



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.659-0

OFICINA CONTROL INTERNO

INFORME

INFORME SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA VIGENCIA 2025

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

Puerto Caicedo - Putumayo

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2028**



E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.649-0

OFICINA CONTROL INTERNO

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de evaluación del Sistema Institucional de Control Interno, presenta el Informe de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional, correspondiente a la vigencia 2025, segundo semestre.

El Informe se establece mediante el seguimiento a los distintos planes de mejoramiento resultantes de las auditorías externas o a nivel interno dentro del proceso de mejoramiento continuo institucional, así como las del grupo de análisis de los Eventos Adversos.

OBJETIVO

Realizar la evaluación y verificación de cumplimiento a los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías externas e internas Institucionales, correspondiente al periodo del 1 de julio a 31 de diciembre de 2025 en la E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ de Puerto Caicedo Putumayo.

ALCANCE

El presente informe aplica a los Planes de Mejoramiento Institucional vigencia 2025, y está dirigido hacia los diferentes tipos de Auditorías realizadas en la E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ de Puerto Caicedo Putumayo.

- Auditoría Interna Calidad
- Auditorías Externas
- Auditorías Internas
- Comités
- Seguridad del Paciente (Eventos adversos)
- Grupos de Mejoramiento

MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1993: organiza el ejercicio del Control Interno de los organismos del Estado.
- Decreto 1499 de 2017: actualiza Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG.
- Decreto 780 de 2016 Decreto único reglamentario del sector salud y Protección Social.
- Lineamientos PAMEC



PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Resultados y Análisis

El seguimiento a los planes de mejoramiento se realiza con corte a 31 de diciembre del 2025, correspondiente al segundo semestre de la vigencia en mención. De acuerdo a los informes de cumplimiento en la ejecución de dichos planes de mejoramiento estos alcanzaron un porcentaje de cumplimiento, así:

Tipo de Acción	Estado				Total	% cumplimiento
	Programado	Ejecutado	En Proceso	Sin Avance		
Inspección, Vigilancia y Control (IVC)	30	4	26	0	30	13,33
Pamec - Auditoría y Proceso de mejora	143	130	13	0	143	90,91
TOTAL	173	134	39	0	173	

PLAN DE MEJORAMIENTO DERIVADO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (IVC)

El informe de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento externos e internos para la vigencia 2025, se puede observar que para el Plan De Mejoramiento Derivado De La Visita De Inspección, Vigilancia Y Control (Ivc), del total de 30 ítems establecidos en el Plan de Mejoramiento, 4 acciones de mejoramiento (correspondientes a los ítems 1, 2, 21 y 30) se encuentran cumplidas al 100%, dentro de los plazos establecidos y con soporte documental verificable.

Las 26 acciones de mejoramiento restantes se encuentran programadas para ejecución en fechas posteriores, dado que corresponden a adecuaciones físicas, revisión documental, intervenciones en redes e infraestructura, las que requieren procesos técnicos, administrativos y presupuestales adicionales.

Las acciones programadas se ejecutarán conforme a la planeación institucional y a la disponibilidad de recursos, teniendo en cuenta que los recursos asignados para el plan de mantenimiento en la vigencia 2025, donde de forma obligatoria está contemplado estas acciones.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC 2025

El plan de mejoramiento se elabora con las 143 oportunidades de mejora priorizadas, a las cuales se les asigna, el proceso responsable, el tipo de acción, el mes de inicio, el mes de finalización y las fechas de seguimiento.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC

En esta etapa participaron todos los líderes de procesos bajo la coordinación del Auditor PAMEC. De las acciones de mejora desarrolladas se dejaron los respectivos soportes.

De las 143 acciones de mejoramiento programadas se cumplieron 130, alcanzando una % de ejecución del 90%. Quedaron 13 acciones de mejora pendientes por cumplir, que se retomaran en la vigencia 2026.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (AUDITORÍAS INTERNAS)

Las auditorías internas para evaluar la ejecución del Plan de Acción de PAMEC las desarrolló la Oficina Auditora de Calidad Referente PAMEC.

Para la evaluación del cumplimiento se planificaron y ejecutaron tres auditorías, una en el mes de septiembre, otra en el mes de noviembre y la última para el mes de diciembre. El registro de la evaluación se diligenció en el siguiente formato:

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ NIT. 846.901.649-0		CÓDIGO INTERNOSPAMEC/08					
AUDITORÍA A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		Fecha:					
		Fecha de finalización:					
SISTEMA UNICO DE AGENDACION							
CIQUEPBO	SISTEMA UNICO DE AGENDACION						
VIENENCIA	DET	AUDITORIA/á	T				
Me	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
1	Se verifica disponibilidad de procedimiento de recolección, categorización de deudas y deudas.	Se documenta el procedimiento de recolección, categorización de deudas y deudas.	Coordinador SUU	BIEN	NOV/2025	COMPLETO	Alto
2	Se ha actualizado manual en relación a la recolección de los deudas y deudas.	Delimita metodología y la formaliza con que se recolectan los deudas y deudas de los pacientes.	Coordinador SUU	BIEN	NOV/2025	COMPLETO	Alto
3	Se verifica publicación en la página web sobre el multar los deudas y deudas de los pacientes.	Publica los deudas y deudas de los pacientes en la página web de la institución.	Coordinador SUU	BIEN	NOV/2025	COMPLETO	Alto
4	El personal realiza la verificación de cumplimiento de estándares de calidad a los proveedores de los servicios y servicios asociados.	Realiza la auditoría interna al cumplimiento de los estándares de los servicios asociados: (Administración, Planificación, Transportes, Disposición Final de Residuos Peligrosos).	Auditoría de Calidad	BIEN	NOV/2025	Pendiente	Bajo
5	El personal de la metodología para la evaluación y publicación de la Política de Seguridad/Promoción de la Salud.	Delimita metodología socialización de la Política de Seguridad/Promoción de la Salud.	Coordinador de Seguridad del Paciente	BIEN	NOV/2025	COMPLETO	Alto



OFICINA CONTROL INTERNO

24	Ejercicio actual de protocolo de asignación de citas	Actualiza el protocolo de asignación de citas	Coordinador SMA	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
25	Se requiere posicionar el protocolo de asignación de citas	Coalice el protocolo de asignación de citas	Coordinador SMA	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
26	Ejercicio publica el protocolo de coordinación e interacción de la demanda que tiene el paciente de escoger al profesional tratante	Publica e divulga que tiene el paciente de escoger al profesional tratante	Coordinador SMA	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
27	Se debe documentar el procedimiento de Capacidad Instalada, el cual incluye la descripción de la capacidad de cada servicio con el número de profesionales y el tiempo de los procedimientos.	Documenca el procedimiento de Capacidad Instalada	TeléfonoHoy	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
28	Ejercicio actual de el procedimiento de Capacidad Instalada con el personal	Actualiza el procedimiento de Capacidad Instalada con el personal	TeléfonoHoy	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
29	Ejercicio actual de Manual de Atención al Usuario e incluir información en los casos en que el usuario tiene derecho	Actualiza el Manual de Atención al Usuario con la información en los casos en que el usuario tiene derecho	Coordinador SAU	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
30	Se requiere posicionar con todo el personal el Manual de Atención al Usuario	Coalice con todo el personal el Manual de Atención al Usuario	Coordinador SAU	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
31	Se debe actualizar el Procedimiento de Asignación de Citas	Actualiza el Procedimiento de Asignación de Citas	Coordinador SAU	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
32	Se debe actualizar el Procedimiento de Asignación de Citas	Coalice el Procedimiento de Asignación de Citas	Coordinador SAU	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
33	Ejercicio diagnóstico de las salas de espera pedagógico (publicación en las salas de espera de la institución)	Diagnostica las salas de espera pedagógico y publicarlo en las salas de espera de la institución	QuiéFaber	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
34	Ejercicio actual de la sala de espera con el usuario en la sala de espera	Coalice la sala de espera con el usuario en la sala de espera	Coordinador de PIM	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
35	No se ha definido el laboratorio menor que permita medir la aptitud del servicio de laboratorio, ningún diagnóstico, tratado al servicio de hospitalización, atención	Define los laboratorios menores que permitan medir la aptitud del servicio de laboratorio, ningún diagnóstico, tratado al servicio de hospitalización, atención	CAJAO	8/9/2025	8/9/2025	NO COMPLETO	
36	Se debe actualizar el Procedimiento de Preparación para Toma de Rayos X	Actualizar el Procedimiento de Preparación para Toma de Rayos X	Rigori	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
37	Se debe actualizar el Procedimiento de Recomendación Prey Post Oncológicos	Actualizar el Procedimiento de Recomendación Prey Post Oncológicos	Coordinador de Oncología	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
38	Se debe actualizar el Protocolo de Toma de Muestra de Laboratorio Clínico	Actualizar el Protocolo de Toma de Muestra de Laboratorio Clínico	Coordinador de Laboratorio	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
39	Ejercicio actual de el Procedimiento para atender al personal externo al que pertenece SAS y incluir la educación básica al paciente y familia	Actualizar el Procedimiento para atender al personal externo al que pertenece SAS y incluir la educación básica al paciente y familia	Plan de Seguridad del Paciente	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
40	Se requiere actualizar el procedimiento de atención de los pacientes, su familia y el personal que presta los SAS	Actualizar el procedimiento de atención de los pacientes, su familia y el personal que presta los SAS	Plan de Seguridad del Paciente	8/9/2025	8/9/2025	COMPLETO	Ninguna
41	Se requiere actualizar la información de actualización de PIM	Actualizar la información de actualización de PIM	PIM - Calidad	8/9/2025	8/9/2025	NO COMPLETO	



OFICINA CONTROL INTERNO

42	Se requiere validar la evaluación de cumplimiento de indicadores de PPH de áreas municipales implemente las oportunamente los sistemas de apoyo correspondientes.	Realizar la evaluación de cumplimiento de los indicadores de PPH de áreas municipales implemente las oportunamente los sistemas de apoyo correspondientes.	PHM - Calidad	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
43	Se requiere que el Proceso de Referencia en el Plan Institucional de Capacitación.	Validar el Proceso de Referencia en el Plan Institucional de Capacitación.	Tallería Mariana	8/8/2024	8/8/2024	COMPLETO	Ninguno
44	Me en trámite documentado el procedimiento de evaluación de desempeño del equipo en el área de planeación y salud.	Documentar el Procedimiento de la Evaluación de Desempeño del Equipo en Asesoría Técnica en Salud.	Atención de Seguridad del Paciente	8/8/2025	8/8/2025	COMPLETO	Ninguno
45	Se requiere validar el Modelo de Atención con Atención de Necesidades grupales y profesionales específicos.	Actualizar el Modelo de Atención con atención diferenciada y grupos poblacionales especiales.	Calidad	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
46	Es necesario validar con el personal externo el Proceso de Perfil y Diseño de Tallas.	Validar con el personal externo el Proceso de Perfil y Diseño de Tallas.	Comité de Seguridad de Alimentos	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
47	Se debe validar Manual de Calidad de Atención.	Validar el Manual de Calidad de Atención.	Comité de Seguridad de Alimentos	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
48	Se debe validar la OPG adoptada por la institución.	Validar la OPG adoptada por la institución.	Coordinador Médico	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
49	Se requiere validar el Proceso de Complicaciones en Odontología.	Validar el Proceso de Complicaciones en Odontología.	Coordinador de Odontología	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
50	Se requiere documentar el protocolo de evaluación de imágenes diagnósticas.	Documentar el protocolo de evaluación de imágenes diagnósticas.	Papel 2	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
51	Es necesario validar el Proceso de Toma de Medicación con el personal de urgencias, hospitalarias y consultorios.	Validar el Proceso de Toma de Medicación con el personal de urgencias, hospitalarias y consultorios.	Coordinador de Laboratorio	6/8/2025	8/8/2025	COMPLETO	Ninguno

52	Es necesario validar el control de Promoción y Mantenimiento por medio de la inspección física de los procesos, su registro, sus dispositivos y los correspondientes de gestión.	Validar el control de Promoción y Mantenimiento en Salud.	Gerencia - Calidad	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
53	No se valida un flujo de actividades de PPH por cada EPS.	Validar el flujo de actividades de PPH por cada EPS.	Coordinador de PPH - Calidad	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
54	No se valida la evaluación de indicadores de cumplimiento de los componentes de PPH.	No se valida la evaluación de cumplimiento de los componentes de PPH.	Gerencia - Coordinador de PPH - Calidad	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
55	Es necesario documentar el Proceso de Autorizado.	Documentar el Proceso de Autorizado.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
56	Es necesario validar el Proceso de Autorización con todo el personal y centros externos.	Validar el Proceso de Autorización con todo el personal y centros externos.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
57	Es necesario validar el procedimiento de División y entrega de la HSA en unidades para la evaluación de calidad al familiar de paciente y el personal.	Validar el Procedimiento de División y entrega de la HSA en unidades para la evaluación de calidad al familiar de paciente y el personal.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
58	El protocolo de consentimiento informado no aplica al paciente y a los padres que no se aplican los procedimientos.	Validar el Proceso de Consentimiento informado que aplica al paciente.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
59	No se valida la actividad por la calidad de las actividades autorizadas en el área de atención y/o procedimientos, los dispositivos, los riesgos y las alternativas de tratamiento.	Validar los resultados de consentimiento informado en donde se describe el procedimiento, los riesgos y/o daño y las alternativas de tratamiento.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno
60	No se valida documentado los procedimientos autorizados que se aplican por los procedimientos de referencia, telemedicina, etc.	Validar los resultados de consentimiento informado que se aplican en la institución por procedimientos de referencia, telemedicina, etc.	Gerencia de Seguridad del Paciente	6/8/2025	6/8/2025	COMPLETO	Ninguno



OFICINA CONTROL INTERNO

40	El proceso social y Programa de Atención de Emergencias en Salud	Actualiza el Programa de Atención de Emergencias en Salud	Federación de Seguridad del Paciente	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
42	El proceso social y Programa de Rehabilitación y Atención en Salud	Soporta el Programa de Rehabilitación y Atención en Salud	Federación de Seguridad del Paciente	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
43	No se tiene documentado el Programa de Optimización del Laboratorio PREG	Documenta el Programa de Optimización de Laboratorio PREG	Coordinador Médico	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
44	No se ha realizado el control de calidad del PREG en el personal administrativo	Soporta el Programa de Optimización del Laboratorio PREG en el personal administrativo	Coordinador Médico	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
45	No se tiene controlado el Protocolo de Toma de Muestras del Laboratorio Clínico en donde se incluye el control de calidad de los reactivos, reactivos, reactivos	Soporta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
46	El proceso social y el Protocolo de Toma de Muestras con el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Soporta el Protocolo de Toma de Muestras con el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
47	El proceso de desarrollo del Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Documenta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
48	No se tiene controlado el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Soporta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
49	El proceso social y el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Soporta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
50	El proceso social y el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Soporta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
51	No se tiene documentado el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Documenta el Protocolo de Toma de Muestras en el personal de apoyo de laboratorio y PREG	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
52	Se tiene documentado el procedimiento de respuesta inmediata en caso de que se le retenga el laboratorio	Documenta el procedimiento de respuesta inmediata en caso de que se le retenga el laboratorio	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
53	El proceso de respuesta inmediata en caso de que se le retenga el laboratorio	Documenta el procedimiento de respuesta inmediata en caso de que se le retenga el laboratorio	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
54	El proceso social y el Protocolo de Limpieza y Desinfección de Areas Hospitalarias por Limpieza Operativa de Equipos Médicos	Actualiza el Protocolo de Limpieza y Desinfección de Areas Hospitalarias por Limpieza Operativa de Equipos Médicos	Agencia Asesora Ingeniería Ambiental	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
55	Se tiene documentado el Protocolo de Conservación y Mantenimiento de la Capacidad de respuesta y procedimiento de control de cumplimiento	Documenta el Protocolo de Conservación y Mantenimiento de la Capacidad de respuesta y procedimiento de control de cumplimiento	Coordinador de Laboratorio	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
56	El proceso social y el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Actualiza el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Cajalí	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
57	El proceso social y el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Actualiza el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Cajalí	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo
58	El proceso social y el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Actualiza el Modelo de Atención en Salud en donde se describe el flujo de las actividades de Atención Primaria y Salud Operativa	Cajalí	8/1/2025	8/1/2025	COMPLETO	Negativo



71	Se debe revisar la adaptación de los procedimientos internos con los requerimientos de la Ley 1712 de 2014.	Revisar los OPC de los procedimientos internos con los requerimientos de la Ley 1712 de 2014.	Calidad	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
72	Se debe revisar la adaptación de los OPC a nivel del área de TI.	Revisar los procedimientos OPC adaptados por el área de TI según el plan de implementación.	Calidad	15/03/2015	15/03/2015	INCOMPLETO	
73	Se requiere actualizarse el Protocolo de Cadena de Custodia de Información en el Estado de Cuenta de Custodia, la conservación y seguridad de la información.	Actualizar el Protocolo de Cadena de Custodia de Información en el Estado de Cuenta de Custodia, la conservación y seguridad de la información.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
74	El manual de procedimientos de procesos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Documentar el protocolo de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
75	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
76	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
77	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
78	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
79	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
80	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
81	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
82	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
83	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna
84	El manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Actualizar el manual de procedimientos de atención de pacientes de mayor complejidad clínica.	Planeación de Seguridad Física	15/03/2015	15/03/2015	COMPLETO	Ninguna



OFICINA CONTROL INTERNO

30	El resultado analiza el Programa de Mantenimiento de los Servicios de Salud	Analizar el Programa de Mantenimiento de los Servicios de Salud	Depto de Seguridad del Paciente	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
36	Revisión documental del Programa de Mantenimiento Preventivo Calentador de Equipos Diagnósticos, Planta Central, Cables endoscópicos, lavatorio, avitoxo, autoclave, cámara y refrigerador, congelador, sala de H2O2, etc.	Documentar el Programa de Mantenimiento Preventivo Calentador de Equipos Diagnósticos, Planta Central, Cables endoscópicos, lavatorio, avitoxo, autoclave, cámara y refrigerador, congelador, sala de H2O2, etc.	Área de Mantenimiento	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
37	El resultado analiza el Programa de Mantenimiento de los Servicios de Salud	Analizar el Programa de Mantenimiento de los Servicios de Salud	Depto de Seguridad del Paciente	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
38	El resultado analiza el estado operacional del Programa de Atención de la Gestión de Salud	Conciliar con todo el personal el Programa de Atención de la Gestión de Salud	Depto de Seguridad del Paciente	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
39	La institución cuenta con política de Procedimiento de Emergencia	Existe la Política de Procedimiento de Emergencia	Calidad	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
40	Se revisa acorde con las directrices promulgadas en el Plan de Acción del PAMCC	Conciliar con los líderes de promoción el Plan de Acción del PAMCC	Calidad	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
41	El resultado analiza el Modelo de Atención con Salud con enfoque de APS, salud familiar y comunitaria, poblacional y diferencial, tomada con enfoque multidisciplinario.	Actualizar el Modelo de Atención con Salud con enfoque de APS, salud familiar y comunitaria, poblacional y diferencial, tomada con enfoque multidisciplinario.	Calidad	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
42	Se revisa documental el plan de contingencias	Documentar el plan de contingencias	Comunicación/IMS	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
43	El resultado analiza la Política de Prestación de los servicios de salud, basada en el Modelo de Atención de Atención de Atención	Clarificar Política de Prestación de Servicios de Salud, basada en el Modelo de Atención de Atención	Calidad	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
44	El resultado analiza la Política de Prestación de Servicios	Revisar la Política de Prestación de Servicios	Calidad	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
45	Se revisa la identidad y las oportunidades de mejora sobre los riesgos operacionales y operativos	Identificar las oportunidades de mejora sobre los riesgos operacionales y operativos	Comunicación/Depto de Seguridad del Paciente - Calidad - Línea de Vida	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
46	El resultado analiza el Plan Operativo Anual 2023 y describe la actividad y la conformidad del mismo	Ajustar el Plan Operativo Anual 2023 y describir la actividad y la conformidad del mismo	Planeación	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
47	El resultado analiza el programa de humanización de los servicios de salud, donde se incluye una oferta con enfoque diferencial acorde al modelo de atención	Actualizar el programa de humanización de los servicios de salud, donde se incluye una oferta con enfoque diferencial acorde al modelo de atención	Atención al Paciente	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
48	Se revisa el documento y el procedimiento del Procedimiento de Capacitación, para la identificación de necesidades de talento humano en el área de formación	Documentar el Procedimiento de Capacitación, para la identificación de necesidades de talento humano en el área de formación	Talentos Humanos	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
49	Se revisa acorde al Modelo de Evaluación de Competencias en donde se describe cada competencia y sus indicadores, y se los responsabiliza, desde el nivel de área hasta el nivel de institución	Actualizar el Modelo de Evaluación de Competencias en donde se describe cada competencia y sus indicadores, y se los responsabiliza, desde el nivel de área hasta el nivel de institución	Talentos Humanos	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular
50	No se tiene implementada la evaluación periódica y retroalimentación de la Dirección de Competencias Laborales, conforme al Modelo de Atención de Atención del DAPP	Implementar la evaluación periódica y retroalimentación de la Dirección de Competencias Laborales, conforme al Modelo de Atención de Atención del DAPP	Talentos Humanos	8/31/2022	28/02/2023	COMPLETO	Regular



01	Se requiere la ejecución del programa de capacitación a colaboradores de equipos biomédicos.	Documentar el Programa de Planificación Preventiva y Calibración de Equipos Biomédicos.	Ingeniería Biomédica	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
02	El personal que se encarga de hacer el plan de inspección de equipos biomédicos.	Organizar e implementar el plan de capacitación de equipos biomédicos.	Ingeniería Biomédica	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
03	El personal documentar el Programa de Planificación Preventiva y Calibración de Equipos Biomédicos.	Documentar el Programa de Planificación Preventiva y Calibración de Equipos Biomédicos.	Ingeniería Biomédica	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
04	El personal realizar el control interno al proceso de inspección y calibración de equipos biomédicos.	Realizar el control interno al proceso de inspección y calibración de equipos biomédicos.	Ingeniería Biomédica	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
05	NO existe documentado el procedimiento de apertura, manejo y custodia de la HC.	Documentar el procedimiento de apertura, manejo y custodia de la HC.	Ingeniería de Sistemas	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
06	En la zona de atención de urgencias no se tiene el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Crear el manual de apertura y custodia de la HC en el personal administrativo de urgencias.	General	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
07	No se ha documentado el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Documentar el procedimiento de apertura, manejo y custodia de la HC.	Ingeniería de Sistemas	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
08	En atención de urgencias no se tiene el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Documentar el procedimiento de apertura, manejo y custodia de la HC.	Ingeniería de Sistemas	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
09	En atención de urgencias no se tiene el Plan de Comunicación.	Documentar e implementar el Plan de Comunicación.	Coordinación GRU	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
10	El personal no tiene el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Actualizar el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Federación FMPEC	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
11	El personal no tiene el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Actualizar el manual de apertura, manejo y custodia de la HC.	Federación FMPEC	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
12	No se ha presentado el informe de la auditoría interna de seguimiento al cumplimiento del PMMC a gerencia y a Calidad.	Presentar el informe de la auditoría interna de seguimiento al cumplimiento del PMMC a gerencia y a Calidad.	Federación FMPEC	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular
13	No se tiene evidencia documental de ejecución de acciones de mejora de FMPEC.	Realizar el seguimiento de ejecución de acciones de mejoramiento PMMC.	Federación FMPEC	15/01/2025	15/01/2025	COMPLETO	Regular

RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta que existen acciones que deben iniciarse con prioridad para la vigencia 2026, dado que quedaron pendientes en su ejecución en la vigencia anterior.
- Se debe asegurar la capacitación continua de los líderes de procesos en la existencia de los planes de mejoramiento en su integridad y en el uso de los formatos de cumplimiento de acciones.



E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

CONCLUSIONES

El cumplimiento en la ejecución de los distintos planes de mejoramiento internos y externos muestra avances significativos que denotan la preocupación de la entidad por cumplir con las recomendaciones o hallazgos de auditorías que conllevan a tomar acciones en la política de mejoramiento continuo de los distintos procesos de su desempeño institucional.

Es importante el cumplimiento del 100% de las recomendaciones de mejoras producto de las auditorías internas y externas con el fin de asegurar la alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.

En general, es necesario que los responsables de cada área sigan trabajando en la implementación efectiva de los compromisos adquiridos, realizando una revisión detallada de los procedimientos internos.

JORGE E. KUARAN CABRERA
Jefe Oficina Control Interno
E.S.E. Hospital Alcides Jiménez
Puerto Caicedo - Putumayo