yesenia	Cumple	Cumple	Cumple	Audio operadora 902	Angelica	Cumple	Cumple	Cumple	Audio operadora 903	Leidy	Cumple	Cumple	Cumple	Audio operadora 904	Valentina	Cumple	Cumple	Cumple	Audio operadora 905	- o -No se presenta	Cumple	Cumple	Interferencia no permite verificar	Audio operadora 906	Ingrid	Cumple	Cumple	Cumple
Operadora	Nombre	Agilidad	Humanización	Adherencia al instructivo citas médicas																																	
Audio operadora 901:	Yesenia	Cumple	Cumple	Cumple																																	
Audio operadora 902	Angelica	Cumple	Cumple	Cumple																																	
Audio operadora 903	Leidy	Cumple	Cumple	Cumple																																	
Audio operadora 904	Valentina	Cumple	Cumple	Cumple																																	
Audio operadora 905	- o -No se presenta	Cumple	Cumple	Interferencia no permite verificar																																	
Audio operadora 906	Ingrid	Cumple	Cumple	Cumple																																	
2016- Jun	100,00	1.Causas de no prestación del servicio 2. Area laboral 3. Control de documentos 4. Control de registros 5. Chequeo servicio al cliente 6. Seguimiento call center:																																			

PARETO DE FALLAS COMUNES

Fallas	Subtotal	Acumulado	%Subtotal	%Acumulado
FDP - Falla de proceso	1.00	1.00	50.00%	50.00%
Ad PR - Adherencia a procedimiento	1.00	2.00	50.00%	100.00%



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Feb	1	Adherencia a procedimiento	No cumplimiento de lo establecido en el documento 16-IN-003.
2016-Mar	1	Falla de proceso	Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

56



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-SERVICIO FARMACEUTICO

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 11:00

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Objetivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 06-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterios

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Descripción:**Otra información necesaria**

- Registros asistenciales.
- Procedimientos e Instrucciones.
- Documentos y registros generados por el sistema de gestión.

Responsable

Líder servicio quirúrgico

Criterios de evaluación

lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad.

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva: si**Usa numerador y denominador:** si**Descripción del numerador:** Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo**Descripción del denominador:** Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo**Es de meta variable:** no**Meta nominal:** 95,00 %**Meta mínima:** 90,00 %**Meta máxima:** 100,00 %**Límite de control inferior:** 0 %**Límite de control superior:** 100 %**Frecuencia de medición:** 1 Mes(es)**Referencia de medición:** febrero 05**Fórmula:** $[NUM]/[DEN]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

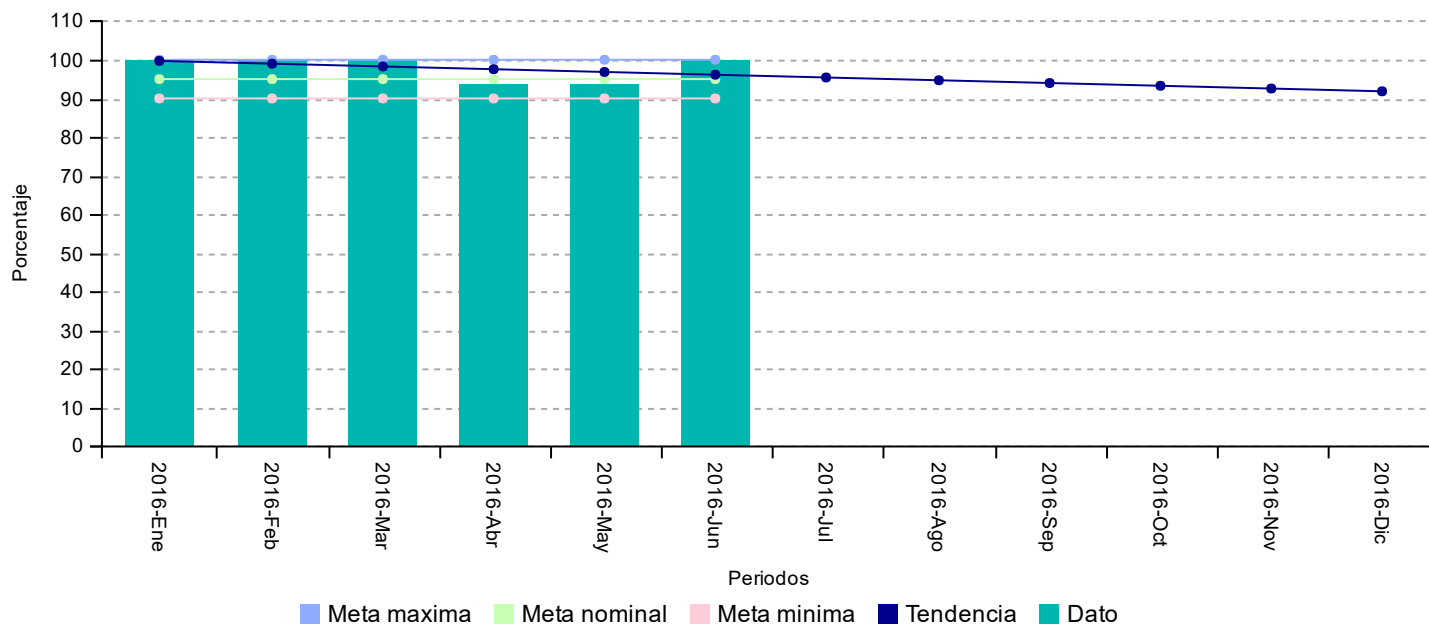
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	100,00	100,00	93,75	93,75	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 97.92

Desviación estandar: 2.95

Linea de tendencia: $y = -0.71x + 99.70$

Tendencia calculada: ↓

Valor esperado: 94,73

CONVENCIONES

- | | |
|--|--|
| <p>Tendencia negativa ↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ○ ○ ○ Val. < M. Min. ○ ● ○ ○ Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. ○ ○ ● ○ Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. ○ ○ ○ ● Val. >= M. Max. | <p>Tendencia positiva ↑</p> <ul style="list-style-type: none"> Val. > M. Max. Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min. Val. <= M. Min. |
|--|--|

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas		
2016-Ene	100,00	Descripción	Peso	Observación
		Seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	No se evalúa en el mes de enero
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	No se evalúa en el mes de enero
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	No se evalúa en el mes de enero
		Adherencia al procedimiento de adquisición medicamentos y/o dispositivos médicos.	6.25 %	
		Separación y clasificación de dispositivos médicos.	5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	6.25 %	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Registro fichas de control farmacoterapeutico, las formulas medicas correspondientes a medicamentos de control especial y monopolio de estado.	6.25 %	
		Disposición y almacenamiento de medicamentos de control especial de acuerdo al procedimiento interno.	6.25 %	
		Registro de devoluciones	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Semaforización de medicamentos-dispositivos médicos	5.00 %	Se realiza revisión aleatoria en bodega de cirugía
		Plan de tratamiento	6.25 %	
Otras observaciones	5.00 %			
2016-Feb	100,00	seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	No se evalúa en el mes de enero
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	No se evalúa en el mes de enero
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	No se evalúa en el mes de enero
		Adherencia al procedimiento de adquisición medicamentos y/o dispositivos médicos.	6.25 %	
		Separación y clasificación de dispositivos médicos.	5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso	6.25 %	

		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	%	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	
2016-Mar	100,00	Seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	
		Adherencia al procedimiento de adquisición medicamentos y/o dispositivos médicos.	6.25 %	
		Separación y clasificación de dispositivos médicos.	5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	6.25 %	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Registro fichas de control farmacoterapeutico, las formulas medicas correspondientes a medicamentos de control especial y monopolio de estado.	6.25 %	
		Disposición y almacenamiento de medicamentos de control especial de acuerdo al procedimiento interno.	6.25 %	
		Registro de devoluciones	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	Se debe ajustar el proceso, el seguimiento no cumple con los requisitos
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	
			5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	6.25 %	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Registro fichas de control farmacoterapeutico, las formulas medicas correspondientes a medicamentos de control especial y monopolio de estado.	6.25 %	

+ 2016-Abr	93,75	especial y monopolio de estado.		
		Disposición y almacenamiento de medicamentos de control especial de acuerdo al procedimiento interno.	6.25 %	
		Registro de devoluciones	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Semaforización de medicamentos-dispositivos médicos	5.00 %	Se realiza revisión aleatoria en bodega de cirugía
		Plan de tratamiento	6.25 %	
		Otras observaciones	5.00 %	
+ 2016-Mayo	93,75	Seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	Se debe ajustar el proceso, el seguimiento no cumple con los requisitos
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	
			5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	6.25 %	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Registro fichas de control farmacoterapeutico, las formulas medicas correspondientes a medicamentos de control especial y monopolio de estado.	6.25 %	
		Disposición y almacenamiento de medicamentos de control especial de acuerdo al procedimiento interno.	6.25 %	
		Registro de devoluciones	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	

		uso de medicamentos reportes al servicio	%	
		Semaforización de medicamentos-dispositivos médicos	5.00 %	Se realiza revisión aleatoria en bodega de cirugía
		Plan de tratamiento	6.25 %	
		Otras observaciones	5.00 %	
2016-Jun	100,00	Seguimiento a las acciones de mejora.	6.25 %	
		Seguimiento a proveedores.	5.00 %	Se ajusta proceso en espera de aprobación
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	5.00 %	
			5.00 %	
		Almacenamiento FIFO.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Se garantiza medicamento sin contacto al piso.	6.25 %	
		Limpieza y orden en área de almacenamiento.	6.25 %	Se revisa bodega de cirugía
		Registro fichas de control farmacoterapeutico, las formulas medicas correspondientes a medicamentos de control especial y monopolio de estado.	6.25 %	
		Disposición y almacenamiento de medicamentos de control especial de acuerdo al procedimiento interno.	6.25 %	
		Registro de devoluciones	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Registro de control de vencimientos	6.25 %	
		Farmacovigilancia-Registro de reacciones adversas por uso de medicamentos/reportes al servicio	6.25 %	
		Semaforización de medicamentos-dispositivos médicos	5.00 %	Se realiza revisión aleatoria en bodega de cirugía
Plan de tratamiento	6.25 %			
Otras observaciones	5.00 %			

PARETO DE FALLAS COMUNES

BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

54



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-MANTENIMIENTO

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 11:14

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Objetivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso del Mantenimiento y orientación de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 11-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterios

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Requisitos por la normatividad colombiana

Requisitos

Descripción: 4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 6 Gestión de recursos; 6.1 Provisión de recursos 6.2 Recursos humanos; 6.3 Infraestructura; 6.4 Ambiente de trabajo; 7.4 Compras; 8 Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Analisis de datos; 8.5 Mejora.

Otra información

- Registros de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Procedimientos e Instrucciones.
- Documentos y registros generados por el sistema de gestión.

Responsable

Lider de mantenimiento

Criterios de evaluación

Lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo a los requisitos a cumplir.

Se pueden tomar como hallazgo todo lo encontrado durante el tiempo de auditoria así no este relacionado en la lista de chequeo.

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández**Alimentador:** Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURAS

Es de tendencia positiva:  si**Usa numerador y denominador:**  si**Descripción del numerador:** Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo**Descripción del denominador:** Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo**Es de meta variable:** no**Meta nominal:** 95,00 %**Meta mínima:** 90,00 %**Meta máxima:** 100,00 %**Límite de control inferior:** 0 %

Límite de control superior: 100 %
Frecuencia de medición: 1 Mes(es)
Referencia de medición: febrero 02
Fórmula: [NUM]/[DEN]*100

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

Es público: No

Clases:

- Calidad

Procesos:

- Mejoramiento continuo

Fallas:

- Falla de Energías
- Falta de Información
- Falta de Oportunidad
- Tiempos muertos
- No pertinentes
- Gestión de insumos
- Falla de equipos médicos
- Falla administrativa y de información.
- Disponibilidad de camas
- Disponibilidad de recurso humano
- Disponibilidad de tiempo
- Falla de proceso
- Adherencia a formatos y registros
- Adherencia a procedimiento
- Falla en tarea
- Falla de individuo/tarea
- Falla de tecnología

Creado por: Jorge Iván Estrada Fernández

Fecha de registro: 2016-02-17 16:41:31

Modificado por:

Modificado en: 2016-02-17 16:41:31

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

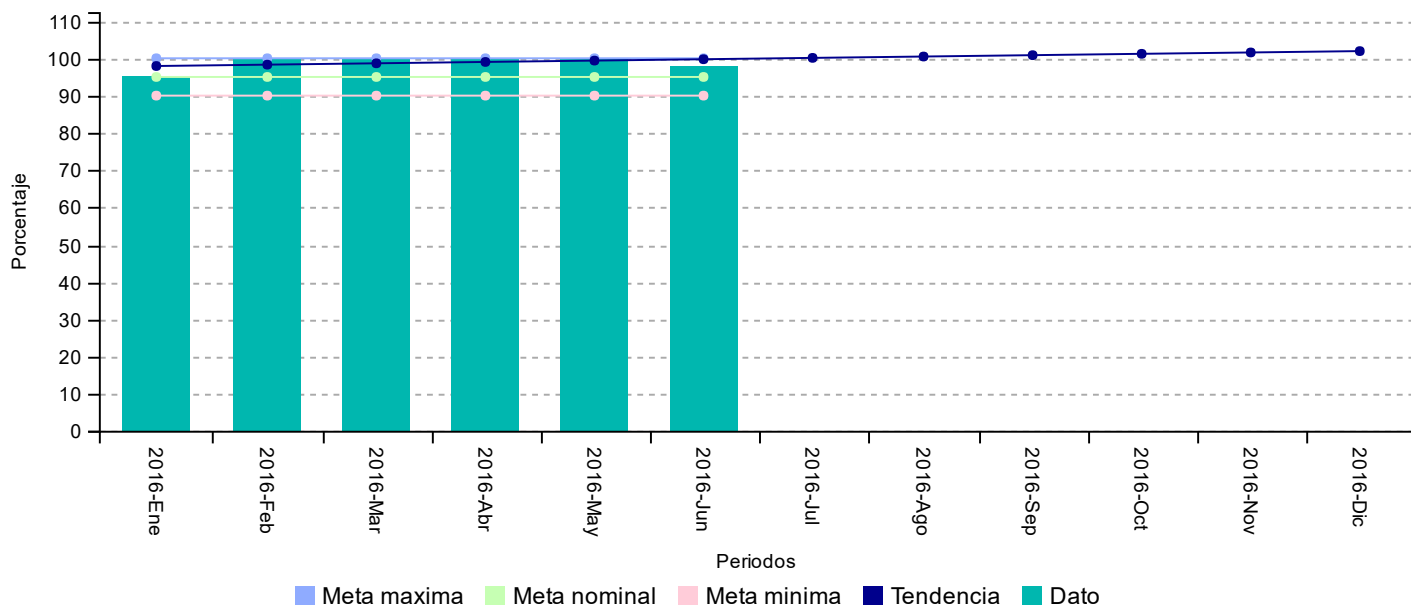
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	95,24	100,00	100,00	100,00	100,00	97,78	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 98.84

Desviación estandar: 1.80

Linea de tendencia: $y = 0.36x + 97.93$

Tendencia calculada:

Valor esperado: 100,45

CONVENCIONES

Tendencia negativa

Tendencia positiva

- Val. < M. Min.
- Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom.
- Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max.
- Val. >= M. Max.
- Val. > M. Max.
- Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.
- Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.
- Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

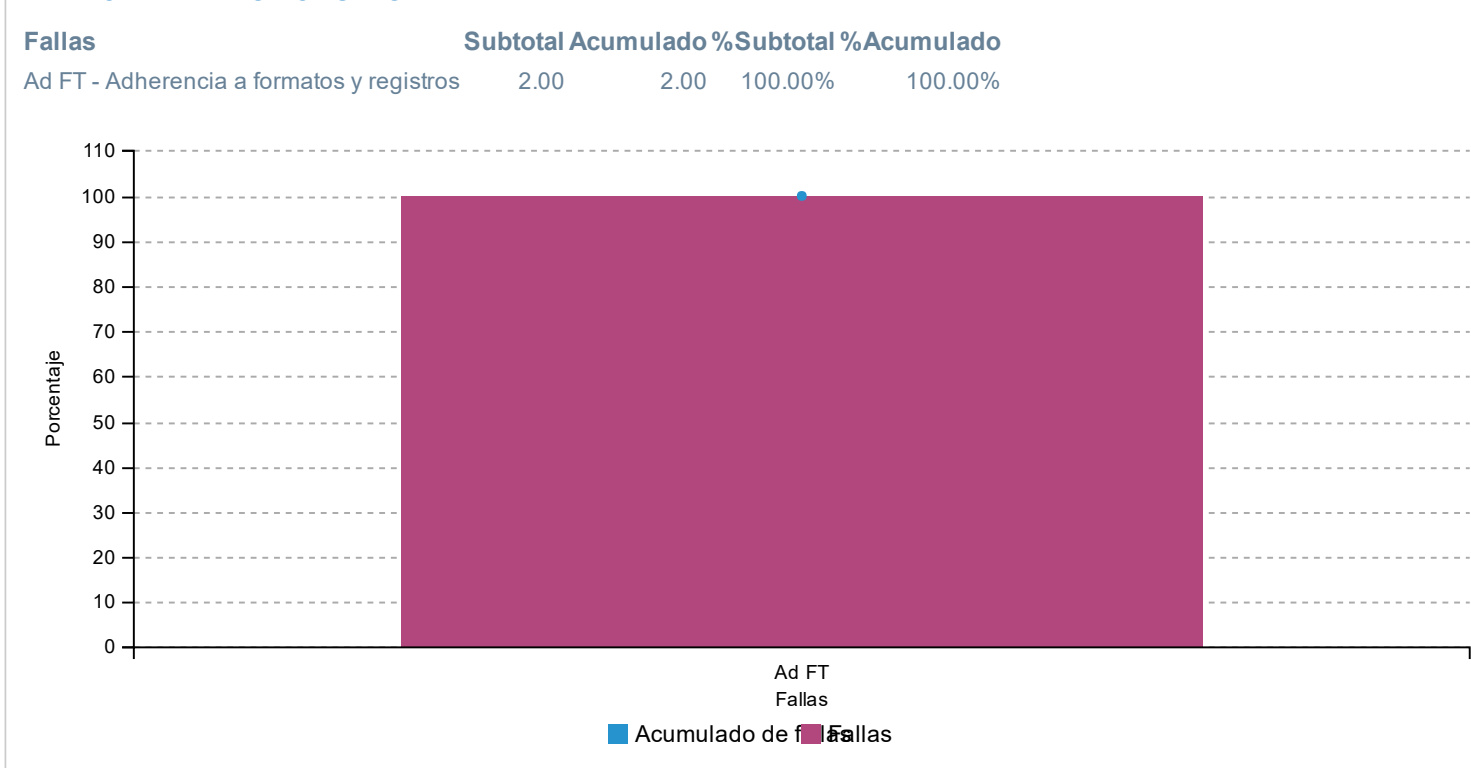
Periodo	Valor	Notas
		Destacado:
		Chequeo diario 6.00 %
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo 6.00 %
		Seguimiento a solicitudes. 3.00 % No evaluado en el periodo
		Registro de ingreso y salida de equipos de acuerdo con el procedimiento 3.00 %
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados) 5.00 %
		Se diligencia diariamente el formulario RH1. 6.00 %
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza) 3.00 %

2016-Ene	95,24	Registro de acciones preventivas	4.00 %	
		Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	4.00 %	
		Implementación formación y capacitación	4.00 %	No evaluado en el periodo
		Seguimiento a las acciones de mejora.	6.00 %	
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	4.00 %	
		Vigencia de contratos	4.00 %	
		Plan de mantenimiento preventivo (Revisión de diligenciamiento registro Programación de mantenimiento)	5.00 %	
		Mantenimiento de aires acondicionados	5.00 %	
		Otras observaciones	3.00 %	
		Registro ingreso-salida de equipos	3.00 %	
		Medición de cloro 11-FT-006	3.00 %	
		Medición de ph 11-FT-007	3.00 %	
2016-Feb	100,00	hequeo diario	6.00 %	
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo	6.00 %	
		Seguimiento a solicitudes.	3.00 %	No evaluado en el periodo
		Registro de ingreso y salida de equipos de acuerdo con el procedimiento	3.00 %	
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	5.00 %	
		Se diligencia diariamente el formulario RH1.	6.00 %	
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	3.00 %	
		Registro de acciones preventivas	4.00 %	
		Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	4.00 %	
		Implementación formación y capacitación	4.00 %	No evaluado en el periodo
		Seguimiento a las acciones de mejora.	6.00 %	
		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	4.00 %	
		Plan de mantenimiento preventivo (Revisión de diligenciamiento registro Programación	5.00	

2016-Mar	100,00	de mantenimiento) Mantenimiento de aires acondicionados		5,00 %
		Chequeo diario	6,00 %	
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo		
2016-Abr	100,00	Chequeo diario	6,00 %	
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo	6,00 %	
		Seguimiento a solicitudes.	3,00 %	No evaluado en el periodo
		Registro de ingreso y salida de equipos de acuerdo con el procedimiento	3,00 %	
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	5,00 %	
		Se diligencia diariamente el formulario RH1.	6,00 %	
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	3,00 %	
2016-Mayo	100,00	Chequeo diario	6,00 %	
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo	6,00 %	
		Seguimiento a solicitudes.	3,00 %	
		Registro de ingreso y salida de equipos de acuerdo con el procedimiento	3,00 %	
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	5,00 %	
		Se diligencia diariamente el formulario RH1.	6,00 %	
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	3,00 %	
Por mejorar: area laboral.				
2016-Jun	97,78	Aunque en el libro se realiza registro de equipos. Se debe mejorar la seguridad en el ingreso y egreso del personal ya que ha desmejorado de acuerdo a como se había definido en el procedimiento de orientacion.		
		Chequeo diario	6,00 %	
		Evidencia de seguimiento al mantenimiento correctivo	6,00 %	
		Seguimiento a solicitudes.	3,00 %	No evaluado en el periodo
		Registro de ingreso y salida de equipos de acuerdo con el procedimiento	3,00 %	
		Evidencia de limpieza y desinfección (registros en lugares adecuados)	5,00 %	
		Se diligencia diariamente el formulario RH1.	6,00 %	
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	3,00 %	
		Registro de acciones preventivas	4,00 %	
		Política de calidad (evidencia de adherencia a la política de calidad)	4,00 %	
Implementación formación y capacitación	4,00 %	No evaluado en		

	Seguimiento a las acciones de mejora.	5.00 %	el periodo
	Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	4.00 %	
	Vigencia de contratos	4.00 %	
	Plan de mantenimiento preventivo (Revisión de diligenciamiento registro Programación de mantenimiento)	5.00 %	
	Mantenimiento de aires acondicionados	5.00 %	
	Otras observaciones	3.00 %	
	Registro ingreso-salida de equipos	3.00 %	
	Medición de cloro 11-FT-006	3.00 %	
	Medición de ph 11-FT-007	3.0	

PARETO DE FALLAS COMUNES



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Jan	2	Adherencia a formatos y registros	Se evidencia poca adherencia en el uso de los formatos y registros aprobados. Durante el mes de enero de 2016 no se evidencian los registros indicados de mantenimiento.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

60



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-SISTEMAS

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-19, 20:00

INFORMACIÓN BÁSICA


Tipo: Gestión


Estado: Activo

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

Alimentador: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:  si

Usa numerador y denominador:  si

Descripción del numerador:

Descripción del denominador:

Es de meta variable: no

Meta nominal: 95,00 %

Meta mínima: 90,00 %

Meta máxima: 100,00 %

Límite de control inferior: 0 %

Límite de control superior: 100 %

Frecuencia de medición: 1 Mes(es)

Referencia de medición: septiembre 05

Fórmula: $[\text{NUM}]/[\text{DEN}]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

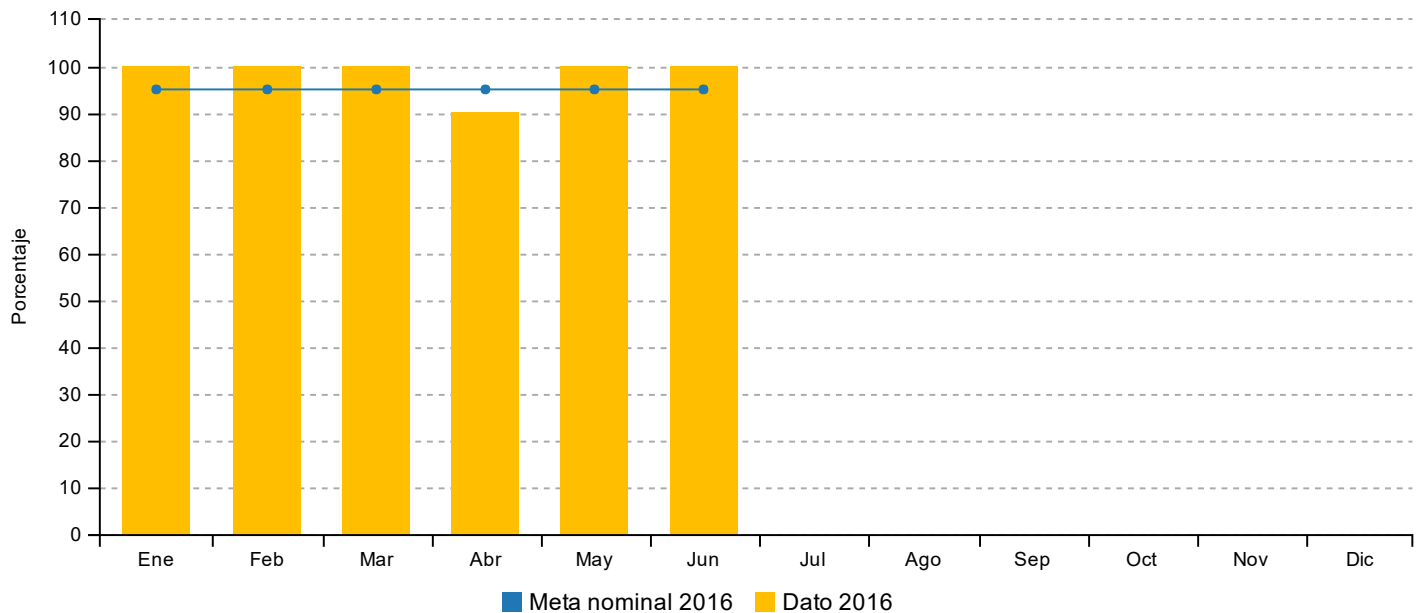
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	100,00	100,00	90,00	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADISTICAS

Promedio: 98.33
Desviación estandar: 3.73
Linea de tendencia: $y = -0.29x + 99.05$
Tendencia calculada: ↓
Valor esperado: 97,02

CONVENCIONES

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Tendencia negativa ↓ | Tendencia positiva ↑ |
| ●○○○ Val. < M. Min. | ○○○○ Val. > M. Max. |
| ○●○○ Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom. | ○○●○ Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom. |
| ○○●○ Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. | ○○○● Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min. |
| ○○○● Val. >= M. Max. | ○○○○ Val. <= M. Min. |

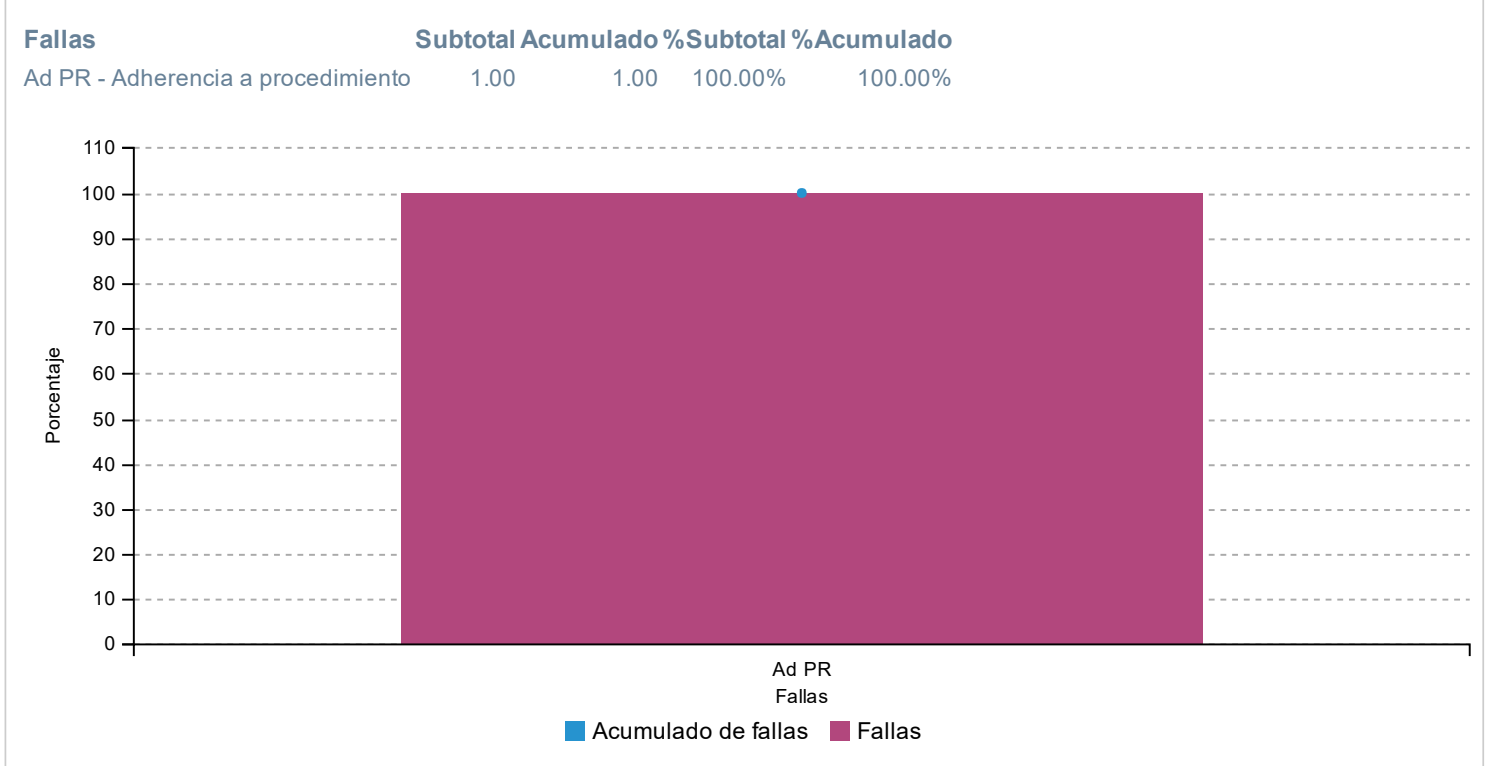
BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	100,00	<p>Sistema de gestión: se evidencia que los planes de mejora implementados no son acciones reiterativas lo cual muestra que los mismos han sido efectivos.</p> <p>Redes, software y hardware: en el seguimiento aleatorio de la funcionalidad de los equipos de sistemas y telecomunicaciones no se evidenciaron fallas lo que se determinó como acción correctiva eficaz por lo reportado.</p> <p>Seguridad en la información: copias de seguridad al día, no obstante se identifica que la documentación administrativa y algunos registros no tienen copias de seguridad lo que puede significar un riesgo por pérdida de información valiosa para la IPS.</p> <p>Capacitación y formación: de acuerdo al cronograma de capacitación se ejecutaron los planes de mejora del mes de Julio respecto a socializaciones y seguimiento a proveedores.</p>
		<p>SEGUIMIENTO MES ANTERIOR</p> <p>Mantener el 100% de cumplimiento</p> <p>CIERRES DE ACCIONES CORRECTIVAS</p>

<p>2016-Feb</p>	<p>100,00</p>	<p>DETECTADAS</p> <p>1. Evidencia de cierre a las acciones correctivas detectadas</p> <p>ACCIONES PREVENTIVAS</p> <p>2. El proceso planea y realiza acciones preventivas (evidencias de implementación)</p> <p>PROTECCIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS</p> <p>3. identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.</p> <p>POLITICA DE CALIDAD</p> <p>4. Socialización y evaluación de la política de calidad en el proceso: la presenta programada de acuerdo al direccionamiento.</p> <p>REDES, SOFTWARE Y HARDWARE</p> <p>Funcionalidad de equipos de sistemas. (Cronograma de mantenimiento que incluya todos los equipos)</p> <p>Mantenimiento preventivo de equipos de sistemas. (Evidencia del registro)</p> <p>Diligenciamiento hoja de vida de equipos de computo. (Evidencia del registro)</p> <p>Datos del servidor (Registro de datos del servidor 10-FT-004)</p> <p>Inventario de equipos.</p> <p>SEGURIDAD EN LA INFORMACION</p> <p>Garantía de copias de seguridad (evidencia de copias de seguridad de equipos / plan back up/)</p>
<p>2016-Mar</p>	<p>100,00</p>	<p>3. identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.</p> <p>POLITICA DE CALIDAD</p> <p>4. Socialización y evaluación de la política de calidad en el proceso.</p> <p>REDES, SOFTWARE Y HARDWARE</p> <p>Funcionalidad de equipos de sistemas. (Cronograma de mantenimiento que incluya todos los equipos)</p> <p>Mantenimiento preventivo de equipos de sistemas. (Evidencia del registro)</p> <p>Diligenciamiento hoja de vida de equipos de computo. (Evidencia del registro)</p> <p>Datos del servidor (Registro de datos del servidor 10-FT-004)</p> <p>Inventario de equipos.</p>
		<p>Se verifica seguimiento a proveedores</p> <p>Funcionalidad de equipos de sistemas. (Cronograma de mantenimiento que incluya todos</p>

2016-Abr	90,00	los equipos) Mantenimiento preventivo de equipos de sistemas. (Evidencia del registro) Diligenciamiento hoja de vida de equipos de computo. (Evidencia del registro) Datos del servidor (Registro de datos del servidor 10-FT-004) Inventario de equipos.
2016-Mayo	100,00	
2016-Jun	100,00	Sistema de gestión: se evidencia que los planes de mejora implementados no son acciones reiterativas lo cual muestra que los mismos han sido efectivos. Seguridad en la información: copias de seguridad al día, no obstante, se identifica que la documentación administrativa y algunos registros no tienen copias de seguridad lo que puede significar un riesgo por pérdida de información valiosa para la IPS. Capacitación y formación: de acuerdo al cronograma de capacitación se ejecutaron los planes de mejora de los meses de anteriores.

PARETO DE FALLAS COMUNES



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Apr	1	Adherencia a procedimiento	No se cumple con el cronograma establecido para el seguimiento a proveedor.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

57



SEGUIMIENTO DE CALIDAD-FINANCIERA

REPORTE ESPECIFICO DE INDICADOR

2016-08-18, 11:22

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Gestión**Estado:** Activo**Objetivo**

Determinar el grado de conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en el proceso financiero de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Alcance

Aplica para todos los procedimientos establecidos en la caracterización del proceso 09-PC-001 y cumplimiento de requisitos de acuerdo con la normatividad colombiana y el SGC.

Criterios

Requisitos norma ISO 9001:2008

Procedimientos internos

Requisitos

4.1 Requisitos generales; 4.2 Requisitos de la documentación; 4.2.2 Manual de calidad; 4.2.3 Control de documentos; 4.2.4 Control de registros; 5.3 Política de calidad; 5.4.1 Objetivos de calidad; 6 Gestión de recursos; 6.1 Provisión de recursos 5.5.3 Comunicación interna 6.2 Recursos humanos; 6.3 Infraestructura; 6.4 Ambiente de trabajo; 7.4 Compras

Descripción: 7.4.1 Proceso de compras; 7.4.2 Información de compras; verificación de productos comprados; 8 Medición análisis y mejora; 8.2.1 Satisfacción del cliente; 8.3 No conforme; 8.4 Analisis de datos; 8.5 Mejora.

Otra información necesaria

- Registros financieros.
- Procedimientos e Instrucciones.
- Documentos y registros generados por el sistema de gestión.

Responsable

Líder financiera

Criterios de evaluación

- Lista de chequeo con los ítems a evaluar de acuerdo al seguimiento mensual de calidad realizado a los procesos y cumpliendo con el procedimiento de auditorías internas de calidad.
- Entrevista a colaboradores del proceso.

Responsable: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

Alimentador: Icalidad / Jorge Iván Estrada Fernández

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:  si

Usa numerador y denominador:  si

Descripción del numerador: Número de ítems de calidad cumplidos del proceso en el periodo

Descripción del denominador: Total de ítems de calidad evaluados del proceso en el periodo

Es de meta variable: no

Meta nominal: 95,00 %

Meta mínima: 90,00 %

Meta máxima:	100,00 %
Límite de control inferior:	0 %
Límite de control superior:	100 %
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)
Referencia de medición:	febrero 05
Fórmula:	$[\text{NUM}]/[\text{DEN}]*100$

INFORMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

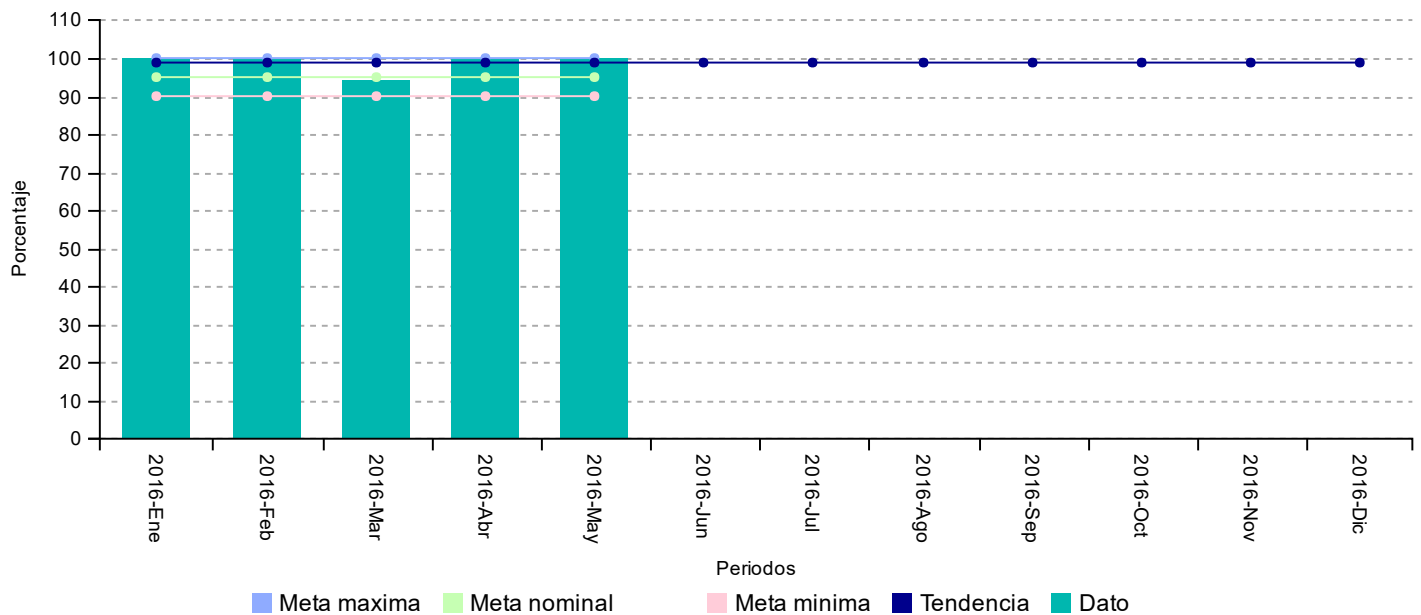
Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	100,00	100,00	94,12	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



ESTADÍSTICAS

Promedio:	98.82
Desviación estandar:	2.35
Línea de tendencia:	$y = 98.82$
Tendencia calculada:	—
Valor esperado:	98,82

CONVENCIONES

Tendencia negativa ↓

Tendencia positiva ↑

●○○○	Val. < M. Min.	○○○○	Val. > M. Max.
○●○○	Val. >= M. Min. y Val. < M. Nom.	○○○●	Val. <= M. Max. y Val. > M. Nom.

○ ○ ○ ● Val. >= M. Nom. y Val. < M. Max. Val. <= M. Nom. y Val. > M. Min.

○ ○ ○ ● Val. >= M. Max.

Val. <= M. Min.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Periodo	Valor	Notas			
		Area Laboral- Documentos y registros (orden y limpieza)	5.00 %		
		2	Calidad	Registro de acciones preventivas	5.00 % No se evaluó en el mes de enero
		3	Seguimiento de calidad	Implementación formación y capacitación	5.00 % No se evaluó en el mes de enero
		4		Seguimiento a las acciones de mejora.	5.00 % No se evaluó en el mes de enero
		5		Seguimiento a proveedores.	4.00 % No se evaluó en el mes de enero
		6		Seguimiento y análisis de indicadores con desviación en el mapa de riesgos.	6.00 %
		7		Otras observaciones	4.00 %
		8		Otros items relevantes 1	4.00 %
		9		Otros items relevantes 2	4.00 %
2016-Ene	100,00	10	CONTABILIDAD	Seguimiento a caja menor 09-FT-002 (Evidencia de diligenciamiento del reembolso caja menor)(últimos reembolsos)	5.00 %
		11		Arqueo de caja menor 09-FT-001-Control de documentos y Registros	4.00 %
		12		Reembolso de caja menor 09-FT-002-Control de documentos y registros	4.00 %
		13		Caja General-Control de documentos y registros	5.00 %
		14		Planilla de transporte 09-FT-004-Control de documentos y registros	4.00 %
		15		Ejecución presupuestal 09-FT-005-Cotrol de documentos y registros	5.00 %

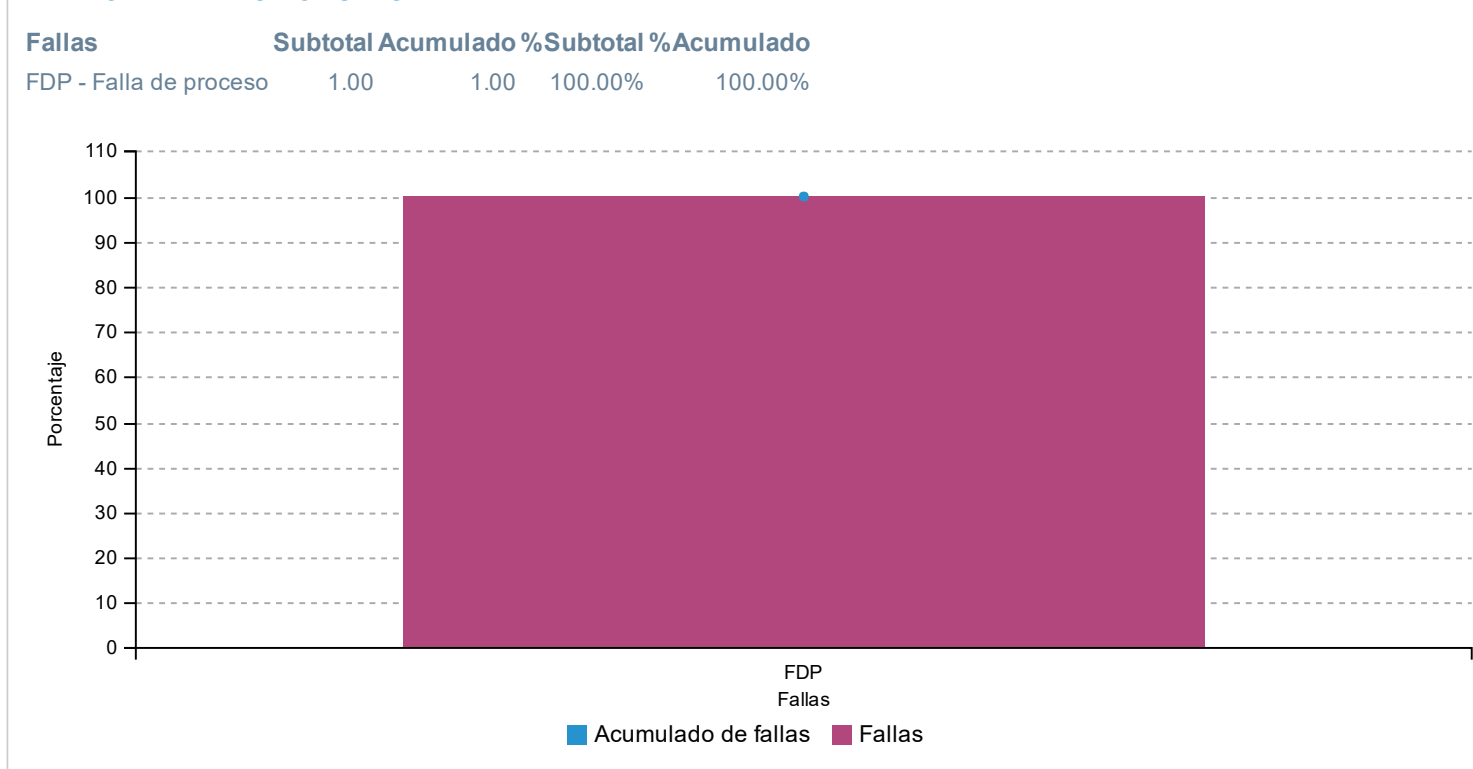
16		Listado de cuentas por pagar 09-FT-006	5.00 %	
17		Estados financieros trimestrales como lo indica el procedimiento	5.00 %	
18		Notas en estados financieros como lo indica el procedimiento	5.00 %	No se evaluó en el mes de enero
19		Indicadores de gestión contable para analizar la información registrada: De liquidez- De rentabilidad - De actividad- De endeudamiento. Periodicidad cada 3 meses	6.00 %	
20		Evidencia de informe a entidades de control	5.00 %	
21		Seguridad:Existe adecuada tenencia y custodia de títulos, valores, chequeras, cheques, sellos, claves, seguridad de accesos a sistemas, y demás valores a cargo del área	5.00 %	

2016-Feb	100,00	Uso de formatos aprobados en el sistema de gestión de calidad.			
		1	4.00 %	Reembolso de caja menor 09-FT-002-Control de documentos y registros	
		2		Caja General-Control de documentos y registros	5.00 %
		3		Planilla de transporte 09-FT-004-Control de documentos y registros	4.00 %
		4		Ejecución presupuestal 09-FT-005-Cotrol de documentos y registros	5.00 %
		5		Listado de cuentas por pagar 09-FT-006	5.00 %
		6		Estados financieros trimestrales como lo indica el procedimiento	

2016-Mar	94,12	<p>Planes de acción:</p> <p>Se evidencia un enfoque correctivo en el proceso sin embargo al examinar el procedimiento se evidencia la misma falla en diferentes procesos o áreas de la IPS.</p> <p>Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.</p> <p>A continuación se describen los apartados de la norma en la cual está certificado el sistema de gestión de calidad de la IPS Clínica San Rafael.</p> <p>8.5.2 Acción correctiva</p> <p>La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes), 2. b) determinar las causas de las no conformidades, 3. c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, 4. d) determinar e implementar las acciones necesarias, 5. e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y 6. f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas. <p>8.5.3 Acción preventiva</p> <p>La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.</p>
----------	-------	---

		<p>Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas, 2. b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, 3. c) determinar e implementar las acciones necesarias, 4. d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y 5. e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas. <p>Se programa para el mes de abril revisión de cumplimiento de los procedimientos ELABORACION DE ESTADOS FINANCIEROS y CAJA MENOR.</p>
<p>2016-Abr</p>	<p>100,00</p>	<p>Control de documentos Control de registros Seguridad informatica y contable Gestion del riesgo Demanda insatisfecha</p>
<p>2016-Mayo</p>	<p>100,00</p>	<p>Es recomendable verificar la utilización de papelería reciclable. En soportes contables revisados se evidencia utilización de investigaciones de accidentes laborales con información diligenciada, por ejemplo datos iniciales de accidentalidad de colaboradora Adriana Molina.</p>

PARETO DE FALLAS COMUNES



BITACORA DE FALLAS ASOCIADAS

Periodo	Cantidad	Falla	Notas
2016-Mar	1	Falla de proceso	Se determina falla de proceso ya que no se permite realizar trazabilidad al cumplimiento de los numerales b) y c) del capítulo 8.5.2 de la norma.

BITACORA DE PLANES DE ACCIÓN

NO CONFORMIDADES	
CODIGO	DESCRIPCIÓN
03/16-NC-010	Se evidencia en el informe de auditoría de calidad, fallas en el proceso de registro de oxígeno, esto generando reprocesos en otras áreas e incumplimiento de requisitos
03/16-NC-019	No diligenciamiento adecuado de formatos: La hoja de transfusión no es diligenciada en su parte de adelante se evidencian varios formatos con solo la firma del paciente. No uso de formatos vigentes: La hoja de transfusión no está en uso la última versión la cual incluía el disentimiento informado. Esto fue una mejora realizada a partir de la visita de auditoria externa por la secretaria departamental de salud.
03/16-NC-034	Se evidencia en la auditoria de calidad que no se cumplió con la Política de Seguridad del paciente, debido a que en el piso menos dos se evidencia barandas debajo de paciente que se encontraba identificada con riesgo de caída.
04/16-NC-009 04/16-NC-019	Se evidencia en auditoria de calidad, deficiencia en el proceso de desinfección (Monitores con polvo). Reiterativo. En el seguimiento a calidad de los servicios se identifica: En revisión realizada en horas de la mañana se evidencian monitores del servicio con polvo, a lo que se concluye como falla del procedimiento de limpieza y desinfección.
04/16-NC-020	En el seguimiento de calidad de los servicios se identifica: Consentimiento informado sin diligenciar completamente. Lo que permite evidenciar incumplimiento en el control de registros y la adherencia a los mismos.
05/16-NC-024	Tiempo de atención prolongado: se evidencia en seguimiento de calidad que los tiempos de atención no se cumplen de acuerdo a lo estipulado, se genera una gran insatisfacción de los usuarios. (servicios: Ortopedia, endocrinología)
13/16-NC-024	Se evidencia no respuesta oportuna al usuario (una respuesta por fuera de los tiempos estipulados). En tanto a los requerimientos legales se evidencian algunos casos de no respuesta oportuna internamente. Caso identificado en los reportes presentados durante el mes de enero de 2016.
13/16-NC-025	Se evidencia una falla al momento de elaborar los contratos por prestación de servicios que causa demora en este proceso y que puede desencadenar no conformidades mayores. No se cumple con el procedimiento estipulado en el sistema de gestión de calidad.

02-NC/16-002	No se cumple con el porcentaje mínimo (%) de encuestas de satisfacción requeridas, esto genera que los resultados obtenidos no sean 100% confiables ya que no se cumple con la muestra establecida de acuerdo al número de pacientes atendidos.
09/16-NC-024	No se realiza seguimiento y evaluación a proveedor como se tenía estipulado por el proceso de sistemas y telecomunicaciones durante el mes de abril.
11/16-NC-001	Se evidencia poca adherencia en el uso de los formatos y registros aprobados. Durante el mes de enero de 2016 no se evidencian los registros indicados de mantenimiento. Evidencia: registros de mantenimientos preventivos y correctivos del proceso.
06/15-NC-298 10B/16NC -0015	Se evidencian continuos daños de equipos sin un plan de acción efectivo. Se levanta no conformidad debido a que se evidencia daño por segunda vez en el nasolaringofibroscopio ocasionado por el operador. continuas cancelaciones de cirugías a causa de disponibilidad de capnografo y fallas constantes de máquina de anestesia.

CÓDIGO DE LA NO CONFORMIDAD	CLASIFICACIÓN	FUENTE	PROCESO O ÁREA	MES DE DETECCIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	RELACIONADO CON ESTANDAR:	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	ACCIONES DE MEJORA	TIEMPO DE EJECUCION	ESTADO	%	OBSERVACIONES
03/16-NC-010	NO CONFORMIDAD	MEDICIÓN ADHERENCIA	HOSPITALIZACIÓN	ENERO	Se evidencia en el informe de auditoría de calidad, fallas en el proceso de registro de oxígeno, esto generando reprocesos en otras áreas.	ACCIÓN CORRECTIVA	Gestión de recursos institucionales	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se dictará una capacitación sobre el método adecuado de registro de oxígeno.	MARZO	COMPLETA	100%	..\RETROALIMENTACIÓN DE OXIGENO.pdf
03/16-NC-019	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	HOSPITALIZACIÓN	FEBRERO	No diligenciamiento adecuado de formatos: La hoja de transfusión no es diligenciada en su parte de adelante se evidencian varios formatos con solo la firma del paciente. No uso de formatos vigentes: La hoja de transfusión no está en uso la última versión la cual incluía el disentimiento informado. Esto fue una mejora realizada a partir de la visita de auditoria externa por la secretaria departamental de salud.	ACCIÓN CORRECTIVA	Documentación en concordancia con el SOGCS	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se recoge todas las hojas antiguas de registro de transfusión de los servicios y nuevamente se retroalimenta la importancia de adherirse al nuevo formato.	MARZO	COMPLETA	100%	

03/16-NC-034	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	HOSPITALIZACIÓN	ABRIL	Se evidencia en la auditoria de calidad que no se cumplió con la Política de Seguridad del paciente, debido a que en el piso menos dos se evidencia barandas debajo de paciente que se encontraba identificada con riesgo de caída.	ACCIÓN CORRECTIVA	Política de seguridad del paciente.	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se dictará charla institucional de la Política de seguridad de los pacientes.	MAYO	COMPLETA	100%	archivos\Medición de Adherencia.pdf
04/16-NC-019	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	UCE	FEBRERO	En el seguimiento a calidad de los servicios se identifica: En revisión realizada en horas de la mañana se evidencian monitores del servicio con polvo, a lo que se concluye como falla del procedimiento de limpieza y desinfección.	ACCIÓN CORRECTIVA	Política de seguridad del paciente.	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se dictará capacitación con el personal sobre Política de seguridad del paciente.	ABRIL	COMPLETA	100%	..\Medición de Adherencia.pdf
04/16-NC-009	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	UCE	ENERO	Reiterativo: Se evidencia en auditoria de calidad, deficiencia en el proceso de desinfección (Monitores con polvo)	ACCIÓN CORRECTIVA	Política de seguridad del paciente.	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se realizará un estudio, determinando el tiempo real que se debe demorar una auxiliar de enfermería desinfectando adecuadamente una unidad, debido a que las camas en todos los servicios rotan constantemente y al generar presión en el personal encargado no	MARZO	COMPLETA	100%	..\RETROALIMENTACIÓN DE OXIGENO.pdf

04/16-NC-020	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	UCE	FEBRE RO	En el seguimiento de calidad de los servicios se identifica: Consentimiento informado sin diligenciar completamente.	ACCIÓN CORRECTIVA	Documentación en concordancia con el SOGCS	LÍDER DE ENFERMERÍA	Se les retroalimentará al personal la importancia de diligenciar adecuadamente los formatos de cada servicio.	ABRIL	COMPLETA	100%	..\CAPACITACIÓN DE FORMATOS.pdf
05/16-NC-024	NO CONFORMIDAD	AUDITORÍA INTERNA	CONSULTA EXTERNA	MARZO	NO CONFORMIDADES POR RETARDO EN EL INICIO DE LAS CONSULTAS DE ORTOPEDIA, ENDOCRINOLOGIA	ACCIÓN CORRECTIVA	Demanda insatisfecha	DIRECCION MEDICA	SE EXPLICO A LOS USUARIOS EN LAS RESPUESTAS DE LAS PQR PERO EL PROBLEMA RADICA QUE HAY OCACIONES EN QUE LOS PACIENTES SON MAS COMPLEJOS QUE OTROS.	MAYO	COMPLETA		<p>mayo: se solcito a programacion de consultas avisarles que deben llegar 20 min previo a la consulta lo cual se venía haciendo, pero se solicita más énfasis en esta información.</p> <p>Junio: se realiza reordenamiento de las agendas en cuanto a la admisión respetando al hora de ingreso y no por orden de llegada al igual que se solicita al paciente cumplimiento en las agendas se amplía intervalo de tiempo e las agendas de oftalmología y ortopedia.</p>
13/15-NC-095	NO CONFORMIDAD	SIAU	SIAU	DICIEMBRE 2015	Se evidencia la necesidad de generar estrategias de control y seguimiento en la entrega de respuestas a PQRS al usuario dentro del tiempo establecido.	LIDER DE GESTION HUMANA		Enero 30 de 2016	Verificar por parte de la líder del proceso SIAU, cada 15 días la entrega de PQRS al usuario en el domicilio (PQRS vs radicado), con el objetivo de generar estrategias de control frente al proceso.	ENERO 2016	COMPLETA	100%	SIAU- MEDICIÓN ADHERENCIA

13/15-NC-079	MEDICIÓN ADHERENCIA	GESTION HUMANA			Se evidencia la necesidad de desarrollar más actividades de seguimiento y control a documentación de hojas de vida (Incluye contratos vigentes), a pesar de contar con el total de hojas de vida completas solicitadas es un proceso muy dinámico que requiere estrategias de control y verificación de novedades de ingreso, además de vencimiento de documentación	LIDER DE GESTION HUMANA			Realizar auditorías internas a hojas de vida cada mes, verificación de novedades de ingreso y bases de datos para verificación de vencimiento de documentos.		COMPLETA		GESTION HUMANA- Registro base de datos verificado en el proceso de gestión humana.
02-NC/16-002	NO CONFORMIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	SIAU	JUNIO	No se cumple con el porcentaje mínimo (%) de encuestas de satisfacción requeridas, esto genera que los resultados obtenidos no sean 100% confiables ya que no se cumple con la muestra establecida de acuerdo al número de pacientes atendidos.	ACCIÓN CORRECTIVA	Encuestas de satisfacción y trámite de PQR'S	LÍDER SIAU	El área de SIAU se encargó de capacitar a las encargadas de las encuestas de satisfacción de las diferentes sedes con el fin de tener un mejor control en la aplicación de las encuestas y en la entrega semanal.	Julio	COMPLETA	100%	SIAU 2016/SIAU INFORMES/Resocialización encuestas de satisfacción (Aplicación).pdf
09/16-NC-024 (PR-10)	NO CONFORMIDAD	OTROS	SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES	ABRIL	Se levanta no conformidad por incumpliendo de indicador en mapa de riesgos: -Total de visitas	ACCIÓN CORRECTIVA	Plan de actividades, comités y reporte de indicadores	LIDER SISTEMAS Y T	Reprogramación visita a proveedor mes de Junio	JUNIO	COMPLETA	100%	Se programa visita el 3 de agosto a las 2:30 pm

			OMU NIC		realizadas a proveedores / total de visitas programadas a los proveedores en el mes. incumple visita a proveedor Wireless Communications		s de gestión						
06/15-NC-298	NO CONFORMI DAD	OTROS	CIRU GIA	MAYO	Se levanta no conformidad por continuas cancelaciones de cirugías a causa de disponibilidad de capnografo y fallas constantes de máquina de anestesia. Lo anterior afecta la oportunidad de especialidades de laparoscopia principalmente.	ACCIÓN CORRECTIV A	Demanda insatisfech a	LIDER BIOTECNOLO GIA	A DEFINIR POR AREA ENCARGADA	5/05/20 16	COMPL ETA	100%	Ver correo de notificacion de no conformidad mes de Abril.
10B/16NC - 0015	NO CONFORMI DAD	OTROS	CIRU GIA	ABRIL	Se levanta no conformidad debido a que se evidencia daño por segunda vez en el nasolaringofibroscopio ocasionado por el operador.	ACCIÓN CORRECTIV A	Demanda insatisfech a	LIDER S. QUIRÚGICO	A DEFINIR POR EL AREA.	A definir por el area.	COMPL ETA	100 %	Acta nasolaringofibroscopio..d ocx