

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
<b>1.1. ORGANIZACIÓN</b>			
<b>RED DE SALUD DEL SURORIENTE E.S.E.</b>			
<b>1.2. SITIO WEB:</b>			
<b>1.3. LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL:</b> Carrera 43 No. 39-00, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.			
Si la certificación cubre más de un sitio permanente donde se realicen actividades del sistema de gestión, indicar la localización de cada uno.			
Esta columna se debe diligenciar solamente en los casos en que la organización está conformada por varias razones sociales. Razón social	Dirección del sitio permanente (diferente al sitio principal)	Localización (ciudad - país)	Actividades del sistema de gestión, desarrollados en este sitio, que estén cubiertas en el alcance
	Carrera 39 No. 39-00 Sede. Antonio Nariño	Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.	Medicina General, Odontología, toma de muestra de laboratorio clínico, Promoción y prevención, terapia respiratoria, fonoaudiología, psicología y fisioterapia .
	Carrera 47 A No. 44-74 Sede. Mariano Ramos	Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia	Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención
	Carrera 41B No. 45-100 Sede Unión de vivienda Popular	Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia	Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención.
<b>1.4. ALCANCE DE LA CERTIFICACION:</b>			

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Sede No. 1. Principal (Hospital Carlos Carmona):  
 Prestación de servicio de salud, de bajo grado de complejidad en: consulta médica general, urgencias, odontología, programas de promoción y prevención, hospitalización, partos, laboratorio clínico.

Sede No. 2. Centro de salud Antonio Nariño.  
 Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra de laboratorio clínico, Promoción y prevención, terapia respiratoria, fonoaudiología, psicología y fisioterapia ·

Sede No. 3: Puesto de Salud Unión de Vivienda Popular.  
 Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención.

Sede No. 4: Puesto de Salud Mariano Ramos.  
 Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención.

No tiene aplicabilidad el requisito 8.3, Diseño y Desarrollo.

No 1. Carlos Carmona's Hospital:  
 Provision of health services, low degree of complexity in: general medical consultation, emergency, dentistry, health promotion and prevention programs, hospitalization, childbirth, clinical laboratory.

· No 2. Antonio Nariño:  
 Provision of health services of a low degree of complexity in: General Medicine, Dentistry, taking samples for clinical laboratory analysis, Promotion and preventive care, respiratory therapy, speech pathology and audiology, psychology and physiotherapy.

· No 3. Unión de Vivienda Popular:  
 Provision of health services of a low degree of complexity in: General Medicine, Dentistry, taking samples for clinical laboratory analysis, Promotion and preventive care.

· No 4. Mariano Ramos:  
 Provision of health services of a low degree of complexity in: General Medicine, Dentistry, taking samples for clinical laboratory analysis, Promotion and preventive care.

**1.5. CÓDIGO IAF: 38**

**1.6. CATEGORIA DE ISO/TS 22003:** no aplica

**1.7. REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION:** ISO 9001:2015,

**1.8. GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN**

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
Nombre:	Alexandra Córdoba Espinal	
Cargo:	Gerente	
Correo electrónico	<a href="mailto:redsuroriente12@gmail.com">redsuroriente12@gmail.com</a>	
<b>1.9. TIPO DE AUDITORIA:</b>		
<input type="checkbox"/> Inicial o de Otorgamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input checked="" type="checkbox"/> Actualización		
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>1.10. Tiempo de auditoria</b>		
	FECHA	Días de auditoría)
Etapa 1 (Si aplica)	AAAA-MM-DD	00
Preparación de la auditoría en sitio y elaboración del plan	2018-07-03	0.5
Auditoría en sitio	2018-07-26 y 27	4.0
<b>1.11. EQUIPO AUDITOR</b>		
Auditor líder	Jairo Elías Arcila Jiménez	
Auditor	Lucy Rivera Manrique	
Auditor	Nancy Peñaranda	
Experto Técnico	No aplica	
<b>1.12. DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN</b>		
Código asignado por ICONTEC	SC-6568-1	
Fecha de aprobación inicial	2009-11-09	
Fecha de próximo vencimiento:	2018-11-01	

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
2.1. Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
2.2. Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión
2.3. Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
2.4. Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

### 3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.1. Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.
- 3.2. El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.
- 3.3. La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
- 3.4. Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
- 3.5. El equipo auditor manejó la información suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
- 3.6. Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.
- 3.7. ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1? (Se aplica solo para auditorías iniciales o de otorgamiento):  
Si  No  NA
- 3.8. Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en que fechas:  
Sede Antonio Nariño 2018-08-06  
Sede Mariano Ramos. 2018-08-06
- 3.9. En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificadas las exclusiones o requisitos no aplicables acorde con lo requerido por el respectivo referencial?  
Si  No  NA

**8.3 Diseño y desarrollo:** no aplica porque los servicios de salud se presta de acuerdo a estándares internacionales, en ninguna de las etapas, se requiere el diseñar o crear algo nuevo, para asegurar que el servicio cumple con los requisitos legales del cliente y de la organización. Adicionalmente la ausencia en su aplicación no compromete la calidad del servicio.

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

3.10. ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización?:

Si  No  NA

3.11. ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?

Si  No

3.12. ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015 ó 7.3 de la norma ISO 9001:2008), este se incluye en el alcance del certificado?:

Si  No  NA

3.13. ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:

Si  No  NA

Hospital Carlos Carmona ESE 7600102523-01

Centro de salud Antonio Nariño IPS. 7600102523-02

Puesto de salud Mariano Ramos 7600102523-03

Puesto de salud Unión Vivienda Popular IPS. Cierre temporal por remodelación. Se realiza visita a esta sede, la remodelación está realizada, se iniciaran las actividades internas para dar inicio a la prestación del servicio. Las actividades de los procesos para la atención a la comunidad no se han suspendido, se vienen realizando en las otras sedes.

3.14. ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?

Si  No

Cierre temporal sede Unión de vivienda Popular, por remodelación.

3.15. ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?

Si  No  NA

3.16. ¿Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación?

Si  No  NA .

Proceso de mantenimiento de equipos biomédicos y equipos industriales.

Alimentación. Residuos hospitalarios. Asociación gremial AGESOC (prestación de servicios)

3.17. ¿Se presentaron, durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

Si  No

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

3.18. ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

Si  No X

3.19. ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?

Si  No X NA

3.20. ¿Aplica restauración para este servicio?

Si  No X NA

3.21. Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
1	7.5.1 No se evidencia la adherencia al protocolo de lavado de manos: auxiliar de enfermería en urgencias (entre pacientes, posterior administración de medicamentos, toma de muestras de diferentes usuarios).no se evidencia la adherencia a la política de identificación del usuario, se evidencia en urgencias pediatría niño sin manilla de identificación.	Se implementaron prácticas seguras. Listas de chequeo para rondas de seguimiento a la adherencia. Socialización de los resultados de la adherencia.	SI
2	7.5.3 No se evidencia el seguimiento a los resultados de citología cervico uterina de los usuarios que se tomaron el examen en el mes de mayo.	Se establecieron mecanismos para controlar cambios de colaboradores. Verificación del formato de entrega de puestos de trabajo.	SI

**4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

**4.1 Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.**

**Direccionamiento estratégico.**

- Prestar servicios de médicos especialistas a la población que no tenga desplazamientos fuera de su entorno. Medicina interna, pediatría, nutrición etc.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

## 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Jóvenes atendiendo jóvenes. Aportando a los jóvenes ambientes saludables, crear conciencia a los jóvenes sobre
- Formando formadores comunitarios, diplomados espacios de formación y conocimiento con el fin de adquirir destrezas como agentes comunitarios que generen demanda inducida a los diferentes programas. Ahora se viene realizando en salud mental.
- La humanización. El establecimiento de una política con el fin de dinamizar la humanización en la atención.
- Productos sustitutos como son los programas de tuberculosis entrega de medicamentos en casa.

### Procesos misionales.

- Salas de espera se cuenta con persona encargada de dar orientación a los usuarios a los diferentes servicios, además aporta a realizar demanda inducida.
- Hospitalización. Buenas prácticas en la educación al paciente sobre los riesgos. Evidenciado en la entrevista con el usuario.
- Alcohol glicerinado a disposiciones en cada sala de hospitalización.
- La identificación redundante del paciente en hospitalización y urgencias.
- Horarios de administración. Horarios que no impactan el sueño al paciente en los horarios nocturnos. Son políticas de humanización.

### Laboratorio.

- Las áreas para la atención dignas para los pacientes.
- Se realizó ampliación de los horarios para la atención desde la 6 am.
- Se eliminaron filas. Sala de espera solamente para laboratorio.
- Fase analítica con adecuación en infraestructura con un área para microbiología.
- El aumento en la realización de pruebas especializadas.
- Área para toma de muestra y realización de consentimiento informado.
- La implementación de listas de chequeo que verifique las buenas prácticas en el programa.
- La referencia de muestras. Buenas prácticas en el traslado de las muestras.

### Auditoría. Controles en atención ambulatoria.

- Lista de chequeo de actividades de cumplimiento paciente en el programa desde auditoría.
- Se viene realizando trazabilidad frente a la adherencia al Triage, retroalimentación a partes interesadas.
- La gestión frente a las actividades a realizar en la historia clínica basada en la gestión clínica.

### Promoción y prevención.

- La trazabilidad para seguimiento a los niños para vacunación, citología, nutrición evidenciados en las sedes auditadas.
- Control prenatal. Los resultados obtenidos por las acciones implementadas, disminución de las pacientes adolescentes embarazadas.

### Gestión de bienes y servicios.

- El contar con el sistema de información administrativo, financiero y asistencial FFAST, desde donde se administra y controla, entre otras, las actividades de solicitud de las necesidades de las áreas, la compra, recibo, y manejo de inventarios.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

## 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- La mejora que se hizo para ofrecer un servicio más oportuno en el suministro de insumos, pasando de una sola vez en el mes a pedidos semanales por parte de los procesos más críticos de Laboratorio y el área Hospitalaria, que se administra a través de la bodega de Urgencias. Ambulatorio se mantiene con pedidos en la primera semana de cada mes. P&P y Ambiente físico hacen sus pedidos en la segunda semana, y Central de Materiales hace dos pedidos al mes y los procesos de apoyo y área administrativa, hacen sus solicitudes en la tercera semana. Esta implementación se ha hecho desde febrero de 2018, logrando como resultado pasar los promedios de entrega de 7 días a 4 días. Con tendencia a la disminución.
- La gestión que se hizo con el proveedor crítico de laboratorio Roche para dar manejo a la ley de garantías, haciendo un contrato previo de provisión de sus reactivos, asegurando la capacidad del servicio y proyectando compras desde enero, que aprovisionaran adecuadamente las necesidades de los servicios.
- Las disposiciones que se han dado para redefinir la distribución de las áreas del almacén, dejando identificado en cada anaquel los productos que allí se encuentran.
- Se logró reducir de 4 días (en 2016) en el conteo de inventario, a un día en 2018 con diferencias de faltantes de \$312.602, que equivalen al 0.46% del costo del inventario de diciembre de 2017.
- La mejora que se ha implementado para rotar los productos en los dos almacenes de Central y de Urgencias, para que la salida de productos e insumos no solo se por FIFO, sino también por control de fechas de vencimiento, acorde a lo requerido en cada caso, asegurando el buen manejo de productos, insumos, medicamentos y dispositivos médicos.

### Gestión de la información.

- El contar con un desarrollo propio para administrar las solicitudes de soporte de los usuarios de la organización "Soporte de Sistemas".
- La gestión y capacidad del proceso para desarrollar sus propias aplicaciones y herramientas, diseñadas a su medida, aportando a la mejora y eficacia del sistema de gestión para mejorar los servicios prestados.
- El control que tiene el proceso para gestionar permanentemente copias de seguridad de la información, dando seguridad a la continuidad del servicio ante eventos y ataques informáticos.
- La gestión que hace el proceso para mantener la comunicación con su comunidad a través de las redes sociales, promocionando sus servicios y ofreciendo información actualizada e importante

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*



#### 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

a la comunidad.

##### **Gestión humana.**

- Herramienta informática, del aplicativo de competencias laborales, para programar y hacer seguimiento de capacitaciones, desde los requerimientos y eficacia de las acciones para capacitaciones transversales y específicas.
- El trabajo que gestionaron con las áreas, para actualizar los perfiles de los cargos, incluyendo las responsabilidades de SGSST y los procesos disciplinarios para el nivel directivo, quedando actualizados a la fecha.
- La gestión que se está haciendo con las áreas para actualizar los procedimientos de las áreas, de lo cual se ha avanzado un 80% y se espera terminarlo este año.
- El desarrollo que se inició en abril de 2018 de una herramienta informática, para administrar la información de las capacitaciones, identificadas como necesidades en las evaluaciones de desempeño.
- El buen trabajo en equipo que se ha desarrollado en el personal del proceso, logrando avances en su gestión y aportando a la madurez de las metodologías para la mejora de las competencias del personal.

##### **Gestión del usuario. Quejas, reclamos.**

- Se cerraron las IP de servicios de café internet que asignaban citas a los usuarios y bloqueaban al hospital su disponibilidad de citas.
- Se pusieron orientadores de servicios en la sede del hospital, buscando brindar orientación a los usuarios con dificultades para el uso de las herramientas tecnológicas para acceder a citas.
- Se tiene cajas priorizadas o cajas preferencial para pacientes especiales por condiciones de salud.
- Se abrió caja para los particulares, de manera que se agilice su ingreso a los servicios.
- Se incrementó una cita más con los médicos de 10 pasaron a 11 pacientes por turno sin disminuir el tiempo de atención.
- Capacitaciones a todo el personal a través de la plataforma MOODLE como humanización de los servicios de salud.

##### **Gestión de Ambiente físico**

- El equipo que conforma el proceso Ambiente Físico, es competente y altamente comprometido

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

#### 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

con las estrategias de la entidad

- La aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a las personas, a las áreas hospitalarias y el medio ambiente, disminuyen la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

##### **Gestión Financiera.**

- Se mantiene, analiza y controla la información financiera para brindar asesoría a la gerencia en cualquier momento de manera que pueda tomar acciones frente a los recursos de la entidad.
- Se realiza análisis de costos para determinar los presupuestos y poder negociar las tarifas con los clientes.
- El Grupo de mercadeo hacen trabajo para incentivar la prestación de servicio particular dará conocer los servicios y posicionar la red.
- Equipo de APS caracterizaron toda la comuna para identificar toda la población y su tipo de régimen tenían servicio para conocer el estado de salud de la comuna y conocer el régimen de afiliación de la población.
- Para fortalecer la gestión de cartera y mejorar el flujo de caja de la institución se definió un nuevo responsable área de cartera.
- Se va a despachar una circular de cartera para las ERP y otras actividades que conllevara a incrementar el flujo de caja contribuyendo a permitir mayor oportunidad en pagos de las obligaciones institucionales.

##### **Pamec.**

- se realiza con parámetros de riesgo. Se evidencio ruta crítica estableciendo su seguimiento a realizar.

##### **Seguridad del paciente.**

- se tiene establecido en las IPS de 7 a 8 am. Capacitación de prácticas seguras. Mensualmente en las IPS. Con el fin de fortalecer y crear la cultura de seguridad.

##### **Auditorías internas.**

- Realizadas de forma integral con temas de seguridad salud en el trabajo. Ambiental hospital verde.
- Auditores internos capacitados en la norma ISO 9001:2015 con ICONTEC.

##### **Transversal a todos los procesos y sede.**

- Programa de 5 S. se evidencio buenas prácticas en el recorrido de la auditoria.
- Las historias clínica de P y P. con buenas practicas frente a paciente con riesgos.
- 

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

#### 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

##### 4.2 Oportunidades de mejora

###### Revisión por la dirección

- El resultado del análisis del contexto para que se alinee o formalice con la gestión los riesgos identificados en el proceso de direccionamiento.
- Indicador del SGC para que se realice con indicadores que cumplen la meta, no usar promedios.
- Los riesgos identificados para la gestión clasificar según su semaforización de intervención.

###### Procesos misionales.

- Establecer parámetros en la entrega de resultados. Los correctos
- Validar la conveniencia de entregar los tubos para la toma de muestra en laboratorio. Riesgo de contaminación.
- Fortalecer en la comunicación de condiciones del paciente para la toma de la muestra.

###### Hospitalización.

- Implementar equipos de respuesta rápida.

###### Terapia física.

- La matriz de riesgo establecida para que sea más específico en sus riesgos y sus acciones para mitigarlos.
- Identificar los riesgos de los equipos de tecnología biomédica en el paciente e incluirlos en la matriz de riesgo.

###### Consulta externa.

Inasistencia. Fortalecer el indicador identificando las causales que aporte a la mejora.

###### Promoción y prevención.

- Los pacientes inasistentes al programa cardiovascular reportar como indicio de atención insegura al programa de seguridad del paciente con el fin de descartar fallas en el programa (eventos o incidentes).
- Se debe implementar indicadores de gestión de los programas de P y P, por cada sede.

###### Odontología.

- La lámpara de fotocurado. Incluir en la guía rápida el caza fallas y el riesgo de fotosensibilidad.

###### Laboratorio clínico.

- Realizar el seguimiento y retroalimentación ante las órdenes médicas incompletas.

###### Auditoría. Controles en atención ambulatoria.

- Reporte de los resultados de las auditorías al programa de seguridad del paciente (se encuentran incidentes).
- La conciliación medicamentosa para que se incluya en los análisis de la gestión clínica.

###### Farmacia.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

#### 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Implementar los medicamentos LASA y alto riesgos en el almacenamiento.
- Establecer con el programa de seguridad del paciente cuales serían los medicamentos trazadores a reportar al programa (medicamentos no indicados en guías y protocolos).

##### **Odontología.**

- El indicador de tratamiento iniciados y terminados para que establezcan las metas con referentes nacionales.
- La inasistencia a la consulta odontológica para que se identifiquen las causales, aportara a establecer acciones de mejora eficaces.

##### **Gestión de bienes y servicios**

- Es conveniente que teniendo en cuenta la eficacia de las acciones tomadas para la redistribución de las áreas de almacenamiento en Almacén Central, se formalicen estos nuevos lineamientos en el procedimiento o instructivo que aplique, asegurando la continuidad en su aplicación, y fortaleciendo la gestión del conocimiento para la difusión de las buenas prácticas.
- En la gestión documental es válido que exista una instancia de registros en implementación, definiendo el periodo de validación, al cabo del tal debe evaluarse su eficacia para el control y formalizar su uso a través de algún documento que lo controle.
- En los criterios de evaluación de todos los proveedores, se puede tener un criterio de quejas, reclamos y devoluciones, que puede incluir la frecuencia de ocurrencia y en la gestión de solución, evitando el impacto en los servicios. Esta información es muy valiosa tenerla en cuenta para validar la gestión de los proveedores.
- Es necesario que se siga gestionando una herramienta que facilite hacer seguimiento puntual a cada una de las entregas para evaluar puntualmente y generar información más oportuna y objetiva.
- Es conveniente implementar un indicador que mida el impacto de compras en los servicios, buscando retroalimentaciones a través de quejas internas o no conformes, que indiquen falencias en el servicio a cuenta de suministros o servicios no suplidos oportunamente o de manera deficiente por el proceso de Bienes y Servicios.

##### **Gestión Humana**

- En lo posible se pudieran correlacionar las funciones de los cargos, con los procedimientos, instructivos o manuales donde se indique el cómo se hace, generando información más puntual en procesos de entrenamiento y para determinar competencias.
- Sería conveniente que los perfiles de cargo, de manera individual, identifiquen las versiones y año en los que se hace su actualización, como referente para validar la pertinencia de las competencias del personal y sirva de fuente adicional para identificar oportunidades de actualizaciones a los colaboradores.

##### **Gestión del usuario. Quejas, reclamos.**

- Es importante registrar las situaciones que les afecten la gestión en el día a día de tal manera que a través del análisis determinen si son riesgos (como por ejemplo cuando falta un líder, o cuando los líderes demoran las respuestas a las quejas de los clientes), buscando que se determinen acciones frente a los riesgos materializados.
- Es importante fortalecer la metodología de riesgos buscando que se mantenga en el proceso la dinámica de registrar riesgos cuando revisa los resultados de las quejas y reclamos (Demanda

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

insatisfecha y Demanda no atendida), no se han documentado en la matriz como riesgos.

- Se debe mejorar el análisis de los datos resultantes de las quejas y reclamos, buscando identificar oportunidades para mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Se debe mejorar la identificación de los indicadores asociados a disminuir las estadísticas históricas de las tres causales repetitivas.

**Gestión de Ambiente físico**

- Se deben formalizar los planes de acción resultantes de los controles de plagas por proveedor externo.
- Es importante saber identificar la fecha de vencimiento de los agroquímicos aplicados y mantener un seguimiento a los planes que resultan de las visitas de inspección.
- Es importante que RH S.A.S., proveedor de disposición de residuos peligrosos, les entregue la certificación de la disposición final de los residuos biosanitarios.

**Seguridad del paciente.**

- Establecer tabla de Mando con los indicadores de adherencia a las Prácticas seguras aportara tener una trazabilidad de la información y su tendencia en tiempo.
- La higiene de manos trabajar con los momento su tendencia.

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION**

**5.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado**

5.1.1. Incluir las reclamaciones o quejas validas del cliente en los sistemas de gestión que aplique durante el último año.

Número de quejas o reclamaciones	Principal causa	Acciones tomadas
2017 182 quejas Reclamos 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cerraron las IP de servicios de café internet que asignaban citas</li> <li>• Se pusieron orientadores de servicios en la sede del hospital.</li> <li>• Se tiene cajas priorizadas o cajas preferencial para pacientes especiales</li> <li>• Se abrió caja para los particulares</li> <li>• Se incrementó una cita más con los médicos de 10 a 11</li> <li>• Capacitaciones a todo el personal a través de la plataforma MOODLE como humanización de los servicios de salud.</li> <li>• Reuniones mensuales de los líderes con su grupo de trabajo para revisar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizaron acciones puntuales.</li> <li>• Atención el tiempo de atención de 15 a 20 minutos</li> <li>• se realizó bloqueo de las IP que generaban y bloqueaban las agendas.</li> </ul>

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION**

	<p>las condiciones de los servicios. Oportunidad en la asignación de citas médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanización en la atención.</li> <li>• Falta de información adecuada y oportuna al usuario frente al servicio que requiere.</li> </ul>	
<p>2018 a julio 31 107 2 reclamos y 11 sugerencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas.</li> <li>• Humanización en la atención.</li> <li>• Falta de información adecuada y oportuna al usuario frente al servicio que requiere. 46 solicitudes</li> <li>• Humanización con 30 solicitudes</li> <li>• Accesibilidad con 15</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cerraron las IP de servicios de café internet que asignaban citas</li> <li>• Se pusieron orientadores de servicios en la sede del hospital.</li> <li>• Se tiene cajas priorizadas o cajas preferenciales para pacientes especiales por condiciones de salud.</li> <li>• Se abrió caja para los particulares</li> <li>• Se incrementó una cita más con los médicos de 10 a 11</li> <li>• Capacitaciones a todo el personal a través de la plataforma MOODLE como humanización de los servicios de salud. Reuniones mensuales de los líderes con su grupo de trabajo para revisar las condiciones de los servicios.</li> </ul>
<p>Análisis</p>	<p>En la comparación de los resultados del primer semestre del 2017 frente al 2018 se ha incrementado las quejas debido a :                  Se ha ampliado en población,                  Se aumentado régimen contributivo, Se incrementó los accidentes de tránsito.                  Se está atendiendo seguro estudiantil.                  La población que atiende la móvil y la población venezolana.</p>	

- Encuesta de satisfacción se aplica en las 3 IPS al finalizar la prestación del servicio. El formato encuesta de satisfacción del usuario tiene listado los servicios ofrecidos, se aplica mensual, se tiene definido la metodología para determinar el tamaño de muestra. I-CM-GC-001 V01 marzo 2017 / GD-1000-150
- El promedio total de satisfacción del 2017 fue de 95% Meta=90%

5.1.2. Incluir la ocurrencia de incidentes (accidentes o emergencias) en los sistemas de gestión que aplique y explique brevemente como fueron tratados: NO SE HA PRESENTADO

5.1.3. En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento ES-R-SG-001 eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente como fueron atendidas. No se han presentado.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

5.1.4. ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)?  
 Si  NoX NA

5.1.5. Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados? :  
 Si X No

5.1.6. ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar ES-P-SG-02-A-001)  
 Si X No .

**5.2. Relación de no conformidades detectadas durante el ciclo de certificación**

El ciclo de certificación inicia con una auditoría de otorgamiento o renovación, a partir de esta indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades.

Auditoría	Número de no conformidades	Requisitos
Otorgamiento / Renovación	4	8.5.1c, 8.2.1c, 7.2 b y d, 7.1.3 b y d
1ª de seguimiento del ciclo	0	-
2ª de seguimiento del ciclo	0	-
Auditorías especiales (Extraordinaria, reactivación, ampliación )	-	-

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las Auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación?  
 Si  No X NA .

**5.3 Análisis del proceso de auditoría interna**

Las auditorías internas realizadas por auditores competentes.  
 El programa y su planificación es realizadas con las orientaciones de la norma ISO 19011.

- Programa de auditorías.
- Criterios de auditorías frente a la norma. Frente a las normas mencionadas.
- Se evidencio listas de verificación para cada uno de los procesos auditados.
- Competencia de los auditores internos.
- Horas adecuadas para las auditorias en los procesos.
- Encuesta evaluación de los auditados a las auditorias y auditores.

**5.4 Análisis de la revisión del sistema por la dirección**

La organización realiza la revisión por la dirección. se cumple con todas la entradas que solicita la norma ISO 9001:2015

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

Se realiza presentación donde se describe las actividades realizadas según las entradas de la revisión por la dirección. No se tiene entradas adicionales.

Conclusiones del sistema de gestión de calidad específico en conveniencia, adecuación y eficacia.

Cambios que pueden afectar el SGC y las acciones establecidas para mitigarlos.

**6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION**

6.1. ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)?

Esta condición se debe verificar en todas las auditorías (otorgamiento, seguimiento y renovación)

Si X No  NA .

6.2. ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y el Manual de aplicación ES-P-GM-01-A-011?

Si X No  NA .

6.3. ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?

Si  No X NA

6.4. ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)

Si X No .

**7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS**

¿Se presentaron no conformidades mayores? SI  NO X

¿Se presentaron no conformidades menores de la auditoría anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoría? SI  NO X

¿Se presentaron no conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente fueron revisadas durante la complementaria? SI  NO X

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*



# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



## 7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS

En caso afirmativo diligencie el siguiente cuadro:

Fecha de la verificación complementaria: NO APLICA

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
<b>No conformidades mayores identificadas en esta auditoría</b>			
	No aplica		
<b>No conformidades pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron</b>			
	No aplica		
<b>No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas</b>			
	No aplica		

## 8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001

	SI	NO
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión		
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión		
Se recomienda <b>renovar</b> el certificado del Sistema de Gestión	X	
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión		
Se recomienda reducir el alcance del certificado		
Se recomienda reactivar el certificado		
Se recomienda <b>actualizar</b> el certificado del Sistema de Gestión	X	
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación		
Se recomienda suspender el certificado		
Se recomienda cancelar el certificado		
<b>Nombre del auditor líder:</b> <i>Jairo Elias Arcila Jiménez</i>	Fecha	2018 08 30

## 9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002 (Adjuntar el plan a este formato)	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión	
Anexo 3	Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas Aceptación de la organización firmada.	X

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



## ANEXO 1

PLAN DE AUDITORIA (ver anexo al final)

## ANEXO 2

No aplica.

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*

**ANEXO 3 - CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.**

- Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2018-08-25.
- Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptadas por el auditor líder el 2018-08-28. **Ver anexo.**

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



EMPRESA:	<b>RED DE SALUD DEL SURORIENTE E.S.E.</b>		
Dirección del sitio:	Sede.1 Principal: Carrera 43 No. 39-00, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia. Sede. Antonio Nariño, Carrera 39 No. 39-00, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia. Sede. Mariano Ramos: Carrera 47 A No. 44-74, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia. Sede Unión de vivienda Popular. Carrera 41B No. 45-100, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.		
Representante de la organización:	Alexandra Córdoba Espinal		
Cargo:	Gerente	Correo electrónico	<a href="mailto:redsuroriente12@gmail.com">redsuroriente12@gmail.com</a>
Alcance:			
<p>Sede No. 1. Principal (Hospital Carlos Carmona):                      Prestación de servicio de salud, de bajo grado de complejidad en: consulta médica general, urgencias, odontología, programas de promoción y prevención, hospitalización, partos, laboratorio clínico.</p> <p>Sede No. 2. Centro de salud Antonio Nariño.                      Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra de laboratorio clínico, Promoción y prevención, terapia respiratoria, fonoaudiología, psicología y fisioterapia ·</p> <p>Sede No. 3: Puesto de Salud Unión de Vivienda Popular.                      Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención.</p> <p>Sede No. 4: Puesto de Salud Mariano Ramos.                      Prestación de servicios de salud de bajo grado de complejidad en: Medicina General, Odontología, toma de muestra Laboratorio clínico, Promoción y prevención.</p>			
CRITERIOS DE AUDITORÍA ISO 9001:2015 + la documentación del Sistema de Gestión			
Tipo de auditoría : <input type="radio"/> INICIAL U OTORGAMIENTO <input type="radio"/> SEGUIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> <b>RENOVACION</b> <input type="radio"/> AMPLIACIÓN <input type="radio"/> REDUCCIÓN <input type="radio"/> REACTIVACIÓN <input type="radio"/> EXTRAORDINARIA <input checked="" type="checkbox"/> <b>ACTUALIZACIÓN</b>			
Aplica toma de muestra por multisitio: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Existen actividades/procesos que requieran ser auditadas en turno nocturno: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
<p>Con un cordial saludo, enviamos el plan de la auditoría que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indicar en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo al correo electrónico del auditor líder. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoría le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas/procesos/actividades que serán auditadas.</p> <p>Para la reunión de apertura le solicitamos disponer de un proyector para computador y sonido para video, si es necesario, (sólo para auditorías de certificación inicial y actualización).</p>			

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoría y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios para el equipo auditor.

La información que se conozca por la ejecución de esta auditoría será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor de ICONTEC.

El idioma de la auditoría y su informe será el español.

Los objetivos de la auditoría son:

Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.

Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.

Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.

Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

Las condiciones de este servicio se encuentran indicadas en el Reglamento de certificación de sistemas de gestión R-SG-001.

Auditor Líder:	Jairo Elías Arcila Jiménez - JEAJ	Correo electrónico	<a href="mailto:jarcila@icontec.net">jarcila@icontec.net</a>
Auditor:	Lucy Rivera Manrique	Auditor	Nancy Peñaranda
Experto técnico:	NO APLICA		

Fecha/ Sitio (si hay más de uno)	Hora de inicio de la actividad de auditoría	Hora de finalización de la actividad de auditoría	PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR Requisitos ISO 9001:2015	EQUIPO AUDITOR	CARGO Y NOMBRE (Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría)
<b>2018-08-06</b>	08:00	08:15	Reunión de apertura	<b>JEAJ</b>	Todas las personas entrevistadas en la auditoría
Sede principal. Hospital Carlos Carmona	08:15	10:00	<b>Proceso de direccionamiento estratégico. Análisis del contexto. Partes interesadas.</b> Requisitos ISO 9001:2015: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1.1, 7.4, 9.3	<b>JEAJ</b>	Alexandra Córdoba Gerente
	10:00	12:00	<b>Hospitalización (urgencias y hospitalización)</b> 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Lina Marcela Escobar Líder de atención Hospitalaria
	08:15	10:00	Gestión del usuario. Quejas, reclamos. 8.2, 9.1.2	<b>LRM</b>	Juan Carlos Cruz Líder de atención al usuario
	10:00	12:00	Gestión de ambiente físico 7.1.3, 7.1.5, 7.1.4	<b>LRM</b>	Mónica Cortés Líder de Gestión del ambiente físico
	08:15	10:00	gestión de bienes y servicios.8.4	<b>NP</b>	Rocío Camargo Líder de gestión de bienes y servicios.
	10:00	12:00	Gestión de la información. 7.4, 7.5, 8.2	<b>NP</b>	Rubén Flórez Líder de gestión de la información

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



			Receso		
Centro de salud Antonio Nariño	13:00	14:30	Promoción y prevención-terapia física. Fonoaudiología, psicología. . 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Betty Mellizo Líder de PYP
Puesto de salud Mariano Ramos	14:30	16:00	Promoción y prevención. . 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Betty Mellizo Líder de PYP
	13:00	15:00	gestión financiera. 7.1	<b>LRM</b>	Tulio Martinez Líder de Gestión financiera
	13:00	15:00	Gestión humana. 7.2, 7.3	<b>NP</b>	Norma ballesteros Líder de talento humano
<b>2018-08-07</b>	08:00	10:00	Apoyo diagnóstico. Laboratorio clínico. . 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Diego Londoño Líder de Apoyo Diagnostico
Sede principal. Hospital Carlos Carmona	10:00	11:00	Atención ambulatoria. Consulta externa. . 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Jhon Murillo Líder de atención hospitalaria
	11:00	12:00	Atención ambulatoria. Odontología. 8.1, 8.5, 8.6, 8.7	<b>JEAJ</b>	Jhon Murillo Líder de atención hospitalaria
	13:00	15:30	Pamec. Seguridad del paciente. Riesgos. Auditorías internas. 8.1, 8.2, 6.1 , 9.0, 10 Este espacio aplica si no fue posible evaluar los siguientes aspectos durante la auditoria de los procesos y/o actividades: Verificación de procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación Verificación del uso del logo en los diferentes medios de publicidad usados por la organización. (El auditor debe verificar en página web, brouchure, papelería, etc...en cualquier momento de la auditoria) Preparación informe de auditoría y retroalimentación con el Representante de la Dirección	<b>JEAJ</b>	Maria Fernanda Murillo Seguridad del paciente, calidad
	15:30	16:30	Balance auditoria, elaboración del informe.		Auditor líder y equipo auditor.
	16:30	17:00	Reunión de cierre		
<b>Observaciones:</b>					

Condiciones de la auditoría: En cada proceso se verificará la aplicación de los siguientes requisitos enunciados en la norma ISO 9001:

4.4 Sistema de gestión de calidad y sus procesos.

5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.

7.5 Información documentada.

9.1.3 Análisis y evaluación.

10. Mejora.

P: 4.4, 5.2, 5.3, 6, 7.4, 7.5

V: 9.1.1, 9.1.3

A: 10

La duración de las entrevistas puede variar dependiendo del tema y hallazgos de la auditoría.

Condiciones logísticas:

Condiciones de seguridad y salud en el trabajo para el equipo auditor:

Por favor asegurar la disponibilidad o notificar la necesidad de los elementos de protección individual que requiere el equipo auditor para el desarrollo de la auditoría.

Por favor disponer de puestos de trabajo adecuados para el trabajo del equipo auditor.

Fecha de emisión del plan de auditoría:	2018-07-30
---	------------

- 1- Proceso de direccionamiento estratégico. Análisis del contexto. Partes interesadas. Requisitos ISO 9001:2015: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1.1, 7.4, 9.3
- 2- Gestión del usuario. Quejas, reclamos. 8.2, 9.1.2
- 3- Hospitalización 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 4- Urgencias. 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 5- terapia física. Fonoaudiología, psicología. . 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 6- Promoción y prevención. . 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 7- Apoyo diagnóstico. Laboratorio clínico. . 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 8- Atención ambulatoria. Consulta externa. . 8.1,8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 9- Atención ambulatoria. Odontología. 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7
- 10- Gestión de ambiente físico 7.1.3, 7.1.5, 7.1.4
- 11- gestión de bienes y servicios.8.4
- 12- Gestión de la información. 7.4. 7.5, 8.2
- 13- gestión financiera. 7.1
- 14- Gestión humana. 7.2, 7.3
- 15- Pamec. Seguridad del paciente. Riesgos. Auditorías internas. 8.1, 8.2, 6.1 , 9.0, 10



<b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>		<b>No.</b> 1 de XX		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC-ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.5.1 c)</td> </tr> </table>	Requisito(s):	8.5.1 c)
Requisito(s):				
8.5.1 c)				
<p><b>Descripción de la no conformidad:</b>            La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.            Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <p>c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;</p>				
<p><b>Evidencia:</b>            Paciente en el servicio de urgencias con antecedente de isquemia cardiaca historia clínica No. 15423454, en la historia clínica no se evidencio la conciliación medicamentosa.</p>				
<b>Corrección</b>	<b>Evidencia de Implementación</b>	<b>Fecha</b>		
Socialización del hallazgo con el equipo de trabajo para reforzar el concepto de conciliación medicamentosa	Acta de reunión equipo medico	14 de agosto		
<p><b>Descripción de la (s) causas (s)</b>            (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...).</p> <p>Porque el médico es un rural nuevo.            Porque no se tenía claridad en el concepto de conciliación medicamentosa en el momento de realizar la historia clínica.            Porque el estado clínico y la sintomatología de evento coronario genero prioridad en la atención y confirmación del diagnostico.</p>				

<b>Acción correctiva</b>	<b>Evidencia de Implementación</b>	<b>Fecha</b>
<b>Refuerzo de conciliación medicamentosa con el equipo medico</b>	<b>Ver acta</b>	<b>14 de agosto</b>
<b>Auditorias aleatorias a historias clínicas en urgencias.</b>	<b>Ver historias clínicas.</b>	<b>28 de agosto</b>

<b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>		<b>No.</b> 1 de XX		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC-ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.2.1 c)</td> </tr> </table>	Requisito(s):	8.2.1 c)
Requisito(s):				
8.2.1 c)				
<b>Descripción de la no conformidad:</b> obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes.				
<b>Evidencia:</b> Reclamo del 29 de junio 2018 de usuaria de Emssanar EPS, Camila Rodríguez, con cita programada para las 3:30 pm, llegó 3pm y se atendió 4:17, en el Servicio Odontología. No se evidenció la respuesta dada hasta por falta del líder del proceso.  Nota: cuando se presentó la situación no había líder de proceso, a la fecha ya hay líder pero es una persona distinta y aun no se da respuesta.				
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha		
<i>Se cierra queja registrada por la usuaria Camila Rodríguez</i>	Registro de cierre Base de datos PQRSF			
<b>Descripción de la (s) causas (s)</b> (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porqués, espina de pescado, etc...). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Porque la queja no tenía una respuesta del líder de atención ambulatoria.</i></li> <li>• <i>Porque no había líder del proceso en el momento que se registro la queja.</i></li> <li>• <i>Porque la persona a cargo del proceso no reviso la plataforma a tiempo.</i></li> <li>• <i>Porque no se redirecciono la queja a la Jefe de los procesos misionales la Dra. Sandra Cardona para solucionar a tiempo.</i></li> <li>• <i>Porque no se hizo un seguimiento oportuno por parte del SIAU para tomar acciones dado la no respuesta del proceso.</i></li> </ul>				
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha		
<i>Se identificaron las quejas por causales y líderes de proceso</i>	Registro acta			
<i>Revisar los primeros cinco días del mes las evidencias de cierre de las PQRS.</i>	Registro acta			



<b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>		<b>No.</b> 1 de...		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.2 b y d</td> </tr> </table>	Requisito(s):	7.2 b y d
Requisito(s):				
7.2 b y d				
<b>Descripción de la no conformidad:</b>  <p>La organización presenta falencias para :</p> <p>b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas;</p> <p>d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.</p>				
<b>Evidencia:</b>  <p>Se reportan los siguientes casos, donde se hacen evidentes fallos para demostrar la competencia del personal involucrado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nelcy Fernández Castro Auxiliar área de la salud Atención ambulatoria. Ultimo registro de seguimiento al desempeño, aplicada en 31-12-2016, incluyendo el periodo del 2016, Nombramiento provisional desde 1 julio 2015 a la fecha. No se encuentran registros de los seguimientos al cumplimiento de evaluación de desempeño del 2017 y 2018.</li> <li>YeimiYuliana Mondragón Rendón. Profesional Enfermera de servicios de social Obligatoria – Está reemplazando a la enfermera que está en licencia de maternidad. Para ella se identifica que cumple 9 de los 12 requisitos establecidos en el perfil del cargo, pero no se facilita trazar cuales son los requisitos que se cumplen ni los soportes de su cumplimiento.</li> </ol>				
<b>Corrección</b>	<b>Evidencia de Implementación</b>	<b>Fecha</b>		
1. La Resolución 565 del 2015, determina que las personas que deben ser evaluadas son las que se encuentran inscritas en carrera administrativa.	La Resolución 565 del 2017			
2. Reunión con el equipo de talento humano y subgerente científica para implementar el programa de competencias.	Ver acta	15/08/2018		

**Descripción de la (s) causas (s)**

(Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porqués, espina de pescado, etc...).

**Caso 1**

- La Ley 909 del 2004 de Carrera Administrativa y el Decreto 565 de 2017 de Evaluación de Desempeño, estipulan que solo las personas inscritas en carrera administrativa están sujetas a la Evaluación del Desempeño, ordenada por la Comisión Nacional de Servicio Civil.
- Porque la señora Nelcy Fernández, ostenta un nombramiento provisional y no está inscrita en el registro público.
- Revisada su hoja de vida se verifica no ha participado en las convocatorias. Sin embargo, se tiene conocimiento que está inscrita en la primera convocatoria de las Empresas Sociales del Estado 426-2016.

**Caso 2.**

- Porque no se anexo a la hoja de vida el formato lista de chequeo del listado de documentos
- Porque no se realizo el seguimiento al colaborador para completar los documentos pendientes
- Porque no se realizo una revisión de hojas de vida adecuada por parte del personal encargado
- Porque la auditoría interna es una muestra y no se identifico el hallazgo
- Porque falta adherencia al instructivo de hoja de vida de los colaboradores (o de vinculación de personal)

<b>Acción correctiva</b>	<b>Evidencia de Implementación</b>	<b>Fecha</b>
<b>Implementar programa de competencias para el personal de planta y agremiados</b>	<b>Ver acta</b>	<b>16/08/2018</b>

<b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>	<b>No.</b> 2 de ...
---------------------------------------	------------------------

- No - Conformidad Mayor  
 No - Conformidad Menor

Norma(s):  
 NTC ISO 9001:2015

Requisito(s):
7.1.3 b y d

**Descripción de la no conformidad:**

La organización tiene falencia para determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.

NOTA La infraestructura puede incluir:  
 b) equipos, incluyendo hardware y software;  
 d) tecnologías de la información y la comunicación.

**Evidencia:**

No se cuenta con un programa de mantenimiento preventivo que garantice la capacidad de los procesos para la oportuna y adecuada prestación de los servicios.

Se cuenta con una herramienta para administrar las solicitudes de mantenimiento de equipos de cómputo de los usuarios de la red de informática. Se encuentra que desde el mes de abril de 2018, no se está quedando registro en el cuadro de "Reporte de solicitudes de mantenimiento", las fechas del reporte y de solución.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Se implementa cronograma de mantenimiento preventivo	Ver cronograma de mantenimiento preventivo	08/08/2018

**Descripción de la (s) causas (s)**

(Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porques, espina de pescado, etc...).

- Se cuenta con una herramienta para administrar las solicitudes de mantenimiento de equipos de cómputo de los usuarios de la red de informática.
- Se encuentra que desde el mes de abril de 2018, no se está quedando registro en el cuadro de "Reporte de solicitudes de mantenimiento", las fechas del reporte y de solución.
- Porque es un proyecto en desarrollo aprobado por la Gerencia asignado a Sistemas.
- Porque adquirir un software del mercado no cumplía con los requerimientos internos y tenía altos costos.
- Porque se está haciendo un software propio para la institución en desarrollo por personal de sistemas.
- Porque se está parametrizando el desarrollo con los requerimientos institucionales.

<b>Acción correctiva</b>	<b>Evidencia de Implementación</b>	<b>Fecha</b>
<b>Se crea formato para registro de solicitudes de acción preventiva</b>	<b>Ver formato FGL-009V01 AGOSTO 2018 GD -308</b>	<b>08/08/2018</b>



**RESULTADOS DE AUDITORÍA:**

Número de no conformidades detectadas en esta auditoría: ( 0 ) Mayores ( 4 ) menores

Número de no conformidades pendientes que no se cerraron en esta auditoría: ( 0 ) menores  
( ✓ ) N.A.

Plazo para la entrega de propuesta de corrección y acción correctiva (de acuerdo con lo establecido en el ES-R-SG-01) hasta : 2018-08-15

Fecha tentativa de verificación complementaria, cuando aplique N/A aplica

**ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:**

Declaro que los servicios previstos fueron integralmente ejecutados y soy consciente de los resultados obtenidos.

La organización acepta la (s) no conformidad (es) reportada (s) en el presente informe y se compromete a presentar los planes de acción en los tiempos establecidos en el reglamento de certificación ES-R-SG-001.

En caso de no aceptarse alguna no conformidad relacione el número de la no conformidad Ninguna y el requisito al que fue reportada Ninguno. En este caso la organización deberá solicitar una reposición dirigida al Jefe de certificación de sistemas de gestión.

Nombre Representante de la dirección:

Sandra Cardona

Firma:

