



PROCESO	AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS	CÓDIGO	AIFT06
FORMATO	FICHA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN	1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO		
NIT DE LA ENTIDAD	890.200.500	DV	9
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	AURA ISABEL OROZCO VEGA		
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	56.075.531		
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD	Calle 45 No. 7-04		
TELÉFONOS	6059112 Extensión 105		
FAX			
CORREO ELECTRÓNICO	controlinterno@hospitalancamillo.gov.co		
FORMA POR LA CUAL SE DETECTÓ EL HALLAZGO	Auditoría Integral		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	15/03/2017	NURC DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	2-2017-019782
NOMBRE DE QUIEN EVALUA EL PLAN DE MEJORA	MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ	FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	31/12/2018

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO									SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación								
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital San Camilo no tiene Revisor Fiscal	Actualización de la estructura organizacional de la E.S.E	Actualización de la estructura organizacional de la E.S.E y presentación ante junta directiva para su aprobación.	Proceso de Selección	Anual	Aura Isabel Orozco Vega	15/03/2017	31/12/2017	Acuerdo No. 12 Estructura Organizacional.	La Actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	21/06/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital San Camilo NO TIENE LIBRO DE Actas registrado en la Secretaría de Salud, para las vigencias 2014,2015,2016	Gestionar el registro del libro de actas de Junta Directiva, ante la Secretaría de Salud Departamental	Presentar ante la Secretaría de Salud Departamental el libro de Actas de Junta Directiva de la ESE para su radicación y posterior uso	Libro de actas registro	Registrar el libro de actas	Aura Isabel Orozco Vega	15/03/2017	30/06/2017	Radicación Libro de Actas Junta Directiva.	La Actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	16/04/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE no aporta el mapa de riesgos	Realizar la identificación de los riesgos institucionales	Establecer cronograma para la identificación, valoración, tratamiento, una vez identificados proceder a la publicación en la página web de la entidad con sus respectivo seguimiento a los riesgos establecidos en los procesos. Además actualizar el procedimiento Gestión del Riesgo Institucional	Mapa de riesgos institucional publicado	construcción del mapa de riesgo institucional	Olga Lucia Mantilla Uribe - D	15/03/2017	31/12/2017	MATRIZ DEL RIESGO HPSC - 2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
HALLAZGO LEVANTADO																
FINANCIERA	A la fecha de la visita pesa sobre los bienes inmuebles un embargo del Municipio de Bucaramanga por pago de impuesto predial Resolución 603de 2016, situación que fue notificada al hospital en septiembre de 2016 y sobre la que ya se solicitó revocatoria de la resolución mediante escrito radicado el 4 de noviembre de 2016, al invocar la exención de la que gozan los bienes públicos por ser de uso con fines sociales, esta situación podría ocasionar una presunta pérdida de recursos por intereses de mora para poder elevar el desembargo de estos bienes, lo anterior incumplió se presuntamente las disposiciones del artículo 6-7 de la ley 610 de 2000.	Realizar acciones que permitan establecer un acuerdo de pago y así conseguir el levantamiento de las medidas cautelares que hoy tiene el bien de la E.S.E	Conciliaciones con la secretaria de Hacienda Municipal que permitan establecer un acuerdo de pago entre la E.S.E. y la Secretaría de Hacienda Municipal	%total Pagado / total obligación	100% OBLIGACIONES CANCELADAS	Magda Farina Mancilla - Jefe	15/03/2017	31/12/2017	Pago Impuesto Predial	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	10/02/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	La entidad realizó el pago total del impuesto predial en fecha 10 de febrero de 2017
FINANCIERA	No fue posible determinar los soportes de los avalúos técnicos correspondientes a la propiedad planta y equipo. En el documento soporte del registro de la utilidad 2014 se indica que la variación de \$734.038 miles en edificaciones, entre 2014 y 2015, se soporta en estudios presentados por Avalúos Calderón, la falta de documentación soporte genera un presunto incumplimiento a los lineamientos señalados por el PGCP Literal 9.2.1 Nociónes 337-338-339	Realizar las gestiones necesarias que permitan determinar los avalúos técnicos correspondiente a la Propiedad Planta y Equipo	contratación de un experto que realice los actualización del avalúo a la propiedad y equipo de la E.S.E.	actualización de avalúo	100% SOPORTES EN	Magda Farina Mancilla - Jefe	15/03/2017	31/12/2017	Certificación Avalúo Técnico	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Teniendo en cuenta la Certificación expedida po la Jefe de la Oficina Financiera, no se hace necesario la contratación de un experto que realice la actualización del avalúo a la planta y equipo de la E.S.E.

FINANCIERA	Al efectuar pruebas de auditoría a los balances entregados al grupo de auditores, se evidencia que el saldo registrado en la cuenta valorizaciones, no ha sido actualizado con los respectivos avalúos, tal como lo determina el manual de procedimientos contable, el saldo de la vigencia 2011 asciende a la suma de \$34.303.418 miles, saldo que corresponde a las vigencias auditadas, lo cual se puede determinar la falta de actualización de la propiedad planta y equipo, esta situación presuntamente infringe las disposiciones contenidas por el libro II manual de procedimientos contables la frecuencia de las actualizaciones de propiedad planta y equipo debe efectuarse con periodicidad de 3 años. C21	VERIFICAR LA ACTUALIZACIÓN DE LOS AVALUOS PARA LA VIGENCIA 2016	VERIFICAR LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ACTUALIZACIÓN EN AVALUOS Y DETERMINAR NECESIDAD DE SU ACTUALIZACIÓN PARA LA VIGENCIA 2016	% DE INCREMENTO CUENTA VALORIZACIONES SOBRE VALOR TOTAL DEL AVALUO TÉCNICO	AVALUO TÉCNICO ACTUALIZADO PARA LA VIGENCIA 2016	Magda Farina Mancilla - Jefe	15/03/2017	31/12/2017	Balance de Prueba Valorizaciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
FINANCIERA	La entidad generó una provisión de litigios y demandas que asciende a la suma de \$1.403.933 miles saldo que viene de la vigencia 2014, el soporte entregado por parte del departamento jurídico de la entidad permitió establecer que existen actualmente de 18 procesos que ascienden con cuantía estimada a la suma de \$10.333.447 miles, lo que indica que presuntamente la entidad cuenta con gastos subestimados los cuales deben ser ajustados a la realidad económica de la entidad conociendo las probabilidades de fallo por cuanto el saldo de los estados contables para las provisiones por este tipo de contingencias no ha presentado variación alguna, lo anterior incumple las disposiciones contenidas en el PGCP principio de prudencia Notación 120 * En relación con los ingresos, deben contabilizarse únicamente los realizados durante el periodo contable y no los potenciales o sometidos a condición alguna. Con referencia a los gastos deben contabilizarse no solo en los que se incurre durante el periodo contable, sino también los potenciales, desde cuando se tenga conocimiento, es decir, los que supongan riesgos previsible o pérdidas eventuales... y la notación 120 razonabilidad de los estados contables.	REALIZAR PROVISIONES POR CONCEPTO DE CONTINGENCIAS JUDICIALES.	PROVISIONAR DE FORMA SEMESTRAL Y/O ANUAL LAS DEMANDAS QUE SE ENCUENTREN ÚNICAMENTE EN FALLO CONDENATORIO DE PRIMERA INSTANCIA	% VALOR PROVISIONADO POR CONTINGENCIAS JUDICIALES CON FALLO CONDENATORIO EN PRIMERA INSTANCIA SOBRE VALOR TOTAL DE CONTINGENCIAS JUDICIALES.	PROVISIONAR 100% CONTINGENCIAS JUDICIALES CON FALLO CONDENATORIO EN PRIMERA INSTANCIA	Magda Farina Mancilla - Jefe	31-03-2017	31/12/2017	Contingencias Procesos Judiciales	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
FINANCIERA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, en la elaboración y presentación de las notas a los Estados Financieros de las vigencias 2014 y 2015, no dió total cumplimiento a los criterios técnicos que deben observarse para el reconocimiento, medición, presentación y revelación de los hechos económicos por parte de las empresas bajo el ámbito de aplicación del Régimen de Contabilidad Pública libro II literal 9.3.1.2 Notación 375.	REVELAR INFORMACION CLARA CONCISA EN LAS NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ENTIDAD.	PLASMAR EN LAS NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS INFORMACION SUFICIENTE, LA CUAL PERMITA UNA ADECUADA INTERPRETACION DE LA SITUACION FINANCIERA DE LA ENTIDAD	% DE HECHOS ECONÓMICOS REVELADOS EN LAS NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS CLAROS Y CONOCISOS PARA UNA ADECUADA INTERPRETACION	REVELACION DE LOS HECHOS ECONÓMICOS CLAROS Y CONOCISOS PARA UNA ADECUADA INTERPRETACION	Magda Farina Mancilla - Jefe financiera	15/03/2017	31/12/2017	ESTADOS FINANCIEROS ESE H.P. SAN CAMILO A DICIEMBRE 31 DE 2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
FINANCIERA - CARTERA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, en la adopción del Manual y Reglamento de Recaudo de Cartera Código AP-GFI-ML-03, versión 01, del 17 de diciembre de 2015, no dió cumplimiento a lo establecido en sus propios estatutos (Acuerdo 3 de 2006), ni en el numeral 7° del artículo 11 del Decreto 1876 de 1994, en el sentido hacerlo aprobar por la Junta Directiva para la posterior adopción a través del acto administrativo emanado de la gerencia, ni a el numeral 1° del Artículo 2° de la ley 1066 de 2006.	Revisar los requerimientos legales para implementación del Manual y Reglamento de Recaudo de Cartera existente en la entidad	Revisión y ajuste del manual y reglamento de recaudo y cartera de la entidad	Manual ajustado a los requisitos legales para su implementación	Realizar el ajuste del manual de acuerdo a los requisitos legales para su implementación	Comité de Cartera - Coordinador de Cartera	15/03/2017	31/07/2017	Manual de Cartera	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	07/11/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Mediante Acuerdo No. 15 de 07/11/18 Por medio del cual se aprueba el Manual para el recaudo de Cartera y por medio de la Resolución No. 127 del 07/11/18 por medio de la cual se adopta el manual para el recaudo de cartera de la E.S.E.
FINANCIERA - CARTERA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo en el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2014 y el 30 junio de 2016, al dar respuesta a las glosas en términos superiores a los 90 días, presuntamente no dió cumplimiento a lo establecido en el segundo inciso del Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007, en relación con el término para el trámite de glosas y que indique que: "El prestador de servicios de salud.C26	Realizar seguimiento a la trazabilidad de las glosas, mediante el diligenciamiento del formato de Recepción y registro de trazabilidad de la glosa (RIG) (AP-GFI-CA-R-02) de manera semanal para verificar que los revisores de cuentas medicas y el auditor de cuentas medicas responda dentro de los tiempos estipulados en la ley 1438 del 2011 artículo 57	Diligenciar en el formato de recepción y registro de trazabilidad de la glosa todas las glosas que se reciban por parte de las entidades responsables de pago, los días viernes se hará seguimiento al cumplimiento de los tiempos de respuesta a glosas estipulados en la ley 1438 del 2011 artículo 57 por cada uno de los revisores de cuentas.	% de glosas tramitadas de conformidad al Decreto 4747 de 2007	100% glosas entregadas en término	Auditor concurrente	15/03/2017	31/07/2017	Trazabilidad 2017.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/07/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital San Camilo, no reportó oportunamente la novedad de cambio de Representante legal la cual ocurrió el pasado noviembre de 2016.	Diligenciar oportunamente ante el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) las novedades	Diligenciar de manera inmediata el formato de novedades cada vez que halla lugar al mismo.	Diligenciamiento y reporte del cambio de representante legal ante las autoridades competentes	Reporte del cambio de representante legal	Elvinia Herrera - Coordinadora SIG	15/03/2017	15/03/2017	Soporte realización Novedad cambio de Representante legal	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/03/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

MISIONAL	La ESE Hospital San Camilo, utiliza instrumental de sutura el cual es esterilizado en una olla tipo autoclave sin control biológico ni químico, además de no estar habilitado este servicio. Se presume incumplimiento de la Resolución N° 2003 del 2014, todos los servicios estándar de infraestructura, medicamentos dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios interdependencia infraestructura y dotación.	Establecer acciones necesarias en la entidad a fin de dar cumplimiento a la Resolución No. 2003 de 2014 en materia de esterilización de equipos	Establecer procedimiento para el cumplimiento de la Resolución No. 2003 de 2014	100% implementación del procedimiento	Procedimiento actualizado e implementado	Germán Javier Daza V. Subdirector Científico	15/03/2017	31/12/2017	Orden de Servicio	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	26/07/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	El Hospital realizó la Orden de Servicio No. 012 del 25 de Julio de 2018, cuyo objeto Suministro de servicio de esterilización para los equipos de pequeña cirugía de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga
MISIONAL	El vehículo toyota, de la ESE Hospital San Camilo, placa OFS 155 de Floridablanca, no está habilitado ni presta servicio, no ese presenta acta de baja, ni tramite para su chatarización. Se presume incumplimiento de la Resolución 2003 de 2014, estándar transporte terrestre. Artículo 2 y 3 Resolución 5279 del 17 de noviembre de 1993 artículo 4 paragrafo, artículo 5,8,9 Decreto 0348 del 25 de febrero de 2015.	Realizar el tramite para dar de baja el vehículo.	Verificar el cumplimiento de requisitos para dar de baja bienes muebles en la entidad	Acto Administrativo de cumplimiento del trámite	Procedimiento finalizado	Miguel Mauricio Martínez Vargas Almacenista General	15/03/2017	01/08/2017	Baja Vehículo	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	27/12/2017	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	La entidad mediante la Resolución 208 del 27 de Diciembre de 2017 dio de baja el vehículo Toyota OFS155
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo tienen documentado el PAMEC 2014-2016 en donde se evidencian metas dirigidas hasta el 2015, no hay evidencia del alcance a 2016 en la estructura del documento, no se encuentra documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, no se evidencia cronograma de auditorías del PAMEC, ni soportes de ejecución para el año 2014 ni para el año 2016, no se cuentan con cierres de los planes, ni avances cuantitativos de los mismos. Se presume incumplimiento del componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad Decreto 1011 de 2006.	Creación e implementación del documento Pamec 2017/2019	Elaborar PAMEC 2017/2019	100% PAMEC elaborado	procedimiento finalizado	Elvina Herrera - Coordinadora SIG	15/03/2017	31/12/2017	PAMEC	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
MISIONAL	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo no evidencia un adecuado manejo para la vigilancia en salud pública, en cuanto a la notificación y existencia, actualización y mantenimiento de la base de datos sobre los eventos en salud sujetos a la vigilancia, no se evidencia que la información de vigilancia sean utilizadas en la toma de decisiones administrativas. Se presume incumple el Decreto 3518 del 2006 Capítulo I artículo 1, 2 y 3.	Diligenciar semanalmente formato de los eventos de notificación obligatoria que se han registrado en el síviglia. Realizar reuniones extraordinarias con respectiva acciones de mejora según el evento presentado	Diseñar y diligenciar formato de " REGISTRO SEMANAL DE EVENTOS EN EL SIVIGILA. Según semana epidemiológica. Programar reuniones.	100% formato diligenciado actas de reuniones.	Evidenciar manejo del SIVIGILA mediante registro semanal de los eventos reportados Reuniones para establecer acciones de mejora	Martha Lamus M. COVE	15/03/2017	31/12/2017	Siviglia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	En las actas del COVE se evidencia que la entidad realiza medidas de seguimiento internas a los pacientes reportados en el SIVIGILA
MISIONAL	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, no documentó la designación del referente de seguridad del paciente ni sus funciones. Se presume incumple la resolución 2003 de 2014, Estándar procesos prioritarios, seguridad del paciente, política de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social	Implementar el procedimiento para la designación del referente de seguridad del paciente y sus funciones de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014	Establecer procedimiento para el cumplimiento de la Resolución No. 2003 de 2014	100% procedimiento aprobado	referente designado	Germán Javier Daza V. Subdirector Científico	15/03/2017	01/06/2017	Seguridad del Paciente	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	27/12/2017	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Por medio de la Resolución No. 209 del 27 de Diciembre de 2017, se designo el referente de seguridad del paciente.
MISIONAL	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, no presenta resolución de creación del comité de seguridad del paciente. Norma supuestamente incumplida Resolución 2003 de 2014, Estándar Procesos prioritarios. Seguridad del Paciente, política de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social.	verificar la existencia y vigencia en la entidad de la creación del comité de seguridad del paciente	Resolución implementada	100% comité de seguridad del paciente creado y en ejecución	comité creado y en ejecución	Martha CI Plata S. Coordinadora de enfermería, comité de seguridad del paciente	15/03/2017	31/03/2017	Comité Seguridad del Paciente Resolución Seguridad del Paciente.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se aprobo la Resolución No. 101 31/08/18 por medio de la cual se adopta la Política de Seguridad y Prevención del Riesgo del Paciente, se conforma y reglamenta el Comité de Seguridad y Prevención del Riesgo del Paciente de la E.S.E y se implementan Políticas para su funcionamiento.
ADMINISTRATIVA	La ESE no aporta la Resolución de adopción del Manual de Bioseguridad.	Elaboración, aprobación y adopción del Manual de Bioseguridad	Elaboración del acto administrativo para su respectiva aprobación, adopción y socialización	100% manual de bioseguridad implementado	manual implementado	Erika Patiño Rueda - Ingeniera Ambiental	15/03/2017	28/07/2017	Hallazgo No. 18, 21,22,24 Gestión Ambiental	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/06/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, en las camas hospitalarias no están identificadas, por no diligenciamiento, faltan tableros de identificación en algunos servicios. Se presume incumple: Estándar Procesos prioritarios. Seguridad del Paciente, política de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social.	Verificar la existencia de identificación de las camas y su respectiva complementación en cumplimiento de la política de seguridad del paciente.	completar el 100% de los tableros para las camas correspondientes	100% Tableros instalados y diligenciados correctamente	camas de los usuarios identificadas	Martha CI Plata S. Coordinadora de enfermería, comité de seguridad del paciente	15/03/2017	31/12/2017	Tableros Instalados	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
MISIONAL	Los medicamentos en la Farmacia no están semaforizados, algunos envasados en cajas que no corresponden. Las unidades no están protegidas, están abiertos. Falta señalización de medicamentos de alto costo. Se presume incumple: Numeral 2, aparte 2.32.1 artículo 6 de la resolución 2003 de 2014, resolución 1403 de 2007.	1. Actualización del procedimiento de Almacenamiento. 2. Socialización al personal en el procedimiento de reempaquetado. 3. Teniendo en cuenta que los medicamentos ALTO COSTO son medicamentos necesarios para el tratamiento de enfermedades como el cáncer, VIH, hemofilia o insuficiencia renal, que los pocos que hacen parte de este grupo y que pertenecían a la salud mental ahora son regulados por la comisión reguladora de precios a nivel nacional.	1. Actividad de semaforización y la tabla de colores que establecen los tiempos y los colores necesarios para el correcto manejo. 2. Se establecerá un cronograma de capacitación al personal sobre los procedimientos. 3. Se solicitará la inclusión de la señalización de medicamentos ALTO COSTO en el plan anual de adquisiciones de la E.S.E.	1. Porcentaje de medicamentos semaforizados del servicio farmacéutico. 2. Numero de capacitaciones realizadas. 3. Suficiencia en la señalización del servicio farmacéutico.	1. 100%	Cesar Eduardo Blanco - Quirografista	15/03/2017	30/06/2017	Hallazgo No. 20 Farmacia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/06/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, presenta un supuesto incumplimiento en el uso de los elementos de protección personal, recipientes en regular estado, con bolsas de color diferentes al del recipiente, cuartos de aseo desordenados, residuos recolectados en bolsas en el piso. Se presume incumple: numeral 1 y 3 artículo 6 del Decreto 351 de 2014 y artículo 1y2 resolución 1164 de 2004 y el numeral 7.2.4 desactivación de residuos hospitalarios y similares de la resolución 1164 de 2002.	Implementación de la norma Resolución 1164/2004 y Decreto 351 de 2014, en la institución	Implementar la correcta disposición de los Residuos Sólidos Hospitalarios, cumpliendo con la normatividad vigente	%100 norma implementada	procedimiento para la correcta disposición de los Residuos Sólidos Hospitalarios, cumpliendo con la normatividad vigente	Erika Patiño Rueda - Ingeniera Ambiental	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 18, 21,22,24 Gestión Ambiental	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

ADMINISTRATIVA	En la ESE no esta implementada la gestion integral de residuos, que implica la planeación y cobertura de las actividades relacionadas desde la generación hasta su disposición final, no tiene los indicadores para medir la gestion ambiental, se presume incumple decreto 351 de 2014, resolucio 1164 de 2017.	Elaboración, aprobación e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios 2017 en la Institución.	Dar el debido cumplimiento al Decreto 351/2014 y Resolución 1164/2002	100% implementado	plan de gestion integral	Erika Patiño Rueda - Ingeniera Ambiental	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 18, 21,22,24 Gestión Ambiental	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
ADMINISTRATIVA	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, no cumple con los requerimientos de almacenamiento de la historia clínica, limpieza y desinfección del área, elementos de protección personal del área de archivo. Se presume incumple ley general de archivo ley 594 de 2000, resolucio 1995 de 1999	1. Realizar las acciones necesarias para la verificación e implementación del procedimiento para la adecuación de el archivo de historias clínicas de conformidad a la Ley General de Archivo.	El Comité de Archivo institucional establecera cronograma segun la priorización y presupuesto institucional para el cumplimiento de la norma.	100% cronograma	ejecución de cronograma	Yosman Osés - Coordinador Archivo	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 23 Archivo	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	04/07/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	El Coordinador de Archivo certifica el cumplimiento de las medidas tomadas para el cumplimiento de la custodia de las historias clínicas.
ADMINISTRATIVA	La ESE San Camilo, el Comité de gestion ambiental: en el año 2016 faltan cuatro (4) actas de sesiones. En los años 2014 y 2015, en algunas citaciones se cancela la sesion por asistencia de los miembros. Se presume incumple Numeral 7.1 de la resolucio 1164 de 2002.	Realización de Comités según Normatividad Vigente	cumplimiento de cronograma de comité de gestión ambiental	100% comité realizado	comité en ejecución	Erika Patiño Rueda - Ingeniera Ambiental	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 18, 21,22,24 Gestión Ambiental	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
MISIONAL	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, no hizo entrega de la creación o actas de las sesiones periódicas de los siguientes comités de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud en la cuales se deben diligenciar las actas correspondientes, que deben estar debidamente firmadas por los asistentes, de los siguientes comités: Etica hospitalaria, Farmacia y terapeutica, vigilancia Epidemiologica, Historias Clínicas, Infecciones. se presume incumple artículo 2 resolucio 13437 de 1991, numero 4 de resolucio 1403 de 2007, artículo 37 decreto 3518 de 2006, artículo 19 del capítulo IV de la resolucio 1995 de 1999 parágrafo 1 artículo 37 capítulo IV del Decreto 3518 de 2006.	Elaborar cronograma de reuniones de los comités y seguimiento a su ejecución	cumplimiento de cronogramas de comités	100% comités realizados	comités en ejecución	Martha CI Plata S. Coordinadora de enfermería. Martha V.Lamus M odontóloga .	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 25 Cronograma Comités	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
MISIONAL	La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, los informes de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias no tienen regularidad en su presentación, en el 2014, no fue posible verificar los datos, en el año 2016 faltan los datos del mes de abril. No se discrimina por tiempo de conuación si es peticion, queja, sugerencia Se presume incumple ley 1438 de 2011, artículo 114, resolucio 1817 de 2009 artículo 4 el artículo 6 del decreto 1757 de 1994. Circular unica SNS	Verificar el cumplimiento en la entrega de informes de PQRS	entrega de informes de PQRS en cumplimiento de la normatividad vigente	100% informes entregados	informes PQRS elaborados	Estefery Zuleta - Coordinadora SIAU	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 26 Informes PQRS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
MISIONAL	El procedimiento de referencia y contrareferencia, no está actualizado y socializado. Falta la relación de Recurso Humano con los horarios de servicio de las vigencias a auditar, se verifica la NO existencia de indicadores del proceso (oportunidad y la gestión correspondiente) el diligenciamiento del anexo tecnico 03 de la resolucio 3047 de 2007 para la solicitud de autorizacion y cobro a la EPS no se realiza. Se presume incumple decreto 4747 de 2007.	Actualizar, socializar e implementar el procedimiento de referencia y contrareferencia crear equipos semanales. Ajustar los procesos de referencia y contrareferencia de pacientes o lo contenido en la resolución 4331 del 19 de diciembre de 2012 la cual adicionó y modificó parcialmente la resolución 3047 de 2008 y la modificación de la resolución 416 de 2009. En cuanto al proceso de referencia y contrareferencia de pacientes.	-Actualizar, socializar e implementar procedimiento de referencia y contrareferencia. Actualizar, implementar y socializar los procesos y los formatos No. 9 y 10 para la solicitud de autorizaciones para la referencia y contrareferencia de pacientes definidos a través de la resolución 4331 de 2012, identificando los responsables en su ejecución.	100% procedimiento actualizado e implementado	procedimiento actualizado e implementado	German J.Daza V. Subdirector científico Martha CI Plata S. Coordinadora de enfermería Javier Galindo coordinador de facturación	15/03/2017	31/12/2017	Hallazgo No. 27 Referencia y Contrareferencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	29/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	

Firma del Evaluador
Nombre: AURA ISABEL OROZCO VEGA
Cargo: Gerente