



Macroproceso: Gestión de Calidad		Código	FO-GC-09
		Versión	05
		Fecha	2/9/2020
		Página	1 de 1

FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO									
FUENTE	FUENTE DE NOTIFICACION	COMPONENTE O CRITERIO (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO - OPORTUNIDAD DE MEJORA	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		CUMPLIMIENTO
				Acciones de mejoramiento / actividades a realizar	Descripción de la Acción de Mejora / mecanismo de ejecución	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	1.2 El prestador cuenta con una estructura organizacional basada en procesos: reconocer la plataforma estratégica, estructura organizacional, Mapa de Procesos, interacción de los procesos organizacionales, controles de procesos o procedimientos y responsables, funcionamiento del SOC, Gestión de riesgo, indicadores-cuadro de mando, calidad del dato, seguimiento a planes de mejora, gestión documental.	PLATAFORMA ESTRATÉGICA. PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2024 MISIÓN: Prestar servicios integrales para mejorar el estado de salud de la población de Tal y su área de influencia, a través de procesos de educación, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades de bajo nivel de complejidad, asegurando una atención con calidad, humanizada y segura. VISION: Para el año 2024, será reconocida para prestación de servicios humanizados y con calidad, con sostenibilidad financiera y altos niveles de desarrollo humano, que contribuye al bienestar integral de la comunidad local a través de la ampliación de los servicios, la modernización tecnológica y administrativa, armonizados con la protección al medio ambiente. PRINCIPIOS: 1. Atención centrada en el usuario, 2. Humanización de la atención, 3. Gestión del riesgo. VALORES: Humanización, respeto, eficiencia, seguridad. OBJETIVOS: Producir servicios de salud humanizados, seguros y de calidad cumpliendo con la normatividad vigente. - Ampliar la cobertura y el portafolio de servicios siempre con criterios de calidad. - Mejorar los procesos de planificación, gestión y sostenibilidad financiera. - Fortalecer la estructura organizacional, el talento humano y optimizar los procesos. - Mejorar la infraestructura física, tecnológica y operacional, para dar cumplimiento al nuevo modelo de atención. INDICADORES: Para cada proceso tienen un gerencial de indicadores que se mide por parte de líderes de procesos. Está diseñado en excel está centralizado en la carpeta pública, similar a un intranet donde se hace la recuperación de información, los líderes de calidad de ESE son diligenciado la matriz. En el gerencial están los indicadores tanto administrativos como asistenciales. PLAN DE MEJORA-Realizan de forma trimestral según resolución el comité institucional de gestión y desempeño, se evidencia el acta #2 del 9 de mayo 2022, se realiza una verificación donde se llevan los	Se sugiere desplegar herramientas de indicadores a la parte operativa	Continuar con el análisis de los indicadores definidos en la institución para los diferentes procesos en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Gerencia y líderes de procesos	1/07/2022	30/08/2022	
				Se sugiere actualizar los mapas de riesgos.	Capacitar a los funcionarios sobre la nueva guía metodológica del DAFP para realizar la actualización a los mapas de riesgo de los procesos.	Asesora de Control Interno	1/07/2022	30/11/2022	
					Realizar la actualización de los mapas de riesgo para los procesos de acuerdo a la priorización que se vaya realizando de estos.	Líderes de procesos	1/12/2022	31/12/2023	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	1.3 Según los servicios ofertados y contratados validar que los servicios que se requieren por interdependencia medie un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal, estableciendo como mínimo: - Validar que esté clara la calidad en la entrega de los servicios. - Documentos documentados de atención en cada servicio interdependiente. - Tiempo de entrega de los servicios, y forma de supervisión del cumplimiento con el fin de garantizar la seguridad del resultado del servicio. - Si el prestador hace parte de una RUA validar con detalle el proceso operativo según la	Laboratorio exámenes de segundo nivel se tiene contrato con LABORATORIO CENTRAL DE REFERENCIA. El está vigente se firma cada año y se renueva depende del valor del tope, está vigente desde el 11 enero 2022 hasta el 31 de diciembre 2022, no se renueva automáticamente, se pide una cotización para el año siguiente. - pendiente promesa oportunidad. Comenzaron este año 2022, envían los tests reactivales, los montos normales de los otros pacientes de sec en cuando envía muestras para allá. La oportunidad de un día para otro es ambulatorio, son muestras que no realicen en la ESE. La hora, son reactivales, de abdomen. Si requiere un laboratorio de segundo nivel en un paciente hospitalizado y se envía allá, con oportunidad de 4 horas y si le pone urgente le agilizan el procesamiento. - Se hace el empaque normal internacional establecido, tienen contrato con un transportador servicio puerta a puerta y tienen horarios específicos: 5 am, 10 am o 1 pm o pendiente que venga la ambulancia, que vienen de Tal a Medellín, aproximadamente tres horas. - Pendiente validar control de calidad con bacteriología. El prestador publica en la página los controles de calidad que ellos manejan, la bacteriología mantiene su control diario.	Se sugiere realizar vista de campo al prestador.	Diseñar instrumento para la visita de verificación al laboratorio de referencia	Asesora de Control Interno - Representante de la Dirección MECI Calidad	1/07/2022	30/10/2022	
					Programar una visita al laboratorio de referencia de segundo nivel.	Bacterióloga y líderes de proceso asignados por la institución.	1/01/2023	30/07/2023	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	1.1 El prestador cuenta con canales de comunicación e información clara para que el afiliado acceda a los servicios ofertados. - Verificar cuáles son los canales de comunicación (telefónica, call center, internet, whatsapp, mensajes de texto, escrita, verbal, otras) y validar efectividad de la comunicación (realizar llamada si hay call center). - Solicita documentos con rutas de acceso para los afiliados. TELEFONICO: Línea telefónica 8675655 directa para que el usuario pida cita por médico general. Odontología maneja su propia agenda con las funcionarios de odontología. - Horario de atención: Lunes a viernes 8 am a 11 am y 2 pm a 4 pm, sábado de 8 am a 11 am. Dan citas para consulta médico general, única funcionaria que da las citas tanto telefónica como presencial. PRESENCIAL: Línea telefónica 8675655 directa para que el usuario pida cita por médico general. Odontología maneja su propia agenda con las funcionarios de odontología. - Horario de atención: Lunes a viernes 8 am a 11 am y 2 pm a 4 pm, sábado de 8 am a 11 am. Dan citas para consulta médico general, única funcionaria que da las citas tanto telefónica como presencial. PAGINA WEB: https://www.hospital.gov.co/consulta-medica-general/ casi nunca se dan citas por acá. WHATSAPP: No se usa. CIUDAD USUARIOS DE HEREDAS: Se le da de forma presencial los días sábados. Se solicita documentos con rutas de accesos para los afiliados pero no se evidencian dentro de la auditoría.	RUTA DE ACCESO AL AFILIADO: El prestador cuenta con canales de comunicación e información clara para que el afiliado acceda a los servicios ofertados. - Verificar cuáles son los canales de comunicación (telefónica, call center, internet, whatsapp, mensajes de texto, escrita, verbal, otras) y validar efectividad de la comunicación (realizar llamada si hay call center). - Solicita documentos con rutas de acceso para los afiliados. TELEFONICO: Línea telefónica 8675655 directa para que el usuario pida cita por médico general. Odontología maneja su propia agenda con las funcionarios de odontología. - Horario de atención: Lunes a viernes 8 am a 11 am y 2 pm a 4 pm, sábado de 8 am a 11 am. Dan citas para consulta médico general, única funcionaria que da las citas tanto telefónica como presencial. PAGINA WEB: https://www.hospital.gov.co/consulta-medica-general/ casi nunca se dan citas por acá. WHATSAPP: No se usa. CIUDAD USUARIOS DE HEREDAS: Se le da de forma presencial los días sábados. Se solicita documentos con rutas de accesos para los afiliados pero no se evidencian dentro de la auditoría.	Se sugiere documentar sobre rutas de accesos para los afiliados pero no se evidencian dentro de la auditoría.	Documentar un flujoograma con la ruta de acceso para la solicitud de cita para los afiliados a SAVIASALUD	Asesor Administrativo - Archivo	1/07/2022	31/12/2022	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	1.1 El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano (profesionales de la salud) requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención y se encuentran debidamente contratados. - Cobertura de servicios de consulta externa - Cantidad o proporción de pacientes asignados profesionales y auxiliares de enfermería - Cobertura por especialidades las fines	Está en construcción la matriz para el cálculo de la capacidad del talento humano - 35 personal de planta y 4 contratistas - Cuenta 4 médicos generales, jefe de enfermería 1, 8 auxiliares, 2 odontólogos, 1 bacterióloga, 2 auxiliares de odontología, 1 vacunador 1 regente de farmacia y una auxiliar de farmacia y una psicóloga. - No mide el indicador de rotación personal	Se sugiere implementar una matriz para el cálculo de la capacidad instalada y consignar en el documento la metodología para el cálculo del talento humano.	Realizar análisis de la planta de personal con base en la capacidad instalada.	Subdirector Administrativo	1/07/2022	31/12/2022	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	El prestador cuenta con el Programa de Seguridad del paciente ¿Cómo lo ejecuta? 1. Política Institucional de Seguridad del Paciente 2. Programa Institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas. 3. El despliegue y la capacitación de los colaboradores de la Política y programas de seguridad del paciente 4. Implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos. 5. Análisis de modo y efecto de falla (AMEF) 6. Actividades de búsqueda activa de eventos adversos 7. Metodología de investigación de eventos 8. Metodología de implementación de las	Se evidencia política de seguridad del paciente con sus funciones, pero no se encuentra estructurada bajo resolución y el documento que la contiene no está está codificado. - Se evidencia borrador del programa de seguridad del paciente sobre el cual están trabajando y cumple con una estructura adecuada de despliegue, aún no oficializado ni codificación. Resolución de conformación de comité de seguridad del paciente 476 de 2013, con sus integrantes, funciones y periodicidad de reunión, periodicidad mensual. Comité de seguridad del paciente está operativo, durante el año 2022 solo se han reunido en una ocasión el 18 de abril de 2022 se evidencia acta, según la cual no se han presentado eventos adversos, se tocan temas que no son del alcance del comité por lo que se sugiere que el acta tenga claro los puntos de enfoque para que no se pierda el alcance del comité. Se evidencia matriz de riesgos por servicio con identificación de riesgo residual pero se debe actualizar y tener presente la metodología del riesgo. Cuenta con formatos para el reporte de eventos adversos en excel estandarizado, se evidencia reporte de incidente relacionado con ruptura de alba completamente gestionado. El registro del evento se realiza de forma manual o digital, actualmente cada líder hace el análisis pero no cuentan con un responsable que centralice la información y controle la gestión del evento. No han tenido reporte de eventos adversos. No se evidencia informe de eventos solo se hace mención general del estado de estos dentro del acta. Se implementan acciones en relación a los eventos o incidentes pero no se evidencia centralización y control de seguimiento a estos. Se evidencia cronograma de capacitaciones de seguridad del paciente con temas enfocados a prácticas seguras o pequeñas instrucciones, se evidencia capacitación en relación a	Se sugiere incluir la medición del indicador de rotación de personal.	Definir un indicador para medir la rotación de personal dentro del proceso de talento humano.	Subdirector Administrativo	1/07/2022	30/09/2022	
				Completar Programa de Seguridad del paciente, con su socialización y despliegue.	Finalizar la documentación del manual del programa de seguridad del paciente y socializarlo a los funcionarios.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/09/2022	
					Revisar y actualizar si se requiere la resolución de conformación del Comité de Seguridad del Paciente y dentro de este cumplimiento a las reuniones con la frecuencia estipuladas en esta.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga Asesor Control Interno	1/07/2022	30/10/2022	
				Contar con cronograma de actividades (capacitaciones entre otras) que permita el cumplimiento del programa y su control.	Documentar el cronograma de capacitaciones de seguridad del paciente	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/08/2022	
				Fortalecer la cultura del reporte y buscar estrategias que permitan facilitar su gestión y adherencia.	Socializar el formato de reporte de eventos adversos y la metodología para la gestión de estos	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/10/2022	
				Centralizar la gestión y controlar las notificaciones relacionadas con la seguridad y definir adecuadamente metodologías de análisis.					

			Incluir al paciente con parte importante del programa.	Realizar una capacitación a los usuarios sobre seguridad del paciente a través de cualquier canal de comunicación definido en la entidad.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/11/2022		
			Revisar y ajustar la matriz de riesgos teniendo en cuenta la metodología del ministerio.	Socializar el instrumento para la actualización de los mapas de riesgos definidos por el DAFP	Asesora de Control Interno	1/07/2022	30/11/2022		
			Generar informes en relación a la gestión de la seguridad del paciente.	Dentro del acta del Comité de Seguridad del Paciente, registrar el informe de los resultados de la gestión relacionada con los eventos adversos.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
			Generar indicadores con sus fichas técnicas que permitan el monitoreo del programa.	Realizar la medición de los indicadores de Riesgos definidos en el gerencial de indicadores	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
			Buscar estrategias que permitan monitorear el seguimiento a planes de acción derivados de los anasaz y desviación de indicadores	Realizar seguimiento a las acciones de mejora de seguridad del paciente definidas en el Comité de Seguridad del Paciente como producto del análisis de los eventos presentados y dejar el registro en la respectiva acta.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	El prestador garantiza el control del riesgo asociado a los cuidados del paciente? 1. El prestador evalúa y prioriza el riesgo asociado a los cuidados del paciente (5) - Verifica la existencia, evaluación, socialización y adherencia en el servicio. - Como se hace seguimiento desde el prestador del cumplimiento de todos los protocolos y qué resultados ha dado este seguimiento? 2. El prestador tiene identificadas las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir los riesgos en la atención asociado a los cuidados del paciente? 3. El prestador implementa las buenas prácticas para la prevención del riesgo asociado los cuidados del	Se tienen adoptados los paquetes instruccionales caídas, venopunción, identificación correcta, aplicación correcta de medicamentos, protocolo de lavado de manos. - Se evidencia protocolo de venopunción debidamente estructurado, cateterismo venoso, los protocolos cuentan con las listas de chequeo para verificación, pero estos no tienen incluidos espacios para evaluación de riesgos, barreras de seguridad implementadas dentro de la atención - La matriz de riesgos del servicio de hospitalización debe ser revisada y actualizada pues muchos riesgos no están acorde con el nivel de complejidad y algunos otros riesgos no están siendo considerados dentro de esta. - Barreras: Cuenta con Tablero de identificación se marca el riesgo, cuentan mancha donde también se hace identificación del riesgo, la manilla es manual, actualmente están en buscar manillas digitales. Pero deben fortalecer todas las estrategias de identificación del riesgo y medición con - No se cuentan con espacios que permitan identificación de riesgos por que deben ser implementadas - Se evidenció la realización de rondas de seguridad pero no cuenta con cronograma. - No se evidencian indicadores de medición, ni otras actividades para el monitoreo de las mismas	Revisar y ajustar la matriz de riesgos de los servicios con el fin de identificar adecuadamente los riesgos, implementar técnica cuando aplique e implementar barreras.	Realizar la actualización de los mapas de riesgos para los procesos de acuerdo a la priorización que se vaya realizando de estos.	Líderes de procesos	1/12/2022	31/12/2023	
			Actualizar y revisar todos los protocolos asociados a cuidados del paciente donde se deje la clasificación del riesgo e implementación de barreras para su control.	Revisar y actualizar los protocolos que se requieran de acuerdo a los priorizados en la institución	Enfermera jefe - Médico Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
			Generar cronogramas para la verificación de adherencia a protocolos.	Documentar un cronograma de rondas de seguridad donde se verifique el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/08/2022		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	El prestador garantiza el control del riesgo asociado al control de las IAAS? 1. El prestador evalúa y prioriza el riesgo asociado al uso a las IAAs? como lo hace? 2. El prestador tiene identificadas las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud o mejorar los consecuencias (4)? 3. El prestador implementa las buenas prácticas administrativas y asistenciales para la prevención de infecciones asociadas a las IAAs metodología continua para educar y dar a conocer al personal las estrategias de vigilancia de IAAS. 4. El prestador realiza vigilancia pasiva y activa para la disminución de los riesgos asociados a	Se tiene identificado dentro de la matriz de riesgo el riesgo de infecciones pero de forma general - Cuenta con Manual de bioprotección actualizado a 2010, con la información general sobre las barreras y defensas para prevenir el riesgo de infecciones - Cuenta con protocolo de lavado de manos el cual se evidencia, se hizo capacitación y evaluación escrita. Refieren evaluación de adherencia a lavado de manos, se evidencia instrumento y resultado de última evaluación realizada el día 24/11/2020, la adherencia evaluada dio un resultado del 98%, No es clara la metodología de evaluación - No cuentan con comité de infecciones. Actualmente esta funcionando como parte de COVE. - La impreza de equipos está a cargo de las enfermeras. No se está haciendo auditoría a esta actividad. - Aislamientos: Cuentan con los asientos, cuentan con habitación para manejo de pacientes que requieren aislamiento. Cuenta con los dispositivos para identificar los diferentes tipos de aislamientos, además cuentan con Manual de aislamientos el cual se evidencia pero carece de codificación. - Uso racional de antibióticos: están dentro de las GPC del ministerio pero no cuenta con un manual de uso racional de antibióticos - Limpieza y desinfección es realizado por personal que recibió capacitación en químico y preparación de químicos. La supervisión del aso se hace por parte de comité de GAGAS. - Limpieza se hace supervisión por parte de la jefe. - Se evidencia acta de COVE Institucional de 12 de abril donde se hace referencia que no se ha tenido infecciones. - No se evidencian indicadores ni enfocados a medición de infecciones, ni otras actividades para el monitoreo de las mismas	Fortalecer todo lo relacionado con control de infecciones desde la identificación del riesgo hasta la implementación de controles y seguimiento a los mismos.	Documentar un cronograma de rondas de seguridad donde se verifique el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/10/2022	
			Implementar un protocolo de uso racional de antibióticos.	Documentar el protocolo de uso racional de antibióticos	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/10/2022		
			Definir las funciones claras en relación al seguimiento de infecciones se asa desde comité de seguridad del paciente (validad con dirección seccional) o en comité propio (recomendado)	Incluir dentro del Comité de Seguridad del Paciente, un item específico para registrar las acciones relacionadas con Infecciones	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	30/10/2022		
			Generar todos los indicadores e informes para el seguimiento control y generación de acciones de mejora.	Realizar la medición de los indicadores de riesgos definidos en el gerencial de indicadores	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	El prestador garantiza el control del riesgo asociado al uso de dispositivos y equipos médicos? 1. El prestador evalúa y prioriza los riesgos asociados a los dispositivos y equipos médicos? como lo hace? El prestador tiene un mapa de riesgo asociado al uso de dispositivos biomédicos? 2. Se establecen barreras necesarias para el tratamiento de los riesgos asociados a los dispositivos y equipos médicos? 3. Se capacita al personal involucrado en el manejo del mismo? 4. El prestador realiza vigilancia pasiva y activa relacionada con los dispositivos y equipos médicos? como lo hace, se hace por servicio? 5. Realizan medición y seguimiento a	Contrato: cuenta con contrato vigente con la empresa grupo telemedic y la parte de calibración con la empresa Bio Precision - Cronograma de mantenimiento: se hace dos mantenimientos al año en junio y en diciembre - Cuenta con plan de mantenimiento 2022. - No se está midiendo el indicador relacionado con los equipos biomédicos. - Matriz riesgos: no se evidencia matriz riesgos - Hoja de vida: cuenta con hojas de vida de los equipos biomédicos de materia física, se lleva un registro por carpeta y se organiza además por área. - Se hace revisión de del equipo de la bomba de infusión del área de urgencias, el último mantenimiento se realizó el 26/11/2021 - Guías rápidas de manejo: dentro las hojas de vida se encuentran las guías rápidas, además en los equipos biomédicos también están las guías rápidas donde el personal accede a estas guías. - Capacitaciones: las capacitaciones se hacen por parte de la empresa encargada de los mantenimientos, las últimas capacitaciones se realizaron el año pasado, pendiente verificar lista de asistencia. - Vigilancia activa: el año pasado hicieron 3 especies de auditorías para la revisión de los equipos biomédicos.	Se sugiere implementar un mapa de riesgos asociado al manejo de equipos biomédicos	Documentar el mapa de riesgos para el proceso de adquisición de equipos	Subdirector Administrativo	1/07/2022	31/12/2023	
			Se sugiere implementar indicadores para el seguimiento de los equipos biomédicos	Documentar el proceso de adquisición de equipos	Subdirector Administrativo	1/07/2022	31/12/2022		
			Articular dentro del manual de hc todo lo relacionado con el Software de HC	Definir indicadores dentro del proceso de adquisición de equipos.	Subdirector Administrativo	1/07/2022	30/04/2023		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	8.1 El prestador cuenta con procedimientos de manejo, custodia y archivo de historias clínicas, así mismo cuenta con software de historias clínicas y sistema de firma digital (Ley 2015/2020) (físico o digital) - Verificar el archivo de historias clínicas que cumpla la normatividad vigente, proceso de custodia, confidencialidad de historias clínicas, en caso de no contar con el software de historias clínicas validar la gestión para la transición a esta modalidad. - Verificar que el prestador cuente con manejo de historia clínica electrónica y el adecuado manejo y custodia de la historia clínicas según la	Cuentan con Xenon como software de HC que cuenta con los requisitos normativos - Cuentan con archivo físico, donde se encuentra la HC histórico, - La mayoría de documentos como Consentimientos informados se escanean y anexan a la HC. - Se evidencia manual de HC con fecha 2018 el cual está en proceso de actualización pero en general contiene los elementos generales que este debe contener.	Actualizar el manual de historias clínicas incluyendo lo relacionado con el manejo de la historia clínica electrónica	Auxiliar Administrativa - Archivo, Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	8.2 La IPSESE tiene conformado Comité de historia clínica - Verificar acta de conformación, acta últimas reuniones, revisión y seguimiento a	Se evidencia resolución de conformación comité de historias clínicas numero 1995 de año 1999, el cual debe ser ser revisado y actualizado. - Se evidencia acta de último comité el 8 de abril, está en físico, se enfoca en relación a la resolución 13280 y decreto 441, se deja comprimidos.	Actualizar la resolución de conformación del Comité de Historias Clínicas	Gerente Asesor Jurídico	1/07/2022	31/12/2022		
Auditorías externas	Savia Salud EPS	4.8 El prestador realiza evaluación la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica - Metodología de evaluación - Control de la calidad y veracidad del registro en relación a la evaluación de afiliado - Cual es el porcentaje de adherencia a la calidad del registro de la historia clínica?	No se evidencia documento metodológico para la realización de auditoría de calidad de dato - se esta realizando solo auditoria a las guías de PED y en simultánea se evalúa calidad del dato y adherencia - No se están evaluando la adherencia a otros servicios y otras guías - Las guías de PED evaluadas han tenido una adherencia del 100%	Generar documento metodológicos que soporte la auditoria de calidad de diligenciamiento de HC y/o de adherencia GPC.	Actualizar el instrumento diseñado para la realización de la auditoria de adherencia a la historia clínica que incluye los criterios de calidad	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga - Enfermera jefe	1/07/2022	31/12/2022	
			Construir herramientas de evaluación, indicadores de medición.	Continuar con la medición del gerencial de indicadores por parte de los líderes de proceso	Líderes de procesos	1/07/2022	31/12/2022		

				Muestreo estadístico- informes periódicos y retroalimentación y seguimiento a desviaciones.	Generar la muestra estadística para la realización de auditoría de adherencia a la guía de hta y guía de c/d definidos en el cronograma de auditoría interna para la práctica.	Enfermera jefe	1/07/2022	30/08/2022	
Auditorías externas	Savia Salud EPS	8.4 El prestador tiene identificadas las primeras causas de egreso o ingreso según perfil epidemiológico. 1. Existe y se encuentra implementada la metodología de adopción y adaptación de guías de práctica clínica. 2. El prestador realiza evaluación de adherencia a las guías de manejo por parte del personal asistencial y plan de mejoramiento acorde con la falta de adherencia. 3. Cual es el porcentaje de adherencia a las guías de manejo?	Se evidencia en físico resolución 115 de 11 abril de 2022 por la que se conforma el equipo institucional para la implantación de la GPC. Cuentan con resolución 119 de abril 2022 por la cual se adopta la guía y metodología de adaptación de GPC del ministerio. Desde control interno se genera cronograma de auditorías de hc donde se lleva programa la auditoría de adherencia de CON, HTA, Cales y Crecimiento y desarrollo. Se evidencia lista de chequeos de auditoría de HTA-dm donde se realiza la auditoría de calidad del dato y de adherencias con puntaje por separado cada uno con una arreica del 100%, CPN tambien con un 100% en ambos puntos. Se evidencia informe de resultado de auditoría de adherencia a guía de HTA	Generar documento metodológicos que soporte la auditoría de calidad de diligenciamiento de HC y/o de adherenci GPC.	Elaborar los informes de resultados de las auditorías de adherencia programadas en el cronograma de auditoría interna.	Enfermera jefe	1/07/2022	31/12/2022	
				Construir herramientas de evaluación, incluir la evaluación de al menos una guía pro servicios, indicadores de medición.	Actualizar el instrumento de auditoría de adherencia a las guías de pyp que se tiene establecido en la entidad con base en la resolución 3280	Enfermera jefe	1/07/2022	31/12/2022	
				Muestreo estadístico e informes periódicos y retroalimentación y seguimiento a desviaciones.	Elaborar los informes de resultados de las auditorías de adherencia programadas en el cronograma de auditoría interna.	Enfermera jefe	1/07/2022	31/12/2022	
				Revisión periódica y actualización guías a adoptar según perfil epidemiológico pro servicio.	Continuar con la metodología de implementación de guías de práctica clínica, realizando un plan de implementación a una guía de acuerdo a las identificadas en el perfil epidemiológico y definidas por el Ministerio de la Protección Social para la vigencia.	Médico de planta - Juan Carlos Arriaga	1/07/2022	31/12/2022	

COPIA CONTROLADA

