

PLAN DE MEJORA GENERAL

PMG-26-00003

2026-01-28 09:20:58 am



Vigencia:

2025

IDENTIFICACIÓN (Diligenciado por la oficina de calidad y/o líder del proceso)

Norma aplicada:

ISO 9001:2015

Proceso que impacta:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Procedimiento(s):

- PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA CALIDAD
- PROCEDIMIENTO PARA DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Área o grupo responsable:

Asesoría de Calidad

Fecha de identificación:

2025-09-24

Fuente de No Conformidad:

Auditorías externas

Documento soporte de la no conformidad:

Informe de auditoría de sistemas de gestión

Aclaración y/o observación de la no conformidad (opcional):

.

NO CONFORMIDAD, ANÁLISIS DE CAUSAS Y PLAN DE ACCIÓN (Diligenciado en la mesa de trabajo)

A1

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 1: La organización no asegura el cumplimiento de los requisitos para ofrecer los productos y servicios. Evidencia 1. Al revisar los consentimientos informados de los pacientes Cristian Camilo y Gabriela , programados para procedimientos en el área quirúrgica , no todos se encuentran firmad [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que los cambios en el personal directivo y operativo tanto en la oficina asesora de planeación como en el grupo de comunicaciones, no permitió realizar el seguimiento adecuado al indicador.

Por que?:

Por que no se contaba con la aprobación por el responsable del área de los informes de los indicadores para su correspondiente cargue en SIAPINC.

Por que?:

Por que el responsable del indicador su reporte y análisis no tuvo el adecuado seguimiento.

A1P1

Acción a ejecutar:

Diligenciar los consentimientos informados por parte del paciente y del personal de salud de los pacientes Cristian Camilo y Gabriela con sus respectivas firmas

Descripción del producto y/o meta:

Consentimiento informado de pacientes Cristian Camilo y Gabriela firmados para los procedimientos en el área quirúrgica.

Clasificación acción:

Sistemas de información

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

27 de febrero de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A1P2

Acción a ejecutar:

Revisar y actualizar la descripción de actividad UFT-P04-D01 para establecer mayores controles frente a la recepción quirúrgica de la hoja de ruta para ser incluida en la programación de pacientes adicionales.

Descripción del producto y/o meta:

UFT-P04-D-01 Descripción de la actividad para recibir solicitud de cirugía gestión de programación y uso de salas de cirugía actualizado con puntos de control.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A1P3

Acción a ejecutar:

Realizar socialización al grupo de trabajo social que intervienen en la ruta quirúrgicas de la actualización de la descripción de actividad.

Descripción del producto y/o meta:

Evidencia de socialización al grupo de trabajo social

Clasificación acción:

Capacitaciones

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A2

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 1: La organización no asegura el cumplimiento de los requisitos para ofrecer los productos y servicios. Evidencia 2. Frente a la custodia de pertenencias de los pacientes en servicio quirúrgico , no se cumple lo establecido en el documento GAC-P05-G02 , en donde se hace referencia a que se [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que la descripción de actividad del manejo de pertenencias de paciente no esta actualizado a la realidad del servicio de salas de cirugía GAC-P05-G-02.

Por que?:

Por que se evidenció una falta de adherencia al proceso establecido de custodia de pertenecías del paciente.

Por que?:

Por que se cuenta con dos descriptivos de actividad para la custodia de elementos de paciente: GAC-P05-G-02 y UFT-P04-D05 los cuales no se encuentran alineados

A2P1

Acción a ejecutar:

Establecer los controles en prequirúrgicos con el personal a cargo para adherirse al descriptivo de actividad documentado por el servicio.

Descripción del producto y/o meta:

Hoja de ruta prequirúrgica diligenciada y con los consentimientos informados firmados

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A2P2

Acción a ejecutar:

Actualizar y unificar los documentos de salas de cirugía y de ingreso hospitalario GAC-P05-G-02 y UFT-P04-D05, Describiendo el proceso realizado en cirugía

Descripción del producto y/o meta:

Descripción de actividad UFT-P04-D05 actualizado.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A2P3

Acción a ejecutar:

Socializar con el personal de salas de cirugía sobre los procedimientos adecuados para la custodia y manejo de las pertenencias de los pacientes en el servicio de cirugía.

Descripción del producto y/o meta:

Registro de socialización

Clasificación acción:

Capacitaciones

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A3

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 1: La organización no asegura el cumplimiento de los requisitos para ofrecer los productos y servicios. Evidencia 3. La conciliación de medicamentos no se ejecuta en etapas apropiadas en servicio de hospitalización, se revisaron las historias clínicas de los usuarios RA: 332323, 341631, 19 [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que no todo el personal medico se adhiere al procedimiento establecido de conciliación medicamentosa.

Por que?:

Por que no se utiliza adecuadamente la herramienta tecnológica de SAP establecida para la conciliación medicamentosa

Por que?:

Por que la herramienta tecnología no es restrictiva para identificar las causas de la no conciliación medicamentosa.

A3P1

Acción a ejecutar:

Reforzar en el personal médico la actividad de conciliación medicamentosa y el adecuado uso de la herramienta.

Descripción del producto y/o meta:

Evidencia de socialización en conciliación medicamentosa y en adecuado uso de la herramienta al personal medico.

Clasificación acción:

Capacitaciones

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Lina María Trujillo Sanchez

Grupo:

Centro de Atención Integral del Cáncer

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A3P2

Acción a ejecutar:

Realizar el ajuste de obligatoriedad del modulo de conciliación medicamentosa en SAP.

Descripción del producto y/o meta:

Ajuste en la herramienta SAP

Clasificación acción:

Sistemas de información

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de marzo de 2026

Responsable acción:

Luis Eduardo Martinez Gonzalez

Grupo:

Grupo Área Gestión de Tecnologías de Información

Proceso:

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

A3P3

Acción a ejecutar:

Continuar con la medición del indicador de la adherencia a la conciliación medicamentosa.

Descripción del producto y/o meta:

Indicador de medición de adherencia en la conciliación medicamentosa después del ajuste en la herramienta SAP.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

29 de mayo de 2026

Responsable acción:

Carolina Aristizabal Niño

Grupo:
Grupo Servicios Farmacéuticos

Proceso:
GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A4

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 2: La organización no publica el plan de comunicaciones 2.025 para asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos para las comunicaciones internas y externas. Evidencia 1: Los entrevistados del proceso de comunicaciones informan que el plan de comunicaciones se publica en la página [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que la solicitud formal del documento enviado para proceder con el cargue de la pagina web, fue el firmado en comité directivo sin el versionamiento del sistema de gestión documental.

Por que?:

Por que antes de realizar el cargue del documento en la página web institucional, no se verifico que este fuera la versión publicada en SIAPINC

Por que?:

Por que a pesar de la existencia de la descripción de actividad con el detalle del control de la información a ser cargada en la pagina web por la urgencia en el momento no se verifico de una manera exhaustiva.

A4P1

Acción a ejecutar:

Cargar y socializar el plan de comunicaciones actualizado y aprobado por el comité directivo, en el sitio web institucional, validando que sea versión publicada en el sistema de información SIAPINC que cumple con las características de codificación y versionamiento.

Descripción del producto y/o meta:

Evidencia de socialización y cargue de plan de comunicaciones página web.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

30 de abril de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A4P2

Acción a ejecutar:

Revisar y actualizar el procedimiento de GSI-P08 (PROCEDIMIENTO PARA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL). con el fin de definir responsabilidades del profesional especializado de comunicaciones, frente al cargue de información en pagina Web en los terminos y tiempos determinados.

Descripción del producto y/o meta:

Actualización del procedimiento GSI-P08 y validar contra las funciones y responsabilidades descritas en el manual de funciones del profesional de comunicaciones.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de abril de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A4P3

Acción a ejecutar:

Revisar y actualizar la descripción de actividad GSI-P08-D-03 (DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA REALIZAR DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN POR PÁGINA WEB), incluyendo los criterios de publicación de los documentos institucionales.

Descripción del producto y/o meta:

Actualización de la descripción de actividades GSI-P08-D-03.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de abril de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A5

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 2: La organización no publica el plan de comunicaciones 2.025 para asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos para las comunicaciones internas y externas Evidencia 2: Se verifica en el acta del 26 de junio del 2.025 que el comité directivo aprueba el plan de comunicaciones par [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que el plan de comunicaciones del 2025 no fue cargado en la pagina web debido a que el profesional encargado estaba en vacaciones.

Por que?:

Por que falta de seguimiento a las actividades pendientes en la entrega del cargo durante el periodo de empalme del profesional encargado para actualizar el plan de comunicaciones.

Por que?:

Por que no se solicito de acuerdo al descriptivo de actividades la solicitud vía correo de la publicación del plan de comunicaciones aprobado por el comité directivo.

A5P1

Acción a ejecutar:

Solicitar el cargue del plan de comunicaciones 2025 aprobado por el comité directivo en el sitio web institucional y realizar la correspondiente publicación.

Descripción del producto y/o meta:

Cargue de plan de comunicaciones página web

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A6

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 3: La organización no implementa los mecanismos de monitoreo y seguimiento necesarios que aseguren la medición de los objetivos de calidad Evidencia 1: El revisar los 7 objetivos definidos para el Sistema de gestión de Calidad , se evidencia que cuentan con 9 indicadores de

evaluación , si [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que los objetivos del sistema de gestión de la calidad actuales son muy ambiciosos y dificultan su medición

Por que?:

Por que los objetivos actuales se definieron buscando dar respuesta a la misión institucional en términos de prestación de servicios, formación del talento humano, acción en salud pública, innivación e investigación.

Por que?:

Por que el sistema de gestión de calidad definió objetivos que sobrepasan el alcance del sistema

A6P1

Acción a ejecutar:

Presentar ante comité directivo o de calidad la necesidad de redefinir los objetivos del Sistema de Gestión de calidad y sus indicadores buscando la alineación y medición de estos.

Descripción del producto y/o meta:

Presentación en comite directivo o de calidad.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

2 de julio de 2026

Responsable acción:

Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:

Oficina Asesora de Calidad

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A6P2

Acción a ejecutar:

Redefinir los objetivos del sistema de gestión de calidad.

Descripción del producto y/o meta:

Manual de Gestión de Calidad actualizado

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de junio de 2026

Responsable acción:

Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:

Oficina Asesora de Calidad

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A6P3

Acción a ejecutar:

Definir y alinear los indicadores que permitan medir el cumplimiento de estos objetivos.

Descripción del producto y/o meta:

Indicadores que miden los objetivos del sistema de gestión de calidad

Clasificación acción:

Indicadores

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

29 de mayo de 2026

Responsable acción:

Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:
Oficina Asesora de Calidad

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A6P4

Acción a ejecutar:
Realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos de calidad.

Descripción del producto y/o meta:
Revisión por la dirección 2026

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
30 de septiembre de 2026

Responsable acción:
Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:
Oficina Asesora de Calidad

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A7

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:
Hallazgo 4: La organización no evalúa ni analiza los datos que surgen del seguimiento y medición. Evidencia 1: Al revisar el Indicador : comunicaciones página web institucional mejorada , de medición trimestral , se evidencia que durante el año 2024 no cuenta con registro de datos , para el año 202 [Ver más](#)

Clasificación:
Menor

Metodología:
Por ques?

Por que?:
Por que los cambios en el personal directivo y operativo tanto en la oficina asesora de planeación como en el grupo de comunicaciones, no permitió realizar el seguimiento adecuado al indicador

Por que?:
Por que no se contaba con la aprobación por el responsable del área de los informes de los indicadores para su correspondiente cargue en SIAPINC.

Por que?:
Por que el responsable del indicador su reporte y análisis no tuvo el adecuado seguimiento.

A7P1

Acción a ejecutar:
Reportar el indicador (comunicaciones página web institucional mejorada), cargar los informes y realizar el análisis respectivo.

Descripción del producto y/o meta:
Indicador con dato y analisis

Clasificación acción:
Indicadores

Tipo acción:
Corrección

Fecha terminación:
31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:
SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A7P2

Acción a ejecutar:

Redefinir indicador que mida la gestión de la página web (comunicaciones página web institucional mejorada).

Descripción del producto y/o meta:

Indicador actualizado.

Clasificación acción:

Indicadores

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A7P3

Acción a ejecutar:

Establecer un cronograma institucional para la revision trimestral de cargue y analisis de los indicadores por el lider de la oficina de planeación.

Descripción del producto y/o meta:

Cronograma y actas de revisión trimestral

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de junio de 2026

Responsable acción:

Edna Liliana Alfonso Remolina

Grupo:

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A8

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 5: La organización no proporciona ni mantiene adecuadamente el ambiente necesario para la operación eficaz de los procesos.
Evidencia 1: Se identificaron las siguientes situaciones que comprometen el entorno de trabajo y pueden afectar la conformidad: •En Bodega del aliado estratégico, far [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que no hay un control del tipo de información visual que se genera en el servicio

Por que?:

Por que el responsable del área definido por parte del aliado estratégico no realiza un adecuado control de la información visual.

Por que?:

Por que no se cuenta con un lineamiento por parte del aliado estratégico frente a cual es la información que se debe publicar.

A8P1

Acción a ejecutar:

Retiro de información visual no pertinente en las farmacias de Instituto

Descripción del producto y/o meta:

Evidencia fotográfica de los medios de socialización de información visual

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Carolina Aristizabal Niño

Grupo:
Grupo Servicios Farmacéuticos

Proceso:
GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A8P2

Acción a ejecutar:
Definir lineamiento mediante un descriptivo donde se identifique el tipo de información visual que se va a publicar.

Descripción del producto y/o meta:
Descripción de actividad frente a la información a publicar en las farmacias Institucionales.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Carolina Aristizabal Niño

Grupo:
Grupo Servicios Farmacéuticos

Proceso:
GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A8P3

Acción a ejecutar:
Realizar socialización al personal de la farmacia frente al cumplimiento del lineamiento establecido

Descripción del producto y/o meta:
Acta de Socialización del descriptivo de actividad.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
30 de abril de 2026

Responsable acción:
Carolina Aristizabal Niño

Grupo:
Grupo Servicios Farmacéuticos

Proceso:
GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A9

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:
Hallazgo 5: La organización no proporciona ni mantiene adecuadamente el ambiente necesario para la operación eficaz de los procesos.
Evidencia 2: Se identificaron las siguientes situaciones que comprometen el entorno de trabajo y pueden afectar la conformidad: •Salas de cirugía: Se evidenció un man [Ver más](#)

Clasificación:
Menor

Metodología:
Por ques?

Por que?:
Por que no hay un adecuado control de la entrega de lockers en el servicios.

Por que?:
Por que el numero de lockers es insuficiente frente al volumen del personal rotante en el servicio.

Por que?:
Por que es mayor el numero de lockers asignados de manera definitiva al personal fijo Vrs. Al personal flotante.

A9P1

Acción a ejecutar:

Realizar un inventario de los lockers cerrados sin identificación para habilitarlos aumentando la disponibilidad.

Descripción del producto y/o meta:

Informe de inventario de locker vestiers damas y caballeros

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

27 de febrero de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A9P2

Acción a ejecutar:

1. Presentar una propuesta de reorganización de los lockers por servicio quirúrgico y áreas transversales al servicio.

Descripción del producto y/o meta:

Propuesta de reorganización de lockers.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A9P3

Acción a ejecutar:

Generar un control permanente de mantener lockers habilitados para el personal flotante.

Descripción del producto y/o meta:

Revisión mensual al Vestier para verificar el control de lockers.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

29 de mayo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A9P4

Acción a ejecutar:

Gestionar ante al área de infraestructura una mayor disponibilidad de lockers en el servicio.

Descripción del producto y/o meta:

Solicitud al área de infraestructura de aumento de lockers.

Clasificación acción:

Dotación

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Jorge Armando Luquetta Berrio

Grupo:

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria

Proceso:
UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

A9P5

Acción a ejecutar:
Realizar auditoria interna con el fin de verificar la eficacia de las acciones correctivas propuestas

Descripción del producto y/o meta:
Informe de auditoría interna a cumplimiento del plan de mejora.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
30 de junio de 2026

Responsable acción:
Maria Carolina Hernandez Villegas

Grupo:
Oficina de Control Interno

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A10

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:
Hallazgo 6: La organización no ha definido criterios formales para la revaluación de los proveedores externos que prestan servicios de instrucción al personal. Evidencia1: Durante la revisión del proceso de gestión de proveedores, no se encontró documentación que establezca criterios, frecuencia o [Ver más](#)

Clasificación:
Menor

Metodología:
Por ques?

Por que?:
Porque el supervisor no efectuó el proceso de seguimiento correspondiente.

Por que?:
Por que desconocía que dentro de sus responsabilidades debía ejecutar la revaluación del proveedor.

Por que?:
Porque no existe un instructivo ni procedimiento documentado que establezca los criterios, frecuencia y responsables de la revaluación de proveedores.

A10P1

Acción a ejecutar:
Se remitirá memorando a los supervisores de los contratos celebrados por el Instituto, en el cual se instruirá la realización de la revaluación de proveedores, explicando el diligenciamiento del formato establecido y el tiempo máximo para su entrega.

Descripción del producto y/o meta:
Memorando con instrucciones frente a la obligatoriedad de revaluación de proveedores

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Corrección

Fecha terminación:
31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Sandra Milena Gomez Tovar

Grupo:
Grupo Área Gestión de Contratación Logística y Abastecimiento

Proceso:
GESTIÓN DEL GASTO

A10P2

Acción a ejecutar:

Elaborar, aprobar y codificar un procedimiento formal de revaluación de proveedores, integrado al proceso de compras y contratación, que defina criterios, frecuencia, responsables y formatos aplicables.

Descripción del producto y/o meta:

Procedimiento de reevaluación de proveedores estandarizado.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Sandra Milena Gomez Tovar

Grupo:

Grupo Área Gestión de Contratación Logística y Abastecimiento

Proceso:

GESTIÓN DEL GASTO

A10P3

Acción a ejecutar:

Socializar y capacitar a los supervisores de contratos en el uso del procedimiento y formatos definidos para la revaluación de proveedores.

Descripción del producto y/o meta:

Asistencia a capacitaciones

Clasificación acción:

Capacitaciones

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

29 de mayo de 2026

Responsable acción:

Sandra Milena Gomez Tovar

Grupo:

Grupo Área Gestión de Contratación Logística y Abastecimiento

Proceso:

GESTIÓN DEL GASTO

A11

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 7: No se evalúa la necesidad de tomar acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir.
Evidencia 1: Para el indicador de oportunidad en la entrega de resultados de citología ginecológicas, desde el 30 de septiembre del 2024 hasta la fecha de la [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que el servicio desde el mes de agosto 2024 asumió el compromiso de realizar las lecturas de citologías de las campañas territoriales de tamización realizadas por salud pública e investigación aumentado un volumen significativo.

Por que?:

Por que el volumen de lectura de citologías sobrepasan la capacidad instalada del recurso humano en el servicio de patología área de citología.

Por que?:

Por que la meta establecida actualmente en el indicador de SIAPINC 4 días estándar corresponde a lecturas de citología de pacientes institucionales para control y con la sobre demanda no se estimo una nueva meta.

A11P1

Acción a ejecutar:

Evaluar el ajuste del indicador

Descripción del producto y/o meta:

Indicador actualizado

Clasificación acción:

Indicadores

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:
31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:
Grupo Patología Oncológica

Proceso:
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A11P2

Acción a ejecutar:
Realizar la actualización del manual de citologías diferenciando los tiempos de lectura de las muestras para paciente institucional y las de campañas de salud publica e investigación.

Descripción del producto y/o meta:
Manual de citologías actualizado con los tiempos de lectura.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
31 de marzo de 2026

Responsable acción:
Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:
Grupo Patología Oncológica

Proceso:
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A11P3

Acción a ejecutar:
Revisar y actualizar de los indicadores del servicio de patología.

Descripción del producto y/o meta:
Indicadores del servicio de patología actualizados.

Clasificación acción:
Indicadores

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
29 de mayo de 2026

Responsable acción:
Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:
Grupo Patología Oncológica

Proceso:
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A11P4

Acción a ejecutar:
Realizar seguimiento a los indicadores y acciones de mejora establecidos en el EPM

Descripción del producto y/o meta:
Acta de EPM con seguimiento a indicadores

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
30 de junio de 2026

Responsable acción:
Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:
Grupo Patología Oncológica

Proceso:
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A12

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 7: No se evalúa la necesidad de tomar acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir
Evidencia 2: Los resultados del indicador de oportunidad en la entrega de resultados de citometría de flujo (inmunofenotipo) entre el 31 de diciembre del 2024 [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que los casos de citometría necesitan la correlación estricta de la lectura de los estudios histopatológicos correlacionados, la cual se realiza, pero se requiere que la histopatología se firme dentro de los tiempos establecidos, lo cual no esta sucediendo afectando la entrega de resultado de c [Ver más](#)

Por que?:

Por que se observa un aumento de ordenes de las pruebas, lo cual supera la capacidad de respuesta del talento humano.

Por que?:

Por que el perfil del profesional de lectura de histopatología es muy especifico y las novedades de este perfil afecta el proceso.

A12P1

Acción a ejecutar:

Hacer una validación cada quince días de la oportunidad en la entrega de lectura de histopatología con los profesionales encargados de este procedimiento.

Descripción del producto y/o meta:

Acta de mesa de trabajo

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:

Grupo Patología Oncológica

Proceso:

DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A12P2

Acción a ejecutar:

Realizar la actualización de los indicadores de acuerdo al tipo de muestra en los casos de citometría

Descripción del producto y/o meta:

Indicadores actualizados de acuerdo al tipo de muestra en los casos de citometría

Clasificación acción:

Indicadores

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:

Grupo Patología Oncológica

Proceso:

DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A12P3

Acción a ejecutar:

Realizar evaluación mensual de los indicadores del servicio de patología quirurgica con la subdirección de atención medica y organización y metodos.

Descripción del producto y/o meta:

Acta de evaluación de indicadores

Clasificación acción:

Indicadores

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
29 de mayo de 2026

Responsable acción:
Rafael Santiago Parra Medina

Grupo:
Grupo Patología Oncológica

Proceso:
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

A13

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS

Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 7: No se evalúa la necesidad de tomar acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir
Evidencia 3: No se realiza el número de encuestas, por servicio, tal como se tiene planificado. En Anestesia 30 planificadas y realizadas 1, en ginecología 28 [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que la forma en que actualmente se mide la satisfacción por servicio, induce en muchos casos al no cumplimiento del número de encuestas a realizar por servicio.

Por que?:

Por que el porcentaje de satisfacción del servicio se establece o se define independientemente del número de encuestas realizadas.

Por que?:

Por que a pesar que se tiene establecido el numero de encuestas a realizar por servicio, falta mayor gestión que permita su cumplimiento.

A13P1

Acción a ejecutar:

Afianzar el seguimiento y acompañamiento a los servicios que incumplen el número de encuestas para lograr la meta establecida por servicio.

Descripción del producto y/o meta:

Actas de mesa de trabajo con los servicios que incumplen el número de muestras

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

2 de junio de 2026

Responsable acción:

Alexandra Milena Bohorquez Alfonso

Grupo:

Oficina Asesora de Calidad

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A13P2

Acción a ejecutar:

Establecer de parte de calidad un mayor número de estrategias para lograr el cumplimiento del # de encuestas a realizar por servicio.

Descripción del producto y/o meta:

Evidencias tipo: actas de reuniones, correos electrónicos o soportes de capacitación que evidencien esta gestión.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

2 de junio de 2026

Responsable acción:

Alexandra Milena Bohorquez Alfonso

Grupo:

Oficina Asesora de Calidad

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A13P3

Acción a ejecutar:
Redefinir la forma en la que se evalúa el porcentaje de satisfacción por servicio.

Descripción del producto y/o meta:
Instructivo con la metodología de evaluación de satisfacción por servicio.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
2 de junio de 2026

Responsable acción:
Alexandra Milena Bohorquez Alfonso

Grupo:
Oficina Asesora de Calidad

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A13P4

Acción a ejecutar:
Evaluar mensualmente el informe de satisfacción el porcentaje de participación o cobertura de encuestas de satisfacción realizadas por servicio y tomar medidas frente a su resultado.

Descripción del producto y/o meta:
Informe mensual de análisis de encuesta de satisfacción.

Clasificación acción:
Documentación de procesos

Tipo acción:
Acción Correctiva

Fecha terminación:
30 de junio de 2026

Responsable acción:
Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:
Oficina Asesora de Calidad

Proceso:
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A14

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:
Hallazgo 8: Se observa que no se cuenta con una implementación claramente definida de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas del proceso, con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios establecidos para la prestación de los servicios extramurales domiciliarios. Evi [Ver más](#)

Clasificación:
Menor

Metodología:
Por ques?

Por que?:
Por que se realiza el reporte en la temporalidad indicada, pero no se conocía en detalle la información a ser reportada.

Por que?:
Por que los pacientes atendidos en extensión domiciliaría no se reportan en el SIRC.

Por que?:
Porque no hay una ruta formal para reportar los pacientes de extensión domiciliaria al SIRC

A14P1

Acción a ejecutar:
Realizar reporte en el SIRC incluyendo la atención de pacientes de extensión domiciliaria.

Descripción del producto y/o meta:
Evidencia del reporte de SIRC realizado

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Lilia Esperanza Garcia Ramirez

Grupo:

Grupo Área Enfermería Oncológica

Proceso:

GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A14P2

Acción a ejecutar:

Definir la ruta y responsables del reporte diario de pacientes en extensión domiciliaría.

Descripción del producto y/o meta:

Descripción de actividad para reporte de SIRC.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Lilia Esperanza Garcia Ramirez

Grupo:

Grupo Área Enfermería Oncológica

Proceso:

GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A14P3

Acción a ejecutar:

Establecer controles periódicos frente a la consistencia y periodicidad del reporte SIRC

Descripción del producto y/o meta:

Acta de seguimiento trimestral frente a la actividad de reporte

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de junio de 2026

Responsable acción:

Edgar Augusto Salguero Peña

Grupo:

Oficina Asesora de Calidad

Proceso:

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A15

NO CONFORMIDAD Y ANÁLISIS DE CAUSAS



Descripción de la no conformidad:

Hallazgo 9: La organización no asegura la eficacia de los controles establecidos para verificar que el servicio contratado cumple con los requisitos pactados, comprometiendo la trazabilidad y eficacia del control sobre el servicio contratado. Evidencia 1: Los informes de supervisión revisados para [Ver más](#)

Clasificación:

Menor

Metodología:

Por ques?

Por que?:

Por que no es claro por parte de la supervisión técnica la obligación de garantizar en el proveedor las licencias, registros y autorizaciones necesarios para prestar el servicio contratado.

Por que?:

Por que no se documentó la verificación directa del cumplimiento de las obligaciones a ser cumplidas por parte del proveedor del servicio, lo que impide asegurar su control.

Por que?:

Por que el instrumento de supervisión técnica utilizado actualmente no cumple con los requisitos establecidos en las obligaciones contractuales.

A15P1

Acción a ejecutar:

Requerir formalmente al proveedor la entrega de los documentos que respalden el cumplimiento de las obligaciones contractuales mencionadas (licencias vigentes y certificaciones del personal manipulador de alimentos).

Descripción del producto y/o meta:

Soportes de cumplimiento de las obligaciones contractuales del contrato del albergue.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Corrección

Fecha terminación:

6 de marzo de 2026

Responsable acción:

Norha Lizarazo Camacho

Grupo:

Grupo Trabajo Social

Proceso:

GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A15P2

Acción a ejecutar:

Actualizar el formato GAC-P01-F-16 LISTA DE CHEQUEO PARA SUPERVISIÓN DE ALBERGUES DE PASO CONTRATADOS POR EL INC incluyendo en este la verificación de las obligaciones contractuales

Descripción del producto y/o meta:

GAC-P01-F-16 Lista de chequeo para supervisión de albergues de paso contratados por el INC actualizado.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

31 de marzo de 2026

Responsable acción:

Norha Lizarazo Camacho

Grupo:

Grupo Trabajo Social

Proceso:

GESTIÓN APOYO CLÍNICO

A15P3

Acción a ejecutar:

Reforzar los mecanismos de supervisión realizando las sucesivas supervisiones técnicas bajo el nuevo formato, adjuntando los soportes y registros verificados.

Descripción del producto y/o meta:

Informes de supervisión GAC-P01-F-16 donde se adjunte los soportes requeridos con registro detallado de la verificación de licencias, autorizaciones y certificaciones.

Clasificación acción:

Documentación de procesos

Tipo acción:

Acción Correctiva

Fecha terminación:

30 de abril de 2026

Responsable acción:

Norha Lizarazo Camacho

Grupo:

Grupo Trabajo Social

Proceso:

GESTIÓN APOYO CLÍNICO

INDICADORES ASOCIADOS

Asociar indicadores:

Si

Nombre del indicador:

E-Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas.

[Ver gráfica](#)

ANEXOS

[Informe Etapa 2.pdf](#)

ACTAS ASOCIADAS

Número(s) de acta:

Facilitador de calidad:

Narda Eliana Viasus Baquero

Elaborado por:

Narda Eliana Viasus Baquero