

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
1. Gestión Administrativa	3. La Junta Directiva de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca no se reúne ordinariamente con la periodicidad debida, incumpliendo lo establecido en el artículo 2.5.3.8.4.2.6. del Decreto 780 de 2016 y artículo 23 del Acuerdo nro. 001 del 5 de enero de 2008.	Programar y Realizar Reuniones Ordinarias de la Junta Directiva de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca con la periodicidad debida cumpliendo con el artículo 2.5.3.8.4.2.6. del Decreto 780 de 2016 y artículo 23 del Acuerdo nro. 001 del 5 de enero de 2008.	1. Definición del Cronograma para las reuniones ordinarias de la Junta Directiva de acuerdo a los términos y tiempos establecidos en los Estatutos de la Entidad. Este cronograma se realizará antes de iniciar cada vigencia. 2. Socialización y Aprobación del Cronograma.	un Doc Cronograma de Reuniones Ordinarias de Junta Directiva # de reuniones Realizadas / # de reuniones programadas * 100	90% 90%	Gerente. Pedro E. Perez Torres / Secretario de la Junta Directiva	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO. Como soportes de cumplimiento de esta acción de mejoramiento, la ESE debe remitir el cronograma de sesiones programadas.	SI
1. Gestión Administrativa	5. La Junta Directiva de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca al declarar, ratificar y convalidar el encargo y posesión de la funcionaria Kaíra Rosa Amaya Molina, se extralimitó en sus funciones, debido a que, el nombramiento de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado es facultad del Jefe de la respectiva Entidad Territorial, en este caso el Alcalde Municipal, vulnerando con ello el artículo 20 de la ley 1797 de 2016 en concordancia con el artículo 2.5.3.8.5.1. y siguientes del Decreto 780 de 2016.	Prevenir la extralimitación de funciones por parte de la Junta Directiva y asegurar que las decisiones se alineen con las competencias legales establecidas.	1. Decreto No. 003 del 4 de enero de 2024, mediante el cual el Alcalde Municipal de Fonseca deja sin efectos el encargo que realiza la Ex gerente YELITZA DEL CARMEN REDONDO AYALA convalidado por la Junta Directiva de la ESE.	# un Documento Decreto	1	Pedro E. Perez - Gerente Dr. Cobo - Asesor Jurídico	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO	SI
			2. Definición de las necesidades de capacitación de los integrantes de la Junta Directiva de acuerdo a los términos de ley e Inclusión en el Plan de Capacitación de la ESE los temas referentes a la Junta Directiva.	# un Documento Plan de Capacitación Aprobado	1	Pedro E. Perez - Gerente Alex Romero - Talento Humano	01/05/2024	31/12/2024		
1. Gestión Administrativa	6. La Junta Directiva de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca al no haber aprobado la planta de personal y sus modificaciones incumple la función establecida en el numeral 6 del artículo 11 del Decreto 1876 de 1994.	Revisar, Ajustar e Implementar el proceso para la aprobación de la planta de personal en cumplimiento de la función establecida en el numeral 6 del artículo 11 del Decreto 1876 de 1994.	2. Capacitación y Sensibilización a la Junta Directiva sobre el proceso para la aprobación de la planta de Personal en cumplimiento de la función establecida en el numeral 6 del artículo 11 del Decreto 1876 de 1994. 3. Aprobación del planta de personal.	% de integrantes de Junta Capacitados (# de integrantes capacitados / Total de integrantes) * 100 # un Documento Planta de Personal Aprobada	95% 1	Pedro E. Perez - Gerente Alex Romero - Talento Humano Dr. Cobo - Asesor Jurídico Pedro E. Perez - Gerente Alex Romero - Talento Humano	01/05/2024 01/05/2024	31/12/2024 31/12/2024	APROBADO	SI
2. Gestión Jurídica	7. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca infringe lo establecido en el numeral 1 del artículo 120 de la Ley 2220 de 2022, al no haber formulado el Comité de Conciliación	Formular el Comité de Conciliación políticas de prevención del daño antijurídico y defensa judicial de acuerdo a lo establecido en el numeral 1 del artículo 120 de la Ley 2220 de 2022. Programar y Realizar Reuniones Ordinarias del Comité de Conciliación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca no sesiona ordinariamente en la periodicidad establecida, esto es, al menos una vez al mes, incumpliendo lo establecido en el artículo segundo de la Resolución 008 del 3 de enero de 2013.	2. Formulación y ejecución de las políticas de prevención del daño antijurídico	Documento de políticas de prevención del daño antijurídico	1	Pedro E. Perez - Gerente Wilmer Cobo - Asesor Jurídico	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO	SI
2. Gestión Jurídica	8. El Comité de Conciliación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca no sesiona ordinariamente en la periodicidad establecida, esto es, al menos una vez al mes, incumpliendo lo establecido en el artículo segundo de la Resolución 008 del 3 de enero de 2013.		1. Definición del Cronograma para las reuniones ordinarias de la Comité de Conciliación de acuerdo a los términos y tiempos establecidos. Este cronograma se realizará antes de iniciar cada vigencia.	% de cumplimiento de las reuniones de Comité de Conciliación (# de reuniones Realizadas / # de reuniones programadas) * 100	90%	Pedro E. Perez Torres / Secretario de la Junta Directiva	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO. Como soportes de cumplimiento de esta acción de mejoramiento, la ESE debe remitir el estatuto actualizado y las evidencias de socialización	SI
3. Gestión Contractual	9. La Junta Directiva de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca incumplió el término establecido en el artículo 16 de la Resolución nro. 5185 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, al no haber adoptado el estatuto de contratación dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigor.	Cumplir con lo establecido en el artículo 16 de la Resolución nro. 5185 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en adoptar el estatuto de contratación según normatividad Vigente.	1. Realizar la actualización del Estatuto de Contratación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	# un Documento de la Actualización del Estatuto de Contratación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1	Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO. Como soportes de cumplimiento de esta acción de mejoramiento, la ESE debe remitir el estatuto actualizado y las evidencias de socialización	SI
			3. Adopción del Estatuto de Contratación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca por parte de la Junta Directiva.	# un Acto Administrativo de Adopción de los Estatutos de Contratación elaborados por la ESE Hospital San Agustín de Fonseca por parte de la Junta Directiva	1	Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024		
3. Gestión Contractual	10. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no ha expedido el manual de contratación, infringiendo lo establecido en el artículo 17 de la Resolución nro. 5185 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.	Documentar el manual de contratación de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpliendo lo establecido en el artículo 17 de la Resolución nro. 5185 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.	1. Revisión y actualización del Manual de Contratación en cumplimiento de los requisitos establecidos en el Artículo 17 de la Resolución nro. 5185 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.	Manual de Contratación Aprobado	1	Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO. Como soportes de cumplimiento de esta acción de mejoramiento, la ESE debe remitir el manual de contratación actualizado y las evidencias de socialización	SI
3. Gestión Contractual			2. Revisión y Aprobación del Manual de Contratación. La aprobación se realizará una vez se cumpla con todos los requisitos y ajustes presentados en la reunión de Junta Directiva.			Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024		SI
3. Gestión Contractual			3. Presentación y/o Socialización del Manual de Contratación Aprobado al equipo directivo.			Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024		SI
3. Gestión Contractual	11. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no tiene un archivo que permita la organización, custodia y conservación de las historias clínicas, incumpliendo los procedimientos de archivo de que trata la Resolución 1995 de 199935, en especial los artículos 12, 13, 16, 17, 18 del capítulo III "ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS"; así como también incumple el proceso de gestión documental, señalado en el artículo 3, capítulo II de la Resolución 839 de 2017 que modifica la Resolución 1995 de 199936.	1. Definición del Plan Institucional de Archivo de acuerdo a los términos establecidos en la Ley 594 de 2000, los Procedimientos para la organización y el manejo del archivo de historias clínicas de que trata la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 839 de 2017.	1. Capacitación al Personal de Archivo de la ESE en la normatividad vigente para la implementación de un Sistema de Archivo y la definición del Plan Institucional de Archivo.	Plan Institucional de Archivo Aprobado.	1	Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación Yajaira Pertuz - Archivo	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO	SI
			2. Formulación y definición del Plan Institucional de Archivo que contenga como mínimo: Identificación de la Situación Actual, Definición de Aspectos Críticos, Priorización de Aspectos Críticos y Ejes Articuladores, Formulación de la Visión Estratégica del PINAR, Formulación de Objetivos, Formulación de Planes y Proyectos, Construcción del Mapa de Ruta, Construcción de las Herramientas de Seguimiento y Control, entre otros.			Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación Yajaira Pertuz - Archivo	01/05/2024	31/12/2024		
3. Gestión Contractual	13. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no publicó dentro del término señalado en la Circular Externa 02 del 16 de agosto de 2013, expedida por Colombia Compra Eficiente, el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2022.	Definir Cronograma para la presentación, validación y cargue de la información asistencial, administrativa y financiera ante los entes de Vigilancia y Control.	1. Diseño de cronograma dinámico para la presentación presentación de los Informes e información que contenga por lo menos: Informe o Reporte a Cargar, Entidad, Normatividad, Responsable, alertas de colores en la medida que se acerca la fecha, Fecha Programada y Fecha de Envío.	% de informes y/o Reportes cargados (# de Reportes Cargados Oportunamente / Total de Reportes Programados) * 100	95	Pedro E. Perez - Gerente Yuliana Pelaez - Contratación	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO. Como soporte de ejecución de esta acción de mejora, la ESE debe remitir el cronograma definido de los reportes a realizar.	SI
4. Gestión Asistencial	15. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, incurriendo en el incumplimiento del artículo 12 numeral 23.1 de la Resolución 3100 del 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023, artículos 2.5.1.3.1.1, 2.5.1.3.2.6, párrafo 2 del artículo 2.5.1.3.2.7 y el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016.	Garantizar el cumplimiento de las responsabilidades de la ESE frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS	1. Realizar seguimiento semestral de los servicios prestados en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca 2. Reporte de las Novedades presentadas en el seguimiento ante la entidad Territorial	# de Novedades Aprobadas por la ET / # de Novedades Solicitadas a la ET * 100	100%	Pedro E. Perez - Gerente Gissell De luque - Prof. Apoyo Erika Egea - Calidad	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Como soporte se seguimiento deberá remitir las novedades realizadas en el semestre.	SI

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
4. Gestion Asistencial	16. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca NO garantiza la seguridad del paciente; incurriendo presuntamente en el incumplimiento del numerales 1 y 2 y Numeral 4.2 del numeral 4 del numeral 11.1.5. del numeral 11.1 numeral 11 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019	Garantizar la seguridad del paciente en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Socializar la política de seguridad del paciente de la ESE.	# del Talento humano Capacitados / # total del Talento humano de la ESE * 100	100%	Pedro E. Perez - Gerente Erika Egea - Calidad	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Como soporte anexar el listado de talento humano, las capacitaciones realizadas y el soporte de pre-test y post-test, así como el soporte de las alianzas realizadas.	SI
			3. Desarrollar acciones de formación continua sobre seguridad del paciente al Talento Humano de la ESE	# de Capacitaciones realizadas / # total capacitaciones programadas * 100	100%	Erika Egea - Calidad	01/05/2024	31/12/2024		SI
4. Gestion Asistencial	17. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca No realiza análisis y gestión de los eventos adversos, incurriendo en el incumplimiento del Numeral 4.4 del numeral 11 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023	Realizar análisis y gestión de los eventos adversos	1. Fomentar la cultura de seguridad y transparencia donde los empleados se sientan cómodos reportando los eventos sin miedo a represalias.	# de reportes de eventos adversos / total del talento humano * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Para este seguimiento remitir la base de datos, fuente del numerador y denominador, el análisis de causa de raíz, plan de acción y monitoreos realizados de los eventos identificados en el periodo.	SI
			2. Clasificar los eventos según su gravedad e impacto y priorizar los eventos que requieren atención inmediata	# de eventos correctamente clasificados y priorizados / # total de eventos adversos reportados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/12/2024		
			3. Realizar un análisis de causa raíz , diseñar planes de acción y evaluación y monitoreo.	# de eventos con Analisis, plan de accion y monitoreo completados / # total de eventos adversos reportados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Realizar capacitación y retroalimentación al talento humano del resultado del análisis de los eventos.	# de empleados capacitados y retroalimentados / # total de empleados de la ESE * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	18. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza el acceso a los servicios de salud, toda vez que pone barreras administrativas para la prestación de los servicios de salud, incumpliendo con lo establecido en los literales c) y d) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, instrucciones 1 y 2 de la Circular Externa 0013 de 2016.	Garantizar el acceso a los servicios de salud prestados en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Extender los horarios de atención de los servicios de alta demanda en la ESE	# de consultas realizadas en el horario extendido /# total de consultas * 100	100%	Lili Daza - Lider Urgencias Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Como soporte de seguimiento, remitir la base de datos fuente del numerado y denominador. Anexar la novedad de horario realizada en el REPS.	SI
			3. Desarrollar e intensificar programas de salud comunitaria y campañas de prevención en zonas rurales y de difícil acceso, incluyendo visitas periódicas de unidades móviles de salud	# de personas atendidas en zonas rurales y de difícil acceso/ Población total programada para atención en zona rural * 100	100%	Lili Daza - Lider Urgencias Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Para este seguimiento remitir la base de datos, fuente del numerador y denominador.	SI
			4. Implementar programas de capacitación continua para el personal de salud en temas de atención al paciente, derechos del usuario, y trato humanizado.	# de empleados capacitados / # total de empleados de la ESE * 100	100%	Yeiner Jimenez - Lider Gestión Ambiental Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Como soporte anexar el listado de talento humano, las capacitaciones realizadas y el soporte de pre-test y post-test	SI
4. Gestion Asistencial	19. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no realiza la priorización de la atención en el servicio de urgencias, toda vez que no implementa las categorías del Triage, vulnerando lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 5596 de 2015.	Implementar un sistema de triage adecuado en el servicio de urgencias del Hospital San Agustín de Fonseca	1. Capacitar al personal médico y de enfermería y administrativo en el sistema de triage	# de empleados capacitados en triage / numero total de empleados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Como soporte anexar: el listado de talento humano, las capacitaciones realizadas y el soporte de pre-test y post-test la base de datos, fuente del numerador y denominador. Listado nominal de pacientes atendidos en urgencias y sus atenciones. Soporte de los ajustes realizados al triage, según el resultado de las evaluaciones.	SI
			2. Evaluar trimestralmente la efectividad del sistema de triage	# de pacientes atendidos en triage según la categoría asignada / # total de pacientes atendidos en la urgencias * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024		
			3. Realizar: monitoreo trimestral al sistema de triage para asegurar el cumplimiento de las categorías de triage y realizar ajustes según sea necesario	# de ajustes realizados al sistema de triage / # total de evaluaciones realizadas * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	20. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, vulnerando lo establecido en numerales 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42 y 43 del numeral 11.1.2. del numeral 11.1 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptada por la Resolución 3100 de 2019 modificado por la Resolución 544 de 2023.	Desarrollar y ejecutar un plan de mejora integral de la infraestructura hospitalaria en el ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Autoevaluación de las condiciones y requisitos para la infraestructura de todos los servicios de acuerdo a la resolución 3100 de 2019.	# un Documento Autoevaluación e Informe de Necesidades.	1	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Adjuntar el soporte del indicador y el soporte fotografico y/o documental de las actividades realizadas.	SI
			2. Implementación de un Plan de Acción de intervención de mejora de las condiciones y requisitos para la infraestructura que incluya: Recursos, Responsables, Fecha de ejecución, entre otros.	# un Documento Plan de Acción e Intervención aprobado	1	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Realizar seguimiento al cronograma del plan por áreas de servicios e infraestructura a intervenir.	# de actividades realizadas por servicio / # total de actividades programadas por servicio * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025		
4. Gestion Asistencial	21. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza mantenimiento adecuado de sus instalaciones, para que se garantice la prestación de los servicios de salud de manera segura, vulnerando lo establecido en el artículo 2.5.3.8.1.7 del Decreto 780 de 2016.	Desarrollar e implementar un programa integral de mantenimiento preventivo y correctivo para todas las instalaciones del ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Realizar una evaluación detallada de todas las instalaciones del hospital para identificar las áreas que requieren mantenimiento preventivo y correctivo.	# de áreas evaluadas / total de áreas de la ESE * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Yesenia Rodríguez - Administrativo	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Adjuntar los soportes de la medición del numerado y denominador para validar la meta propuesta.	SI
			2. Diseñar un plan de mantenimiento	# un Documento Plan de Mantenimiento Ajustados y Aprobados.	1	Pedro E. Perez / Gerente Yesenia Rodríguez - Administrativo	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Ejecutar el programa de mantenimiento según el cronograma establecido	# de actividades de mantenimiento ejecutadas según cronograma / Total de actividades de mantenimiento programadas * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Yesenia Rodríguez - Administrativo	01/11/2024	15/01/2025		
			4. Realizar auditorías Semestral para evaluar el cumplimiento y la efectividad del programa de mantenimiento.	# de auditorías realizadas según programación / Total de auditorías planificadas * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Yesenia Rodríguez - Administrativo	01/11/2024	15/01/2025		
4. Gestion Asistencial	22. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, No garantiza la circulación al interior del servicio de urgencias, vulnerando lo establecido numeral 16.3 del numeral 16 de 11.6.1 Servicio De Urgencias de Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023.	Revisar y ajustar el diseño y la distribución del espacio físico en el servicio de urgencias del ESE Hospital San Agustín de Fonseca para garantizar una circulación fluida y eficiente	1. Realizar una evaluación Semestral del flujo de pacientes y del personal dentro del servicio de urgencias para identificar puntos de congestión y áreas de mejora	# de áreas identificadas con problemas / # total de áreas evaluadas * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Adjuntar el soporte del denominador y el numerador, para validar el cálculo del indicador	SI
			2. Reorganizar el espacio físico del servicio de urgencias para crear áreas claramente definidas para la recepción, triage, atención médica, y áreas de espera, garantizando accesos claros y seguros.	# de áreas reorganizadas / # total de áreas planificadas * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Adjuntar para el seguimiento el soporte fotográfico de las áreas que se ven reorganizando en el periodo.	SI
			3. Capacitar al personal del servicio de urgencias sobre las nuevas políticas y procedimientos de flujo y organización del espacio	# de empleados capacitados / # total de empleados de la ESE * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Como soporte anexar el listado de talento humano, las capacitaciones realizadas y el soporte de pre-test y post-test	SI

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
			4. Evaluar la efectividad por medio de una encuesta al usuario de la nueva organización y realizar ajustes según sea necesario para mejorar aún más la circulación y la eficiencia del servicio.	Documento de informe cualitativo de los resultado de la encuestas realizada a los uruarios	1	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Remitir el informe con resultados y los ajustes que se generen con ocasión de la encuesta de satisfacción de usuarios.	SI
4. Gestion Asistencial	23. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, No garantiza la sala de observación adecuada en el servicio de urgencias, vulnerando lo establecido en numerales 18.15.2, 18.15.4, del numeral 18.15, 18.16.2., 18.16.4. del numeral 18.16 del numeral 18 de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023.	Implementar medidas para garantizar que la sala de observación en el servicio de urgencias cumpla con los estándares establecidos.	1. Realizar una evaluación semestral de la sala de observación existente para identificar deficiencias y áreas de mejora	# de areas identificadas con problemas / # total de areas evaluadas * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir soporte de fuente con la que se cálcul el numerador y el denominador.	SI
			2. Diseñar e implementar un Plan de Acción al área de observación que incluya la adecuación física del espacio, la instalación de equipos necesarios, y la mejora de las condiciones de confort y seguridad para los pacientes. NOTA: En razón de que la ESE se encuentra en curso en la formulación y aprobadas iniciativas de Proyectos de Reposición de la Infraestructura Física de la sede principal, se tendrá en cuenta este criterio para definir las intervenciones de mejora permitidas.	# un Documento Plan de Mantenimiento Ajustados y Aprobados.	1	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Remitir soporte del plan de mantenimiento.	SI
			3. Capacitar al personal médico y de enfermería sobre el uso adecuado de la sala de observación mejorada y los protocolos actualizado	# de empleados capacitados / # total de empleados de la ESE * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Como soporte anexar el listado de talento humano, las capacitaciones realizadas y el soporte de pre-test y post-test	SI
			4. Realizar monitoreo trimestral para evaluar la efectividad de las mejoras implementadas y realizar ajustes según sea necesario para garantizar el cumplimiento continuo de las normativas.	Documento de informe cualitativo de los resultado de la encuestas realizada a los uruarios	1	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yesenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Remitir resuletado de los monitoreos y las acciones implementadas.	SI
			2. Diseñar e implementar un Plan de Manteniento que incluya la calibración de los equipos requeridos.	# un Documento Planes de Mantenimiento Ajustados y Aprobados.	1	Pedro E. Perez / Gerente Yesenia Rodríguez - Administrativo	01/11/2024	31/08/2024	APROBADO Remitir documentos soporte del indicador y base de datos que contenga el listado nominal de numerado y denominador para la acción relacionada con: "Asegurar la sostenibilidad y efectividad de las mejoras implementadas"	SI
4. Gestion Asistencial	24. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza la dotación en seguridad necesaria para la atención de los pacientes, incurriendo en incumplimiento de los numerales 1, 2, 4, 5 del numeral 11.1 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, artículos 2.8.10.3 y 2.8.10.6 del Decreto 780 de 2016.	Garantizar la dotación en seguridad necesaria para la atención de los pacientes en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca.	1. Realizar una auditoría de los procesos actuales de atención para identificar áreas de riesgo y oportunidades de mejora.	# de Auditorias realizadas / # de auditorias programadas *100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir soporte de los indicadores propuesto y la fuente del cálculo del indicador	SI
			2. Implementar programas de formación continua para todo el personal sobre protocolos de seguridad, manejo de equipos, identificación de riesgos y respuesta a emergencias.	# de empleados capacitados / # total de empleados de la ESE * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir soporte de los indicadores propuesto con la fuente del cálculo del indicador, incluir el resutado del pre-tes y post- test	
			3. Desarrollar y estandarizar protocolos de seguridad para todas las áreas de atención, que incluyan listas de verificación antes, durante y después de procedimientos clínicos para asegurar que se sigan todos los pasos necesarios	# un Documento Protocolo de Seguridad aprobado	1	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir el protocolo de seguridad	
			4. Evaluacion semestral del cumplimiento de los protocolos de seguridad.	# de Procedimientos Cumplidos Segun el Protocolo / # Total de procedimientos Evaluados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza - Lider Urgencias	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir soporte de los indicadores propuesto con la fuente del cálculo del indicador	
4. Gestion Asistencial	25. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza un proceso de atención seguro incumpliendo con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.	Garantizar un proceso de atención segura en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca.	1. Revisión y Actualizacion e implementacion del Manual de Bioseguridad de la ESE de acuerdo a los términos establecidos en la Ley 9 de 1979, Decreto 1443 de 2014, Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023. El Manual incluye las herramientas de medición de adherencia a las normas de bioseguridad, análisis y definición de acciones de mejora.	# un Documento Manual de Bioseguridad Aprobado # un Documento Adherencia a las Normas de Bioseguridad.	2	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Luisa Cuadrado - Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo Lili Daza - Urgencias	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir documento elaborado y aprobado, la meta no correspondería al 190%, si no a los dos entregables.	SI
			2. Socialización a todo el Talento Humano de la ESE el Manual de Bioseguridad.	# de personal capacitado en las Normas de Bioseguridad / # total de personal de la ESE * 100.	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Luisa Cuadrado - Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo	01/08/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir soporte de los indicadores propuesto con la fuente del cálculo del indicador, incluir el resutado del pre-tes y post- test y el resultado de la adherencia conforme al documento "Adherencia a las Normas de Bioseguridad".	SI
4. Gestion Asistencial	26. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza la atención de pacientes en cumplimiento de las normas de bioseguridad, incumpliendo lo establecido en literales a del artículo 80 de la Ley 9 de 1979.	Garantizar la atención de pacientes en cumplimiento de las normas de bioseguridad	1. Revisión y Actualizacion e implementacion del Manual de Bioseguridad de la ESE de acuerdo a los términos establecidos en la Ley 9 de 1979, Decreto 1443 de 2014, Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023. El Manual incluye las herramientas de medición de adherencia a las normas de bioseguridad, análisis y definición de acciones de mejora.	# un Documento Manual de Bioseguridad Aprobado # un Documento Adherencia a las Normas de Bioseguridad.	2	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Luisa Cuadrado - Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo Lili Daza - Urgencias	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir documento elaborado y aprobado, la meta no correspondería al 190%, si no a los dos entregables.	SI
			2. Socialización a todo el Talento Humano de la ESE el Manual de Bioseguridad.	# de personal capacitado en las Normas de Bioseguridad / # total de personal de la ESE * 100.	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Luisa Cuadrado - Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo	01/08/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir soporte de los indicadores propuesto con la fuente del cálculo del indicador, incluir el resutado del pre-tes y post- test y el resultado de la adherencia conforme al documento "Adherencia a las Normas de Bioseguridad".	SI
4. Gestion Asistencial	27. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca frente a la gestión de residuos hospitalarios y similares incurre en el incumplimiento de los numerales 7.2.5 del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia – MPGIRH adoptado por la Resolución 01164 de 2002, artículo 1 de la Resolución 01164 de 2002, B42artículo 4 de la Resolución 2184 de 2019, numeral 15 del numeral 11.1.3. "estándar de dotación" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, artículos 2.8.10.3 y 2.8.10.6 del Decreto 780 de 2016.	Cumplir con la implementacion de el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia – MPGIRH en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Señalización y/o identificación de las rutas internas para el transporte de residuos de acuerdo a lo definido en el PGRASA aprobado y Teniendo en cuenta los numerales 7.2.5 del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia. Publicación de las rutas sanitarias.	Rutas internas para el transporte de residuos y Rutas sanitarias señalizadas y/o Publicadas.	1	Pedro E. Perez / Gerente Yeiner Jiménez Toncel / Lider Gestión Ambiental	01/05/2024	31/08/2024	APROBADO Remitir el registro fotográfico de las señalizaciones efectuadas	SI

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
4. Gestion Asistencial	28. El servicio farmacéutico de La ESE Hospital San Agustín de Fonseca NO garantiza la realización periódica de los comités de farmacia vulnerando lo establecido en el artículo 2.5.3.10.24 del Decreto 780 de 2016; numeral 4.3 del numeral 4 del capítulo II "servicio farmacéutico hospitalario" del Título I del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.	Realizar periódicamente los comités de farmacia en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	2. Diseñar cronograma de Reunion del comité de Farmacia de acuerdo a periodicidad definida en el acto administrativo y normatividad aplicable.	# un Documento Cronograma de reuniones de comité de farmacia.	1	Carolina / Lider de Farmacia Erika Egea / Lider de Calidad	31/08/2024	30/09/2024	APROBADO Remitir el soporte de los indicadores	SI
			3. Realizar reuniones periódicas del Comité de farmacia según el cronograma establecido	# reuniones Comité de farmacia realizadas / # total de reuniones de comité de farmacia programadas * 100	100%	Carolina / Lider de Farmacia Erika Egea / Lider de Calidad	31/08/2024	31/12/2024		
			4. Diseño y Aprobación de los Programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia y uso de adecuado de medicamentos. Que incluya: mecanismos para prevenir y reportar a las autoridades correspondientes toda sospecha de eventos adversos en general y los relacionados con medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas o productos fitoterapéuticos, dispositivos médicos y medios de contraste	# un Documento Programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	3	Carolina / Lider de Farmacia Erika Egea / Lider de Calidad Pedro E. Perez / Gerente	01/05/2024	31/12/2024		
			5. Evaluar el cumplimiento de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia y uso de adecuado de medicamentos en las ESE Hospital San Agustín de Fonseca	# de Actividades de Vigilancia Cumplidas / # Total de Actividades de Vigilancia programadas * 100	100%	Carolina / Lider de Farmacia Erika Egea / Lider de Calidad Pedro E. Perez / Gerente	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir el soporte de la base de datos fuente para el cálculo del indicador y frente e la evaluación no conforme las acciones implementadas y el resultado del mismo.	
4. Gestion Asistencial	29. El servicio farmacéutico de La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no cuenta con área de cuarentena adecuada para medicamentos y dispositivos médicos que no están en condiciones de ser usados; incurriendo en incumplimiento de numeral 5 del estándar de infraestructura del numeral 11.3.2 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023.	Establecer un área de cuarentena adecuada para almacenar medicamentos y dispositivos médicos que no están en condiciones de ser usados	2. Identificar un espacio adecuado dentro del servicio farmacéutico que pueda ser adaptado o construido para servir como área de cuarentena. NOTA: En razón de que la ESE se encuentra en curso en la formulación y aprobadas iniciativas de Proyectos de Reposición de la Infraestructura Física de la sede principal, se tendrá en cuenta este criterio para definir las intervenciones de mejora permitidas.	# de espacios identificados / # de espacios Necesarios * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yessenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025	APROBADO Remitir el soporte de la base de datos fuente para el cálculo del indicador para el periodo evaluado.	SI
			3. Capacitar al personal del servicio farmacéutico sobre el uso y manejo del área de cuarentena, así como sobre los procedimientos de almacenamiento y gestión de medicamentos y dispositivos médicos no aptos para uso	# de personal capacitado / # total de personal de la ESE * 100.	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yessenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025		
			4. Realizar inspecciones semestral para asegurar el cumplimiento de los protocolos y la adecuada gestión del área de cuarentena.	# de inspecciones realizadas / # de inspecciones programadas * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yessenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	01/05/2025		
4. Gestion Asistencial	30. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, cuenta con un servicio farmacéutico que no satisface los requerimientos y exigencias para su funcionamiento del servicio farmacéutico, vulnerando lo establecido en el numeral 11.1.4 del numeral 11.1 del numeral 11 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016, numeral 3.6.5 del numeral 3.6 del numeral 3 y literal f del numeral 3.3 del numeral 3 y numeral 5.4.2 del numeral 5.4 del numeral 5 del capítulo II del Título I del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.	Asegurar que el servicio farmacéutico de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpla con los requerimientos y exigencias establecidos en las normativas mencionadas.	1. Realizar una auditoría para evaluar las condiciones actuales del servicio farmacéutico actual, incluyendo infraestructura, personal, procesos y cumplimiento normativo.	# de Auditorías realizadas / # de auditorías programadas *100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir base de datos fuente del calculo del indicador para el numerador y el denominador y el soporte de las acciones implementadas	SI
			2. Implementar acciones de mejora en infraestructura, capacitacion del talento humano y sistema de informacion	# de Acciones de mejoras realizadas / # total de Acciones de mejoras programadas *100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			3. Realizar Monitoreo y evaluacion semestral al servicio farmaceutico	# de procedimientos cumplidos / # de procedimientos planificados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Revision y mejora continua del servicio farmaceutico	# de acciones de mejoras implementadas / # total de acciones de mejoras programadas * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	31. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, cuenta con un servicio farmacéutico que no garantiza la existencia de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención, así como tampoco garantiza el control de inventarios, vulnerando lo establecido Números 3 y 4 del artículo 2.5.3.10.6, numeral 1 del artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016; numeral 3.6.3 y 3.6.4 del numeral 3.6 del numeral 3 capítulo II del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007; artículo 2 y literal i) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015; Números 11.4 y 11.5 del artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020; numeral 1 del artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016; y artículo 2 y literal i) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015; numeral 3 del numeral 2.2.4 del Capítulo 2 del numeral I "Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" adoptado por la Resolución 3280 de 2018.	Garantizar la disponibilidad y control adecuado de medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención en el servicio farmacéutico de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca, cumpliendo con las normativas vigentes	1. Realizar un inventario detallado de medicamentos y dispositivos médicos actuales en stock.	# de Unidades de Medicamentos y Dispositivos Medicos Inventariados / # Total de unidades estimadas en stock * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir base de datos fuente del calculo del indicador para el numerador y el denominador y el soporte de las acciones implementadas	SI
			2. Revisar y actualizar las políticas y procedimientos de gestión de inventarios según lo establecido en los numerales y normativas mencionadas.	# un Documento Procedimiento de Inventario, control y gestion de los medicamentos en el servicion de farmacia	1	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			3. Establecer acuerdos claros con proveedores para asegurar el suministro oportuno y continuo de medicamentos y dispositivos médicos.	# de Acuerdos Implementados y Mantenidos / # Total de acuerdos programados * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Realizar evaluación trimestral del desempeño del servicio farmacéutico en cuanto a la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos.	Cantidad de medicamentos y dispositivos medicos disponibles / Cantidad de medicamentos y dispositivos medicos Necesarios * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			1. Realizar una auditoría para evaluar las condiciones actuales del servicio farmacéutico actual, incluyendo infraestructura, personal, procesos y cumplimiento normativo.	# de Auditorías realizadas / # de auditorías programadas *100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Erika Egea / Lider de Calidad Yessenia Rodríguez - Profesional Universitario	01/08/2024	31/07/2024		

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
4. Gestion Asistencial	32. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, cuenta con un servicio farmacéutico que no garantiza las condiciones para la conservación de los medicamentos y dispositivos médicos, vulnerando lo establecido en el numeral 5.4 del numeral 5 y numeral 9.2 del numeral 9 ambos del numeral 11.3.2 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019; literales d), g), h) e i), del numeral 1.1 del numeral 1 del capítulo II del Título I del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.	Contar con un servicio farmacéutico que garantice las condiciones para la conservación de los medicamentos y dispositivos médico	2. Elaborar un plan detallado para corregir las deficiencias identificadas e incluir la instalación de equipos necesarios para controlar la temperatura, humedad y condiciones de iluminación	# de deficiencias corregidas / # total de deficiencias identificadas * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/08/2024	APROBADO Remitir base de datos fuente del calculo del indicador para el numerador y el denominador y el soporte de las acciones implementadas	SI
			3. Adquirir equipos de refrigeración y congelación para medicamentos que lo requieran e instalar sistemas de monitoreo continuo de temperatura y humedad	# de equipos adquiridos e instalados / # total de equipos necesarios * 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Capacitar al personal farmacéutico y de almacenamiento en las prácticas adecuadas para la conservación de medicamentos y dispositivos médicos.	# de personal capacitado / # total de personal de la ESE * 100.	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			5. Mantener registros detallados de las condiciones de almacenamiento, incluyendo temperatura y humedad, y cualquier incidencia relevante.	Número de días con registros completos / Número total de días) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			6. Revisar y actualizar el plan de conservación semestral en base a los resultados de las auditorías y el feedback del personal.	Número de revisiones realizadas / Número de revisiones programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	33. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, cuenta con un servicio farmacéutico que no garantiza, la cadena de frío de los medicamentos que requieren refrigeración o congelación; incurriendo en incumplimiento en el numeral 4.8 del numeral 4 del numeral 11.1.4 del numeral 11.1 del numeral 11 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019 Modificada por la 544 de 2023 y el literal k) del numeral 3.2 del numeral 3 del capítulo II del Título II del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.	Asegurar que el servicio farmacéutico de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpla con las condiciones necesarias para mantener la cadena de frío de los medicamentos que requieren refrigeración o congelación	1. Realizar una auditoría interna del servicio farmacéutico para identificar deficiencias en la cadena de frío de los medicamentos y documentar todas las no conformidades encontradas en relación con las normativas mencionadas.	Número de auditorías realizadas / Número total de auditorías programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Remitir base de datos fuente del calculo del indicador para el numerador y el denominador y el soporte de las acciones implementadas	SI
			2. Elaborar un plan detallado para corregir las deficiencias identificadas, que incluya la adquisición y actualización de equipos de refrigeración y congelación y defina el procedimientos específicos para el manejo, almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerados o congelados.	Número de deficiencias corregidas / Número total de deficiencias identificadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Adquirir los equipos adecuados que cumplan con las normativas vigentes e instalar sistemas de monitoreo continuo de temperatura y humedad con alarmas para notificar cualquier desviación.	Número de equipos adquiridos e instalados / Número total de equipos necesarios) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Capacitar al personal farmacéutico y de almacenamiento en las mejores prácticas para la conservación de la cadena de frío e instruir sobre el uso correcto y el mantenimiento de los equipos de refrigeración y congelación.	Número de personal capacitado / Número total de personal) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
			5. Mantener registros detallados de las temperaturas de almacenamiento, incluyendo cualquier incidencia relevante y preparar reportes periódicos de cumplimiento para la dirección del hospital y las autoridades reguladoras.	Número de días con registros completos / Número total de días) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carolina / Lider de Farmacia	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	34. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza la seguridad del paciente con relación a la implementación de los procesos de esterilización; incurriendo en el incumplimiento del numeral 25 "generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características" del numeral 11.1.2 "estándar deinfraestructura" del numeral 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios" del numeral 11 "estándares y criterios de habilitación del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019; numeral 1 del capítulo II del manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud adoptado por la Resolución 2183 de 2004.	Garantizar que el proceso de esterilización en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumplan con las normativas establecidas	1. Documentar el proceso de esterilización de la ESE	# un Documento Proceso deEsterilizacion	1	Erika Egea / Lider de Calidad / Lider de Proceso	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir proceso debidamente aprobado	SI
			2. Implementar el proceso de esterilizacion de la ESE	Número de procedimientos de esterilización realizados correctamente / Número total de procedimientos de esterilización programados) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad / Lider de Proceso	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir base de datos fuente del calculo del indicador para el numerador y el denominador y el soporte de las pruebas de esterilización realizadas, frente a la documentación del proceso.	
4. Gestion Asistencial	35. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, incurriendo presumamente con el incumplimiento en lo dispuesto en los artículos 2, 3, 4, y 5 de la Resolución 1995 de 1999; el artículo 8 de la Ley 2015 del 2020.	Asegurar que el registro de las historias clínicas en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpla con las normativas establecidas	1.Realizar una auditoría interna de los registros de historias clínicas para identificar deficiencias y áreas de incumplimiento y documentar todas las no conformidades encontradas en relación con las normativas mencionadas.	Número de auditorías realizadas / Número total de auditorías programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga / Sistemas Lideres de Servicios	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO En los soportes del cumplimiento de la descripción de la acción de mejora y el resultado del indicador, presentar las acciones realizadas para garantizar que el indicador este cercano al 100%, cuando se identifican oportunidades de mejora.	SI
			2. Elaborar un plan detallado para corregir las deficiencias identificadas e incluir la revisión y actualización de los procedimientos para el registro de historias clínicas.	Número de deficiencias corregidas / Número total de deficiencias identificadas) x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga / Sistemas Lideres de Servicios	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Capacitar al personal médico y administrativo en las normativas vigentes y las mejores prácticas para el registro adecuado de historias clínicas.	Número de personal capacitado / Número total de personal) x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga / Sistemas Lideres de Servicios	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Realizar monitoreo semestral para asegurar el cumplimiento con los procedimientos establecidos y realizar auditorías para verificar el cumplimiento continuo con las normatividad.	Número de registros completados correctamente / Número total de registros) x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga / Sistemas Lideres de Servicios	01/05/2024	31/12/2024		
			5. Mantener registros detallados de las auditorías, capacitaciones y cualquier incidencia relevante relacionada con las historias clínicas.	Número de revisiones realizadas / Número de revisiones programadas) x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga / Sistemas Lideres de Servicios	01/05/2024	31/12/2024		

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
4. Gestion Asistencial	36. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no garantiza el completo registro de las Historias Clínicas; incurriendo en el incumplimiento en lo dispuesto en artículo 5 de la Resolución 2350 del 2020; Tablas 9 y 34 "Puntaje de grado de deshidratación DHAKA" y tablas 17 y 40 "escala estandarizada de manifestaciones cutáneas en niños con desnutrición aguda severa SCORDOK" del "Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020 en los artículos 1 y 2 de la Resolución 1465 de 2016.	Garantizar que el registro de las historias clínicas en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpla con las normativas establecidas y las tablas correspondientes del "Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020.	1. Documentar e implementar el Procedimiento y las Herramientas para la evaluación, gestión y mejora del Diligenciamiento de la Historia Clínica teniendo en cuenta los Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020 y en los artículos 1 y 2 de la Resolución 1465 de 2016.	# un Documento Instrumento de evaluación y adherencia al diligenciamiento de la Historia Clínica teniendo en cuenta los Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad"	1	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Arliethy Gomez/ Coordinacion Medica Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO	SI
			2. Presentar informa de evaluación y adherencia trimestral al diligenciamiento de la Historia Clínica. teniendo en cuenta los Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020 y en los artículos 1 y 2 de la Resolución 1465 de 2016.	# un Documento Informe de evaluación y adherencia al diligenciamiento de la Historia Clínica teniendo en cuenta los Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad"	1	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Arliethy Gomez/ Coordinacion Medica Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	37. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, no implementa las Rutas Integrales de Atención en Salud, incurriendo en incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015; los artículos 2 y 6 de la Resolución 3280 de 2018; Numeral 1.1 del numeral 1 "atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia" del numeral I del Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud adoptada por la Resolución 3280 de 2018.	Implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud, del lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud adoptada por la Resolución 3280 de 2018.	1. Realizar auditoría para identificar el estado actual de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y documentar todas las deficiencias y áreas de incumplimiento con las normativas mencionadas.	Número de auditorías realizadas / Número total de auditorías programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Además de remitir los soportes del cumplimiento de la descripción de la acción de mejora y el resultado del indicador, remitir base de datos de atenciones a las cohortes por curso de vida, según los usuarios con los que existe contrato de aplicación de RIAS.	SI
			2. Elaborar un plan detallado para corregir las deficiencias identificada e incluir la revisión y actualización de los protocolos de atención en salud para alinearlos con las Rutas Integrales de Atención en Salud	Número de deficiencias corregidas / Número total de deficiencias identificadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Capacitar al personal médico, de enfermería y administrativo en las prácticas para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud e instruir sobre el uso correcto de los nuevos protocolos y procedimientos.	Número de personal capacitado / Número total de personal) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Mantener registros detallados de las auditorías, capacitaciones y cualquier incidencia relevante relacionada con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.	Número de revisiones realizadas / Número de revisiones programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	38. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca, NO garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la implementación del Lineamiento Técnico para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, incurriendo en el incumplimiento de Números 11.1, 11.6 y 11.7 del Artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020 artículo 27, numerales 1, 5, 9 y 10 del artículo 46 del Código de la Infancia y la Adolescencia.	Cumplir con las responsabilidades establecidas en el Lineamiento Técnico para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, durante la atención en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Realizar auditoría para identificar el estado actual de implementación del Lineamiento Técnico para el manejo de la desnutrición en niños y documentar todas las deficiencias y áreas de incumplimiento con las normativas mencionadas.	Número de auditorías realizadas / Número total de auditorías programadas) x 100	100%	Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO	SI
			2. Elaborar un plan detallado para corregir las deficiencias identificada e incluir la revisión y actualización de los protocolos para el manejo de la desnutrición en niños, alineándolos con el Lineamiento Técnico.	Número de deficiencias corregidas / Número total de deficiencias identificadas) x 100	100%	Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/08/2024		
			3. Capacitar al personal médico, de enfermería y administrativo en las prácticas parapara el manejo de la desnutrición en niños e instruir sobre el uso correcto de los nuevos protocolos y procedimientos.	Número de personal capacitado / Número total de personal) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
			4. Mantener registros detallados de las auditorías, capacitaciones y cualquier incidencia relevante relacionada con la implementación del Lineamiento Técnico.	Número de revisiones realizadas / Número de revisiones programadas) x 100	100%	Erika Egea / Lider de Calidad Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
4. Gestion Asistencial	39. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza el fortalecimiento técnico del talento humano en salud responsable del manejo integral de la desnutrición, que asegure la adherencia al lineamiento técnico, toda vez que no ha realizado la capacitación correspondiente, incumpliendo lo establecido en los Artículos 1 y 2 y Numeral 11.7 y 11.9 del Artículo 11 del "Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020.	Garantizar que la ESE Hospital San Agustín de Fonseca fortalezca técnicamente al talento humano en salud responsable del manejo integral de la desnutrición en niños, conforme a las normativas establecidas	1. Realizar Capacitación sobre Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020.	# Talento Humano Asistencial Capacitado / # total del talento Humano Asistencial * 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/07/2024	APROBADO Se aprueba no obstante la capacitación deberá realizarse a la totalidad del talento humano que tenga aplicabilidad con el lineamiento.	SI
			1. Realizar seguimiento trimestral a la Adherencia al Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad" adoptado por la Resolución 2350 de 2020.	# un Documento Informe de evaluación y adherencia al al lineamiento tecnico de la Resolucion 2350 de 2020	1	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024		
	40. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza la		1. Realizar la Deteccion e identificacion de los casos de niños de 0 a 59 meses de edad con desnutricion aguda atendidos por la ESE	# de Niños atendidos/ Numero total de Niños identificados x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO Remitir cohorte de niños con diagnóstico de DNT aguda en el periodo con las atenciones realizadas.	

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
4. Gestion Asistencial	recuperación nutricional y la continuidad de la atención, incumpliendo lo establecido en los artículos 4 y 5 de la Resolución 2350 de 2020.	Asegurar que la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumpla con las responsabilidades de garantizar la recuperación nutricional y la continuidad de la atención.	2. Realizar la Valoracion clínica y clasificacion nutricional de los niños de 0 a 59 meses de edad con desnutricion aguda Detectados por la ESE	# de Niños con Clasificacion nutricional / Numero de Niños atendidos x 100	90%	Erika Egea / Lider de Calidad Lili Daza/ Urgencias Rusbeny Corso/ Coordinacion P y M	01/05/2024	31/12/2024	APROBADO	SI
4. Gestion Asistencial	41. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza una comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo - asistencial y los usuarios, las personas de otras etnias o con discapacidad, vulnerando lo dispuesto en: Literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 y artículo 14 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y, el numeral 4 de la Circular Externa 10 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y; Artículos 2, 3 y, 5 del numeral 2.2.4. del Capítulo 2 y, literales b) y c) del numeral II del numeral 7.1.1. del capítulo 7 del numeral “. "lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018".	Definición de la o las políticas y los procesos de atención con enfoque intercultural, diferencial y preferencial de acuerdo a lo dispuesto en: Literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 y artículo 14 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y, el numeral 4 de la Circular Externa 10 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y; Artículos 2, 3 y, 5 del numeral 2.2.4. del Capítulo 2 y, literales b) y c) del numeral II del numeral 7.1.1. del capítulo 7 del numeral “. "lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018".	Consiste en implementar a través de la aprobación de las política de atención con enfoque intercultural, diferencial, preferencia, los procesos para la atención de la población vulnerable o diferencial objetivo. Estos procesos incluyen la designación de responsabilidades, contar con el talento humano requerido para la atención, implementación de estrategias de comunicación y de medios dirigidos a la población objetivo, diseño e implementación de herramientas que garanticen la atención esperada en términos de calidad y oportunidad y la designación de los recursos y elementos necesarios para la atención en salud.	Políticas y procesos documentados, aprobados e implementados.	90,0%	Pedro E. Perez - Gerente Erika Egea - Calidad Lili Daza - Urgencias Arliethy Gomez - Coordinacion Medica Rusbeny Corso - Coordinacion P y M	01/05/2024	01/05/2025	APROBADO La meta es el entregable del documento debidamente aprobado y el soporte de la implementación	SI
4. Gestion Asistencial	42. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca no garantiza el enfoque intercultural y diferencial incumpliendo lo establecido en literal C de la Circular Externa 20231510000000015-5 y numerales 1 y 2 del Artículo 2.7.1.3.5 del capítulo 3 del Decreto 780 de 2016 y artículo 11.2 de la Resolución 2350 de 2020	Definición de la o las políticas y los procesos de atención con enfoque intercultural, diferencial y preferencial de acuerdo a lo establecido en literal C de la Circular Externa 20231510000000015-5 y numerales 1 y 2 del Artículo 2.7.1.3.5 del capítulo 3 del Decreto 780 de 2016 y artículo 11.2 de la Resolución 2350 de 2020	1. Consiste en implementar a través de la aprobación de las política de atención con enfoque intercultural, diferencial, preferencia, los procesos para la atención de la población vulnerable o diferencial objetivo. Estos procesos incluyen la designación de responsabilidades, contar con el talento humano requerido para la atención, implementación de estrategias de comunicación y de medios dirigidos a la población objetivo, diseño e implementación de herramientas que garanticen la atención esperada en términos de calidad y oportunidad y la designación de los recursos y elementos necesarios para la atención en salud.	Políticas y procesos documentados, aprobados e implementados.	90,0%	Pedro E. Perez - Gerente Erika Egea - Calidad Lili Daza - Urgencias Arliethy Gomez - Coordinacion Medica Rusbeny Corso - Coordinacion P y M	01/05/2024	01/05/2025	APROBADO La meta es el entregable del documento debidamente aprobado y el soporte de la implementación	SI
5. Gestion Financiera	43. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, para la vigencia 2023, presenta déficit presupuestal respecto al recaudo del 0,17%, situación que refleja una vulneración a los principios presupuestales de universalidad, unidad de caja y programación integral aspecto que conlleva a un presunto incumplimiento de los principios presupuestales establecidos en los artículos 2 al 7 del Decreto 115 de 1996.	Documentar proceso para la Revisión, Análisis y Ajuste de la gestión presupuestal que coadyuve al cumplimiento de los principios presupuestales establecidos en los artículos 2 al 7 del Decreto 115 de 1996.	1. Definir las herramientas para el revisión y análisis de la gestión presupuestal con periodicidad trimestral de acuerdo a la información cargada en siho 2193 y en los términos establecidos en la Resolución 408 de 2018, Indicador 9 Anexo 2. Adicionalmente las siguientes acciones: * Programación Presupuestal Trimestral. * Revisión mensual y trimestral de los ingresos recaudados para la adquisición de los compromisos. * Revisión del informe de producción y las tendencias para ajustar la contratación de servicios. * Reuniones de Revisión Mensual y Trimestral de la producción vs gastos de funcionamiento y operación comercial de prestación de servicios para ajustar contratos y compromisos presupuestales. Dicho análisis tendrá en cuenta los compromisos que se hagan de vigencias trimestrales futuras y se llevará un control de manera que al terminar la vigencia la entidad muestre superávit en el Equilibrio Presupuestal con Recaudo. Como medida de mejora, se pretende adquirir compromisos con periodicidad trimestral de manera que permite un análisis mas preciso del indicador de Equilibrio Presupuestal.	Ejecución Presupuestal Con Recaudo	= > 1	Pedro E. Perez / Gerente Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/07/2024	28/02/2025	APROBADO	SI
5. Gestion Financiera	45. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, para lo correspondiente a las vigencias 2022 y 2023, no cumple con la utilización del porcentaje mínimo legalmente establecido para el mantenimiento hospitalario, según el Artículo 189 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con los Artículos 1° y 9° del Decreto 1769 de 1994 y artículos 2.5.3.8.1.1, 2.5.3.8.1.7 y 2.5.3.8.1.9 del Decreto 780 de 2016.	Revisión y ajuste del proceso para la asignación del rubro de mantenimiento.	1. Inclusión dentro del presupuesto de cada vigencia el valor el 5% correspondiente al Mantenimiento Hospitalario de acuerdo a los estipulado en el decreto 1769 de 1994.	% De Cumplimiento de los planes de mantenimiento (# de actividades realizadas / Total Actividades programadas) * 100	95%	Pedro E. Perez / Gerente Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/07/2024	28/02/2025	APROBADO.	SI
			2. Ajustar y/o diseñar los planes de mantenimiento con valores individuales, que cubran los valores presupuestales de ley.	% de Ejecución Presupuestal del Mantenimiento (Valor Ejecutado / Valor Programadao) * 100	> 100%					
			3. Realizar seguimiento semestral a la ejecución presupuestal del Plan de Mantenimiento.							
5. Gestion Financiera	46. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, presuntamente no ha actualizado su manual de políticas contables, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 212 de 2021 y el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de	Actualización y Aprobación del Manuales de Políticas Contables en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 212 de 2021 y el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de las IPS y artículo 185 de la Ley	1. Revisión, ajuste y aprobación del Manual de Políticas Contables de acuerdo a la Resolución 212 de 2021 , Resolución 3100 de 2019, y la Ley 100 de 1993.	Manuales de Políticas Contables Ajustado y Aprobado	1	Pedro E. Perez / Gerente Damaris Herrera / Contador Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/07/2024	31/12/2024	APROBADO	SI
			2. Socialización del Manual de Políticas Contables al equipo administrativo y financiero.	% de personal capacitado en el Manual de Políticas Contables (# personas capacitadas / Total personal) * 100	90%	Pedro E. Perez / Gerente Damaris Herrera / Contador Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/07/2024	31/12/2024		

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
	las IPS y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.	100 de 1993.	3. Evaluación de las Políticas Contables en el Comité de Sostenibilidad Contable.	% de ejecución de las políticas contables (# de políticas aplicadas / Total Políticas) * 100	90%	Pedro E. Perez / Gerente Damaris Herrera / Contador Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/07/2024	31/12/2024		
5. Gestion Financiera	47. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, presenta una diferencia por valor de \$1.134 millones en el activo corriente, en cuentas por cobrar para la vigencia 2022, al comparar los Estados Financieros aportados correspondientes al reporte en el sistema de información Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública – CHIP dispuesto por la Contaduría General de la Nación, con la información reportada en el Sistema de Información Hospitalario – SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, evidenciando falta de verificabilidad de la información vulnerando lo establecido en el numeral 8.1.2, del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Diseño e implementación de proceso para la revisión, análisis y verificación de la información financiera y/o de Cartera que se carga ante las entidades de vigilancia y control.	Revisión de registros contables consolidados en los estados financieros y los reportes cargados en las diferentes plataformas como el portal SIHO Y CHIP. Plan de trabajo para allegar información sobre los hechos económicos realizados por la ESE en lo corrido de la vigencia para presentar ante el Comité de Sostenibilidad Contable que nos permita estudiar, evaluar y depurar los registros en los que se sustenten errores, en la búsqueda de darle cumplimiento a los preceptos en el numeral 8.1.2, del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Proceso documentado, aprobado e implementado.	1	Monica Manjarrez / Presupuesto Eider Rivera / Asesor Financiero	01/05/2024	31/12/2024	Durante el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento se verificará la consistencia de la información financiera reportada por la ESE, para lo cual deberá remitir en cada corte de seguimiento al plan de mejoramiento el Balance General.	SI
5. Gestion Financiera	48. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, presenta valores diferentes al comparar el reporte Cartera por Deudor incorporado en el Sistema de Información Hospitalario - SIHO frente a lo suministrado en la auditoría en el requerimiento Estado de cartera por pagador, por edad y cálculo del deterioro a diciembre de 2022 y 2023, evidenciando falta verificabilidad y comprensibilidad de la información, situación que no permite efectuar un análisis razonable frente a la situación financiera de la ESE, vulnerando el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Diseño e implementación de proceso para la revisión, análisis y verificación de la información financiera y/o de Cartera que se carga ante las entidades de vigilancia y control.	Revisión de registros contables consolidados en los estados financieros y los reportes cargados en las diferentes plataformas como el portal SIHO Y CHIP. Plan de trabajo para allegar información sobre los hechos económicos realizados por la ESE en lo corrido de la vigencia para presentar ante el Comité de Sostenibilidad Contable que nos permita estudiar, evaluar y depurar los registros en los que se sustenten errores, en la búsqueda de darle cumplimiento a los preceptos en el numeral 8.1.2, del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Proceso documentado, aprobado e implementado.	1	Deisy Diaz - Cartera Eider Rivero / Contador	01/05/2024	31/12/2024	Durante el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento se verificará la consistencia de la información financiera reportada por la ESE, para lo cual deberá remitir en cada corte de seguimiento al plan de mejoramiento el Reporte de cartera.	SI
5. Gestion Financiera	49. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, según lo reportado en cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013, presenta diferencias significativas respecto de lo reportado por las Entidades Responsables de Pago y lo reportado por sí misma, así como lo reportado en SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social con corte a 31 de diciembre de 2023. Lo anterior implica que la ESE incumple la Circular Conjunta 030 de 2013 en el numeral 4.5, literal e; la Ley 1438 de 2011, artículos 114 y 122, la Resolución 6066 de 2016, artículo 2, en cuanto a la depuración contable permanente y sostenible entre las partes, así como la Ley 1797 de 2016 artículo 9.	Documentar proceso institucional para la consolidación, depuración, validación y reporte de la información en cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013.	1. Documentar el proceso para la consolidación de la información, depuración y validación de la información financiera. El proceso contiene: * Las fuentes de información de la información a reportar. * Los tiempos y comités responsables de la revisión y validación de la información. * Los responsables de la captura y consolidación de la información. * La certificación y aprobación de la información a reportar. * Los responsables del reportes y custodia de la información reportada.	proceso para la consolidación de la información, depuración y validación de la información financiera documentado y aprobado	1	Pedro E. Perez - Gerente Deisy Diaz - Cartera	01/07/2024	31/12/2024	APROBADO. Como soporte de cumplimiento de esta acción de mejora, la ESE debe remitir un informe de máximo 3 páginas de las acciones de conciliación y depuración de cartera. Deberá anexar de igual forma, en archivo Excel el total de la cartera de la institución por venta de servicios de salud, desagregada por edades y por ERP.	SI
			2. Aprobación y Socialización del proceso institucional para la consolidación, depuración, validación y reporte de la información en cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013.			Pedro E. Perez - Gerente Deisy Diaz - Cartera	01/07/2024	31/12/2024		
			3. Depuración de la cartera con las Empresas Responsables del Pago.			Pedro E. Perez - Gerente Deisy Diaz - Cartera	01/07/2024	31/12/2024		
5. Gestion Financiera	50. La ESE Hospital San Agustín de Fonseca al no haber realizado el pago oportuno de los honorarios, correspondientes a los meses de enero y febrero de 2024, al personal contratado a través de la modalidad de prestación de servicios, ocasionó que no se garantizaran los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, establecidos en el literal a) Disponibilidad y los principios del derecho fundamental a la salud prescritos en literales d) Continuidad, e) Oportunidad y k) Eficiencia. del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015; así como lo establecido en el artículo 18 ibidem, en cuanto al respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.	Realizar el Pago Oportuno de los honorarios al personal contratado a través de la modalidad de prestación de servicios, garantizando la disponibilidad, continuidad, oportunidad y eficiencia del servicio de salud, así como el respeto a la dignidad de los profesionales de la salud en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca	1. Definir , documentar y socializar un procedimiento para la programacion y ejecución de los pagos al personal contractual de la ese Hospital San Agustín de Fonseca.	Número de procedimientos de pago realizados correctamente / Número total de procedimientos x 100	90%	Pedro E. Perez / Gerente Laura / Lider Contratación Damaris Herrera / Contador Alex Romero - Talento Humano	01/07/2024	31/07/2024	APROBADO	SI
			2. Realizar el Pago mensual oportuno de los honorarios teniendo en cuenta lo definido en el Procedimiento.	Número de pagos realizados / Número total de pagos programados x 100	90%	Pedro E. Perez / Gerente Laura / Lider Contratación Laura / Apoyo de Tesoreria Alex Romero - Talento Humano	05/07/2024	31/12/2024	APROBADO. Como soporte de cumplimiento de esta acción de mejora, la ESE debe remitir en un archivo Excel la relación de contratistas (OPS) de la entidad contratados durante la vigencia 2024, que contenga como mínimo número de contrato, nombre del contratista, número de identificación, fecha de inicio y finalización del contrato, valor contratado, pagos realizados, saldos pendientes por pagar y saldo pendiente por ejecutar.	SI

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)
5. Gestion Financiera	52. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, presenta una diferencia de \$1.134 millones en los ingresos por ventas correspondiente a la vigencia 2022, al comparar lo reportado en SIHO frente a lo entregado en la auditoria en el requerimiento Estados Financieros certificados y dictaminados cortes diciembre 2022, lo que evidencia falta de verificabilidad y comprensibilidad de la información; situación que no permite efectuar un análisis útil para la toma de decisiones económicas de la ESE, vulnerando el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Diseño e implementación de proceso para la revisión, análisis y verificación de la información financiera que se carga ante las entidades de vigilancia y control.	Revisión de los registros contables consolidados en los estados financieros y los reportes cargados en las diferentes plataformas como el portal SIHO Y CHIP, adicionalmente se hará un plan de trabajo para allegar información sobre los hechos económicos realizados por la ESE en lo corrido de este año para presentar ante el Comité de Sostenibilidad Contable que nos permita estudiar, evaluar y depurar los registros en los que se sustente errores, en la búsqueda de darle cumplimiento a los preceptos en el numeral 8.1.2, del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Proceso documentado, aprobado e implementado.	1	Eider Rivero / Asesor Financiero	01/05/2024	31/12/2024	Durante el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento se verificará la consistencia de la información financiera reportada por la ESE, para lo cual deberá remitir en cada corte de seguimiento al plan de mejoramiento el Estado de Resultados, Ejecución Presupuestal y Facturación.	SI
5. Gestion Financiera	53. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, al no contar con un sistema contable que le permita registrar los costos de los servicios ofrecidos, incumple lo dispuesto en el parágrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993.	Diseño e implementación de Sistema de Gestión de costos.	Diseño de un sistema y/o herramienta de costos aplicable a la entidad que incluya: la definición de la producción y productividad por servicios de acuerdo a la capacidad instalada física y de talento humano definida, las clasificación y distribución de los gastos y costos administrativos y operativos, los costos del talento humano de planta operativo, costos de personal contratista operativo. La consolidación de los gastos y costos por centro de costos que defina prorrates de costos en los casos que se requiera para definir los costos promedio por servicios y/o Productos.	Sistema de costos diseñado y aprobado.	1	Pedro E. Perez / Gerente Alex Romero / Lider de Talento Humano Eider Rivero / Contador Yuliana Pelaez / Lider de Contratación Erika Egea / Lider de calidad	01/07/2024	01/03/2025	APROBADO	SI
5. Gestion Financiera (Facturacion)	54. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, presenta valores diferentes en el Informe de Facturación entregado en la auditoria con la información reportada en SIHO correspondiente a las vigencias 2022 y 2023, en cuanto a lo facturado y lo glosado, lo que evidencia falta de verificabilidad y comprensibilidad de la información; situación que no permite efectuar un análisis útil para la toma de decisiones económicas de la ESE, vulnerando presuntamente el numeral 8.1.2del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Diseño e implementación de proceso para la revisión, análisis y verificación de la información financiera y de facturación que se carga ante las entidades de vigilancia y control.	1. Revisión de los registros contables consolidados en los estados financieros, facturación y los reportes cargados en las diferentes plataformas como el portal SIHO Y CHIP, adicionalmente se hará un plan de trabajo para allegar información sobre los hechos económicos realizados por la ESE en lo corrido de este año para presentar ante el Comité de Sostenibilidad Contable que nos permita estudiar, evaluar y depurar los registros en los que se sustente errores, en la búsqueda de darle cumplimiento a los preceptos en el numeral 8.1.2, del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, Artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016, numeral 4 del marco conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y numeral 2 del artículo 2.5.1.3.2.3. del Decreto 780 de 2016.	Proceso documentado, aprobado e implementado.	1	Pedro E. Perez / Gerente Robert Diaz - Facturacion Deisy Torres / Cartera Damaris Herrera / Contador Eider Rivero / Asesor Financiero	01/07/2024	01/07/2025	Durante el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento se verificará la consistencia de la información financiera reportada por la ESE, para lo cual deberá remitir en cada corte de seguimiento al plan de mejoramiento la cartera de la ESE, Facturación y relación de glosas.	SI
			2. Evaluacion trimestral de la informacion financiera reportada por la ESE Hospital San Agustin de fonseca donde se verifique la cartera de la ESE, Facturación y relación de glosas.	Numero de Seguimiento y evaluacion realizadas / Total de Seguimiento y evaluaciones programadas * 100	100%	Pedro E. Perez / Gerente Robert Diaz - Facturacion Deisy Torres / Cartera Damaris Herrera / Contador Eider Rivero / Asesor Financiero	01/07/2024	01/07/2025		
5. Gestion Financiera (Facturacion)	55. La ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA, no tiene definidos los procesos y procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito, así como tampoco cuenta con mecanismos de consolidación y análisis de la información relacionada con la gestión para la atención del accidente de tránsito, incumpliendo presuntamente lo establecido en el subnumeral 2.1. numeral 2 de la Circular Externa 015 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.	Documentación de los procesos y procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito.	Diseño de los procesos y procedimientos que incluya: Criterios para la identificación de los pacientes víctimas de tránsito, necesidades de atención en razón del accidente, cadena de comunicación e información, documentos requeridos para las reclamaciones, mecanismos de consolidación y análisis de la información, acceso oportuno de información de salud a los interesados, estrategias de uso adecuado y racional de los recursos de la salud, entre otros.	Proceso de gestión de accidentes de tránsito documentado, aprobado e implementado.	1	Pedro E. Perez / Gerente Robert Diaz - Facturacion Erika Egea / Lider de Calidad Carlos Arzuaga - Sistemas	01/06/2024	31/12/2024	APROBADO	SI