



PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 2019 - 2020

No.	ESTANDAR A CUMPLIR	ACCION A EJECUTAR	META DE LA GESTIÓN	INDICADOR	PLAZO DE EJECUCION	RESPONSABLE
1	Cumplir con el estandar 141: Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información	Unificar las guías creadas de gerencia de la información para elaborar un solo plan de gerencia de la información	Plan de Gerencia de la información elaborado	Plan de gerencia documentado y codificado	31/03/2019	LIDER SISTEMAS
		Socializar el plan a todos los funcionarios de la institución	Plan de Gerencia de la información socializado	#funcionarios administrativos con PGI socializado/total funcionarios administrativos	31/03/2019	LIDER SISTEMAS
2	Cumplir con el estandar 144: Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	formular el procedimiento de asignación de claves de acceso	procedimiento para la asignación de claves de acceso Elaborado e implementado	Procedimiento claves de acceso documentado y codificado	31/03/2019	LIDER SISTEMAS
		crear indicadores de seguridad de la información		procedimiento socializado funcionarios adm/ total funcionarios adm	30/06/2020	
		socializar procedimiento e indicadores			30/06/2020	
3	cumplir con el st.148: La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos	elaborar e implementar procedimiento de solicitud de historia clínica	procedimiento para la asignación de claves de acceso Elaborado e implementado	Procedimiento de solicitud de historias clínicas documentado	31/07/2018	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN GESTION DOCUMENTAL
		Actualizar manual de historia clínica y realizar su socialización	manual de historia clínica actualizado y socializado a todos los funcionarios asistenciales	No. funcionarios asistenciales a los que se socializo manual HC/Total funcionarios asistenciales	14/08/2018	LIDER ASISTENCIAL
4	Cumplir con el st.125: La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación.	elaborar el protocolo para minimizar el riesgo de pérdida de pacientes	protocolo de riesgo de pérdida de pacientes elaborado e implementado	protocolo de riesgo de pérdida de pacientes documentado	31/10/2019	LIDER ATENCION AL USUARIO
		socializar el protocolo de riesgo de pérdida de pacientes	protocolo de riesgo de pérdida de pacientes socializado a todos los funcionarios de la institución	No. funcionarios a los que se socializo poe /Total funcionarios ESE	31/10/2019	
5	Cumplir con el St. 126: La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	Definir la política de no fumador	política de no fumador establecida	No. funcionarios a los que se socializo politica /Total funcionarios ESE	31/12/2019	LIDER ALBERGUE
		señalar la institución con la política de no fumador	institución señalizada en las 6 salas de la institución	6 salas señalizadas	31/12/2019	LIDER MANTENIMIENTO
6	Estándar 7 (AsSP 3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad	Implementar las recomendaciones aplicables a la Institución de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Contar con la cultura de Seguridad del Paciente, procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad.	% funcionarios con adherencia al Programa de Seguridad Paciente / Total funcionarios	30/06/2020	LIDER SEGURIDAD DEL PACIENTE
7	Estándar 12 (AsAC 5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Agendar a los Profesionales con los que cuente la Institución asegurando la prestación oportuna del servicio	Cumplir con la agenda propuesta para la atención de los pacientes	% cumplimiento agenda ejecutada / % cumplimiento agenda programada	Semestral	LIDER ASISTENCIAL
8	Estándar 40 (AsEJ 1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Identificar plan de cuidado, tratamiento, necesidades y riesgos de los pacientes	Identificar el 90% de los residentes de la Institución	Población evaluada en Junta Interdisciplinaria / Total Población	Trimestral	LIDER ASISTENCIAL