



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
 NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

PROCESO O SUBPROCESO

Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: LABORATORIO DEPAI

PROBLEMA	RESPONSABLES
<p>1.3 A. Virología, No tiene Poes por técnica tienen uno que abarca varias técnica pero no dice bien los procedimientos, 2 documentos: manual de coloraciones y lavado de material (deberían separarse) comprende procedimientos actualizados de coloraciones de bk, gram y hemoparasito. otro se llama procedimientos micro pero es incipiente</p>	Lider Laboratorio Clinico
<p>1.7.A.El laboratorio no tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorias internas y toma de acciones frente a los resultados obtenidos.</p>	Calidad - Planeacion COORDINADORA LABORATORIO
<p>1.8. B. No fue enviado el control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la normatividad vigente y las tablas de retención documental establecidas y aprobadas en la institución</p>	COORDINADORA LABORATORIO Calidad - Planeacion
<p>1.9.A. El laboratorio no evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de indicadores y toman acciones frente a los resultados obtenidos.</p>	COORDINADORA LABORATORIO Calidad - Planeacion

VIGILADO
 Línea de Atención al Usuario: 6500870 – Bogotá, D.C.
 Línea Gratuita Nacional : 018000910383
Supersalud



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

PROCESO O SUBPROCESO

Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: LABORATORIO DE PAI

PROBLEMA	RESPONSABLES
1.13.B. Plan anual de adquisiciones de la vigencia 2022, no se evidencia la participación del laboratorio en las especificaciones técnicas requerimientos de reactivos, equipos, insumos necesarios	GERENCIA PLANEACION
1.13. B El laboratorio no participa en la evaluación técnica que se realiza para la compra de insumos, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento.	almacen presupuesto laboratorio
1.14.B. El laboratorio no se documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas o de mejora.	Calidad - Coordinadora de laborotrio
1.15.A. El laboratorio no tiene definidos planes de contingencia interna frente a emergencias sanitarias y/o catástrofes naturales para el funcionamiento del mismo, en cuanto a designación de suplentes para funciones clave, remisión de ensayos a otros laboratorios por desmesurado aumento de pruebas, como ocurre en el caso de brotes, epidemias o pandemias	Coordinadora de laboratorio/ Gerencia/ Comité Tecnico/ SSST
1.16. A. El laboratorio no asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico, por ser de interés exclusivo de la autoridad sanitaria competente.	Sistemas, Talento Humano, Coordinadora de Laboratorio



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

PROCESO O SUBPROCESO

: Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: LABORATORIO DE PAI

PROBLEMA	RESPONSABLES
1.22.A El laboratorio no cuenta con un procedimiento que defina el contenido y responsabilidades, para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados así como la directrices para la protección de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía electrónica, vía telefónica)	Coordinadora de Laboratorio



Certificado No. SC 5858-1



PLAN DE MEJORAMIENTO

LABORATORIO

RESPONSABLE:

RTAMENTAL

EJECUCIÓN		OBJETIVO
Fecha inicio	Fecha final	
dic-22	dic-22	Lograr procedimientos técnicos, administrativos y de gestión de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en coherencia con el anexo técnico de la Resolución 1646/2018 y/o la norma que lo modifique, desde el ingreso de la muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados.
ene-23	31/12/2023 proceso continuo y permanente	Incluir e implementar dentro del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y del SOGC dentro de las auditorias internas al Laboratorio Clínico, con los respectivos planes demoramiento y toma de acciones frente a los resultados obtenidos.
dic-22	31/12/2023 proceso continuo y permanente	Lograr que los documentos y archivos del laboratorios sean preservados según normatividad vigente (Tabla de retención documental).
ene-23	feb-23	Optimizar la gestión del laboratorio clinico mediante la evaluación, seguimiento y control a traves de indicadores de gestión, proceso y resultado

PLAN DE MEJORAMIENTO

LABORATORIO

RESPONSABLE:

RTAMENTAL

EJECUCIÓN		OBJETIVO
Fecha inicio	Fecha final	
dic-22	Proceso continuo y permanente	Invitar a las reuniones del plan anual de adquisiciones al coordinador del laboratorio, cuando el tema a tratar sea inherente al laboratorio
dic-22	Proceso continuo y permanente	Invitar a las reuniones del plan de compras al coordinador del laboratorio, cuando el tema a tratar sea inherente al laboratorio
ene-23	Proceso continuo y permanente	Incluir en el cronograma de auditoria interna el servicio de laboratorio
dic-22	ene-23	Determinar documental y operativamente el Plan de contingencia del laboratorio ante emergencias sanitarias y catastrofes naturales e incluirlo como un anexo al plan hospitalario de gestion del riesgo
dic-22	ene-23	Comprometer al personal de salud frente a la responsabilidad de la reserva de la confidencialidad de la información, por ser de interés exclusivo de la autoridad sanitaria competente y del usuario.

PLAN DE MEJORAMIENTO

LABORATORIO

RESPONSABLE:

RTAMENTAL

EJECUCIÓN		OBJETIVO
Fecha inicio	Fecha final	
dic-22	ene-23	Protocolizar documental y operativamente el procedimiento de entrega de resultados de laboratorio, con el fin de garantizar que el servicio de laboratorio cuente con un procedimiento que defina el contenido y responsabilidades, para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados así como la directrices para la protección de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
# de documentos modificados /# documentos solicitados a modificar *100	ene-23	Se realizan procedimientos por tecnicas
# de auditorias internas realizadas /# auditorias programadas *100	ene-23	Se realiza auditoria interna anual sobre el proceso y desarrollo de las actividades propias del laboratorio.
# de archivos enviados /# archivos programados *100	ene-23	Se desarrollan tablas de retencion documental en conjutno con gestion documental.
# No. indicadores de evaluación, seguimiento y control gestionados e implementados/ No. de indicadores requeridos para medirla gestión del laboratorio clinico	Primer semestre de 2023	Se miden indicadores propios de la gestion del proceso de laboratorio, adicional se evaiuan acitvidades del proceso trimestralmete socializandose en comité institucional.

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
# reuniones del plan anual de adquisiciones realizadas sobre aspectos inherentes al laboratorio/ # reuniones del plan anual de adquisiciones programadas, relacionadas con el laboratorio clinico	30/06/20223	Se incluye dentro del plan anual de adquisicion.
# reuniones del plan de compras realizadas sobre aspectos inherentes al laboratorio/ # reuniones del plan de compras programadas, relacionadas con el laboratorio clinico	30/06/20223	El laboratorio clinico participa en la evaluacion de los proveedorres propio de reactivos y materiales para el funcionamiento. Se incluye en la participacion del plan anual de adquisiciones
# de auditorias internas realizadas /# auditorias programadas *100	1/01/23	Se desarrollan actividades de mejoramiento a traves de audutorias internas y externas
#documento ajustado /# Documentos programados	1/01/23	Se cuenta con un plan de continegenia institucional, con modificaciones pertinentes
# de documento elaborado, socializado e implementado/ # de documentos programados	31/01/23	Se realiza documento de politica de confidencialidad y propiedad del paciente

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
Documento de protocolo del procedimiento de entrega de resultados del laboratorio con todas las variables pertinentes socializado y operativizado No.de personal del laboratorio al que se le socializo el protocolo / No. totalde personal del laboratorio *100	proceso continuo y permanente	Se incluye dentro del documento de manual de toma de muestras de laboratorio, y protocolo de identificación del paciente y muestras de laboratorio.



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa:

Otro: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
<p>2.1.A. El laboratorio no cuenta con perfiles de puestos de trabajo, con el personal administrativo, técnico y profesional, con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas de acuerdo al cargo. Adicionalmente la institución debe contar con un documento que de cuenta de gestión de personal donde se reflejen los roles y responsabilidades del sistema de gestión de calidad</p>	<p>realizar documento donde se especifique el perfil de puestos de trabajo , con el personal administrativo , tecnico y profesional con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas de acuerdo al cargo.</p>
<p>2.2.A. El laboratorio no cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización</p>	<p>Designar mediante resolución la Coordinación del laboratorio</p>
<p>2.4.A.El laboratorio no cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos, con formación demostrable en cada una de la áreas de su competencia</p>	<p>Garantizar que el personal auxiliar que labora en el laboratorio cuente con la formacion tecnica, el entrenamiento y competencia para realizar las actividades correspondientes</p>
<p>2.6.A. No se presenta evidencia en la que se logre establecer que el laboratorio cuenta responsable/líder técnico o pares necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas</p>	<p>Designar mediante resolución la Coordinación del laboratorio</p>



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ Auditoria Externa: _____ Otro: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
2.7.A. El laboratorio no dispone de una persona con el conocimiento técnico y/o profesional, debidamente certificado en temas ambientales y de bioseguridad encargada de liderar la gestión ambiental y de bioseguridad en el laboratorio.	Capacitar a los profesionales y técnicos del laboratorio en Gestión ambiental y bioseguridad del laboratorio, mediante los valores agregados de los convenios con la universidades cuyos estudiantes realizan prácticas en el hospital
2.8.B. El laboratorio no documenta los procesos de entrenamiento e inducción técnica para todo el personal que ingresa o cambia de actividad independiente de su modalidad de vinculación.	Realizar Plan de Inducción y reinducción con el respectivo formato de capacitación debidamente firmado
2.9 B. El laboratorio no dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones.	presentar contrato de temporal donde se hace asignación de oficios generales
2.10.B El personal que integra el laboratorio no participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima anual y a personal nuevo y evalúa su eficacia	Realizar anualmente el plan de capacitación del personal del laboratorio con base en las necesidades, requerimientos y hallazgos encontrados en las auditorias internas y de desempeño con el respectivo seguimiento de su eficacia y adherencia



FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ Auditoria Externa: _____ Otro: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
<p>2.11.B El laboratorio no realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal de laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación</p>	<p>Dado que el personal del laboratorio es contratista y no se puede evaluar, se determinaran con Talento Humano estrategias de evaluación de desempeño con base en indicadores</p>



Certificado No. SC 5858-1



PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUB LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
talento humano: coordinadora del Laboratorio - juridica	ene-23	30 marzo de 2023
Gerencia- talento humano juridica	dic-22	dic-22
Gerencia	Proceso politico de concertación	Proceso politico de concertación
Gerencia- talento humano juridica	dic-22	dic-22

PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUB LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Gestión Gerencial	ene-23	Proceso continuo y permanente
Coordinadora de Laboratorio / talento humano	Primer semestre 2023	Proceso continuo y permanente
talento humano mantenimiento	dic-22	dic-22
Coodinadora del laboratorio	dic-22	dic-22

PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUB LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
talento humano/ Coordinadoa del Laboratorio/Calidad	Primer semestre 2023	Proceso continuo y permanene

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA B

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Garantizar que el personal del servicio de laboratorio conozca cuales son sus responsabilidades de acuerdo a su cargo	# Documento elaborado / # documentos requeridos	31-ene-23
Lograr que el servicio de laboratorio clinico cuente con profesional debidamente capacitado y entrenado para ejercer las funciones administrativas .	Acto administrativo con designación de la coordinación del laboratorio clinico	31-ene-23
Lograr un acercamiento entre el manual de competencia y requisitos y las personas contratadas para desempeñarse en el laboratorio	# de personas capacitadas y entrenadas /# total de personas que pertenecen al laboratorio clinico.	31-ene-23
Lograr que el servicio de laboratorio clinico cuente con profesional debidamente capacitado y entrenado para ejercer las funciones administrativas .	Acto administrativo con designación de la coordinación del laboratorio clinico	31-ene-23

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA B

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Garantizar la certificación en temas ambientales y de bioseguridad a personal profesional y técnico para liderar la gestión ambiental y de bioseguridad en el laboratorio.	Gestión con las universidades que tienen convenios por campos de práctica en la ESE	31-ene-23
Garantizar que el personal que labore en el laboratorio cuente con la inducción y capacitación en los manuales y procedimientos para realizar las actividades requeridas y la respectiva evidencia del procedimiento	# de inducciones realizadas / # total de personal que labora en el laboratorio	Proceso continuo y permanente
Garantizar mediante el documento contractual que el laboratorio como parte integral de la ESE, cuenta con personal de servicios generales que garantiza el orden y aseo del mismo	Contrato de tercerización	1/12/22
Lograr que el personal que labora en el laboratorio conozca temas propios del área y demuestre la adherencia a los procesos	# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas	1/02/23

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA B

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Con base en los indicadores de gestión y desempeño estructurar estrategias de evaluación y seguimiento del talento humano teniendo en cuenta que el personal es contratista	Estrategias de evaluación de desempeño implementadas con base en indicadores de gestión y competencias	Proceso continuo y permanente

OTERO HOYOS

RESULTADO
Se cuenta con un perfil de puesta de trabajo correspondiente al contrato de trabajo.
Se cuentan con funciones específicas de coordinación, varias actividades están inmersas en el desarrollo de las actividades esenciales.
Se cuenta con un plan de formación institucional, plan de capacitación y entrenamiento continuo.
Se cuenta con funciones administrativas en el manual de funciones institucional.

OTERO HOYOS

RESULTADO
Se cuenta con el apoyo del lider de GAGAS, quien brinda acompañamiento en cada porceso.
Se cuenta con un plan de formacion intitucional, plan de capacitacion y entrenamiento continuo. formato programa de entrenamiento laboratorio clinico
Se cuenta con un perfil de puesta de trabajo correspondiente al contrato de trabajo.
El personal participa activamenrte en el plan de capacitacion insitucional de manera mensual.

OTERO HOYOS

RESULTADO
Plan de capacitacion, evaluaciones y listas de chequeo de verificacion.

	

FECHA ELABORACIÓN:

5/10/22

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
<p>3.4 Con calibración certificada, ubicación de los sensores no apta no es clara la identificación de los equipos respecto al seguimiento de temperatura, posición del termohigrómetros no es la adecuada, el sensor de la nevera de microbiología tenía el sensor en el congelador por tanto se infiere que no tenían en cuenta el signo negativo que reflejaba el sensor</p>	<p>1. Realizar capacitación de uso adecuado de termómetros y termohigrometros, teniendo en cuenta las necesidades de las areas donde estan instalados los equipos. 2. Realizar calibraciones de temperatura y humedad en termómetros de nevera, termohigrometros y pipetas acreditadas. 3. Realizar socialización de los resultados de las calibraciones de los equipos y aplicar el ajuste correspondiente al reggistro del control de temperatura y humedad de las areas.</p>
<p>3.8 Cuentan con ventilación natural y aire acondicionado que no lo utilizan, el área de microbiología tiene ventilación natural y debería ser sellado aunque se realicen únicamente vkh</p>	<p>Se debe revisar el aire acondicionado de laboratorio clinico que no esta funcionando.</p>


 Persalud
 Av. 15 de Agosto Bogotá, D.C.
 Teléfono: 015000010583



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

5/10/22

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: C

VIGILADO SUF
Línea de Atención al Usuario
Línea Gratuita Nacional

PROBLEMA	ACTIVIDADES
3.9 El laboratorio no cuenta con adecuados espacios de almacenamiento de muestras (neveras, congeladores o ultracongeladores) acorde a los requerimientos estipulados en los documentos técnicos para evitar la contaminación cruzada	<ol style="list-style-type: none">1. Socializar la importancia de adquirir equipos que cumplan todas las características técnicas y registro invima para el uso en el servicio garantizando seguridad en el proceso de almacenamiento de muestras2. Realizar el estudio de la necesidad de adquirir un refrigerador, solicitar cotizaciones y presentar a gerencia y presupuesto el informe.3. mientras se entrega la necesidad se debe realizar la calibración de los equipos de control de temperatura y humedad ubicados en los espacios usados para almacenamiento de muestras.
3.14 Cuentan con ficha técnica codificada no contemplan metrología dentro de la misma, los termohigrómetros cuenta con verificaciones no calibraciones, no es claro el procedimiento determinado, procedimientos de verificación no son útiles a la necesidad, cuentan con carpetas organizadas	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar verificación de las hojas de vida de todos los equipos, y actualizarlas si es necesario.2. Para el año 2022 en el mes de diciembre se realizaran las calibraciones de los Termómetros y termohigrometros con acreditación ONAC con el fin de garantizar la trazabilidad en las medidas.
3.15 Termohigrómetros no cuenta con manual, equipo de química cuenta con manual no se evidencia manual en la hoja de vida de algunos equipos.	Solicitar a los proveedores los manuales de los equipos.

	

FECHA ELABORACIÓN:

5/10/22

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

Auditoria Externa: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
<p>3.16 Cuenta con plan de mantenimientos preventivos y calibraciones pero no se contemplan mantenimientos de termómetros ni termohigrómetros, no se establecen metrología certificada, muestran el plan general del hospital, no se encuentra documentado bajo el SGD</p>	<p>ingresar los termómetros y termohigrometros al plan de mantenimiento de equipos de la institución, adicionalmente documentar el procedimiento de actividades de mantenimiento y verificación de los mismos con el fin de garantizar su correcto funcionamiento</p>

 HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA E.S.E. MONTENEGRO <i>La Salud... nuestro compromiso</i> NIT. 890.000.400-2	

FECHA ELABORACIÓN: 5/10/22

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ Auditoria Externa: C

PROBLEMA	ACTIVIDADES
----------	-------------



PLAN DE MI

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Ingeniero Biomédico Jairo Andres Damelinez Torres	10/10/2022	10/03/2023
infraestructura	11/10/2022	10/03/2023

PLAN DE MI

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
ingeniero biomedico, gerencia y presupuesto	10/10/2022	10/03/2023
Ingeniero Biomédico Jairo Andres Damelinez Torres	10/10/2022	10/03/2023
Ingeniero Biomédico Jairo Andres Damelinez Torres	10/10/2022	10/03/2023

PLAN DE MI

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Ingeniero Biomédico Jairo Andres Damelinez Torres	10/10/2022	10/03/2023

PLAN DE MI

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final

EJORAMIENTO

RESPONSABLE:

OBJETIVO	INDICADOR
<p>1. Buscar que los operarios de los equipos conozcan el equipo, su funcionamiento y como se debe instalar en las diferentes areas y equipos de frio de la institucion.</p> <p>2. Realizar las calibraciones acreditadas y al analizar los resultados aplicar las correcciones a los registros de los controles de temperatura y humedad de cada area y equipo del laboratorio.</p>	3
<p>Garantizar los niveles de temperatura en rangos establecidos en el servicio de laboratorio.</p>	1

EJORAMIENTO

RESPONSABLE:

OBJETIVO	INDICADOR
<p>1. Entregar la necesidad de adquirir equipos que cumplan los requisitos tecnicos mínimos para almacenamiento de muestras.</p> <p>2. Realizar control metrologico de los equipos de temperatura y humedad usados en las areas de almacenamiento de muestras del laboratorio clinico de la ESE.</p>	3
<p>Garantizar que los equipos de control de temperatura y humedad funcionen correctamente, y sus medidas en el proceso de calibración sean reales, acreditadas y se puedan corregir.</p>	2
<p>Proporcionar manuales de los equipos para garantizar que los operarios puedan usarlo correctamente.</p>	1

EJORAMIENTO

RESPONSABLE:

OBJETIVO	INDICADOR
Garantizar que los termómetros y termohigrometros funcionen siempre correctamente y las medidas obtenidas en el proceso de calibracion sean trazables	1

EJORAMIENTO

RESPONSABLE:

OBJETIVO	INDICADOR
-----------------	------------------

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
1/03/23	Se cuenta con calibraciones anuales, con analisis metrologico de equipos cerfiticados por la ONAC. manual de POCT con socializacion Se realizan capacitciones al personal.
10/01/2023	Se utiliza aire acondcionado continuo, se verifican las fechas de mantenimiento con cumplimeinto según cronograma.

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
1/03/23	Se realizan cotizaciones de quipos necesarios dentro de la insttucion las cuales se remiten al area de gerente y financiera.
31/12/22	Se cuenta con la trazabiliad de la calibracion, con certificacion por la ONAC, se realiza mantenimiento anuales según indicaciones del proveedor y cronograma de mantenimiento.
31/12/22	Manual de equipos con hojas de vida correspondientes

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
31/12/22	plan de mantenimiento anual

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
-----------------------------	------------------



FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

PROBLEMA
<p>4.1 AEI laboratorio no presenta un procedimiento implementado de recepción, manejo, remisión, conservación y transporte de muestras "ítems" de ensayo"</p>
<p>4.2 BNo se evidencia capacitacion a personal de laboratorio sobre los procedimientos o lineamientos de referencia y contra referencia a seguir para los eventos de interés en salud publica</p>
<p>4.4 AEI laboratorio no presenta la evidencia de procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras "ítems" de ensayo"</p>


VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 65008700 Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910388



FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____

PROBLEMA



PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	EJECU
		Fecha inicio
Documentar través del manual, los procesos y procedimientos la recepción, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras "ítems" de ensayo" y tiempos de entrega de resultados, en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia, de acuerdo con su capacidad técnica y mantiene un servicio de transporte especializado de muestras	Lider laboratorio	dic-22
El cordinador del laboratorio se asegurara que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contra referencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	Lider laboratorio	dic-22
Teniendo en cuenta que documentalmente se determina la trazabilidad el procedimiento de de las muestras "ítems" de ensayo", revizar y replantear el instructivo que permita verificar la trazabilidad de las muestras items de ensayo.	Lider laboratorio	dic-22

PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	EJECU
		Fecha inicio

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO

ACCIÓN	OBJETIVO	INDICADOR
Fecha final		
dic-22	Actualizar el manual de procesos y procedimientos implementado de recepción, manejo, remisión, conservación y transporte de muestras "ítems" de ensayo"	# Documentos actualiados / # documentos requeridos
dic-22	Garantizar que el personal de laboratorio conozca los procedimientos , lineamientos de referencia y contrareferencia en los eventos de salud publica	# personas capacitadas / # de personas que trabajan en el area de laboratorio.
dic-22	Lograr que sea verificable la trazabilidad de items de ensayo	Documento de verificación revisado y ajustado

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO

ACCIÓN	OBJETIVO	INDICADOR
Fecha final		

HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
01 2023	Documentacion del procedimiento de referencia y contrareferencia de muestras de laboratorio . procedimeinto Trazabilidad de muestras de analisis en el laboratorio
1 2023	Documentacion del procedimiento referencia y contrareferencia de muestras de laboratorio con socializacion y medicion de eficacia
1 2023	Se incluye informacion procedimeinto Trazabilidad de muestras de analisis en el laboratorio

HOYOS

FECHA DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
----------------------	-----------



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ LABORATORIO DEPARTAMENTAL

PROBLEMA	ACTIVIDADES
5.1 No hay evidencia de socialización de la existencia y el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a las muestras procesadas en el laboratorio con el personal encargado de la toma y proeso de muestras.	Socializar la existencia y el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a las muestras procesadas en el laboratorio y comprobar la disponibilidad que tienen todos los integrantes del laboratorio al mismo
5.2 A pesar de que esta contemplado su manejo y disposición final en el manual, las puntas las desechan en bolsa y no en recipiente rígido.	Implementar la disposición final de las puntas en recipiente de paredes rígidas (guardianes)
5.8 La ruta de residuos del laboratorio no es visible internamente y muestran la externa del hospital en general, no se evidencia la demarcación de la ruta de residuos en el piso o laterales por tal motivo se desconoce el manejo.	Realizar demarcacion y cuadro de ruta del laboratorio
5.9 El laboratorio no realiza el pre tratamiento in situ de los residuis coo medida de bioseguridad o principio de precaucion de impacto ambiental (Ley 99 de 1993)	

	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA E.S.E. MONTENEGRO <i>La Salud... nuestro compromiso</i> NIT. 890.000.400-2	
--	---	--

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ LABORATORIO DEPARTAMENTAL

PROBLEMA	ACTIVIDADES
<p>5.16 Cuentan con una ducha no demarcada y tampoco le hacen seguimiento de uso en el baño, no tiene llave de fácil acceso se hace prueba y el agua baja completamente sucio</p>	<p>Cambiar la ducha lava ojos y demarcar el sitio donde se encuentra ubicada para su identificación</p>



Certificado No. SC 5858-1



PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Lider laboratorio	nov-22	dic-23
Seguridad y salud en el trabajo _ Seguridad del paciente	ene-22	dic-23
Seguridad y salud en el trabajo	ene-22	dic-23

PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Mantenimiento y Seguridad y salud en el trabajo	ene-22	dic-23

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Estructurar un proceso de capacitación y educación continuada para el equipo de trabajo del laboratorio dentro del cual se incluya la socialización del manual o procedimiento de bioseguridad y se estructure su implementación. Coordinar con el área de Calidad y de seguridad del paciente, estrategias de divulgación del manual de bioseguridad, a nivel intrainstitucional	# de personas capacitadas en el servicio de laboratorio / # total de personas del servicio.	31/12/22
Garantizar que las puntas generadas de la actividad propia del servicio laboratorio sean desechadas de manera adecuada .	Manejo de guardianes para disposición final de las puntas	1/01/23
Garantizar la demarcación de la ruta de laboratorio clínico	Área de marcación	1/01/23

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Garantizar la demarcacion y ducha lava ojos en el servicio de laboratorio clinico	# Actividad realizada / actividad programada	1/01/23

RESULTADO

Se cuenta con un plan de capacitacion del procesos, evidenciando socializacion y medicion de la eficacia.

Se realiza ajuste a dispensacion final. Según normatividad

se instaure Ruta de manejo de residuos de laboratorio clinico

Se documenta en el protocolo de bioseguridad cada uno de los procesos con respecto al manejo de la planta de tratamiento hospitalario

RESULTADO

Se cuenta con ducha
y demarcacion de
lava ojos.con
verificacion de
funcionalidad

.....



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ LABORATORIO DEPARTAMENTAL

PROBLEMA	ACTIVIDADES
6.1 El coordinador del laboratorio no tiene manera de asegurarse que los profesionales a su cargo conozcan sus responsabilidades dentro del sistema de vigilancia referente a la Red Nacional de Laboratorios: decreto 780 de 2015 (contiene decreto 3518/2006 y el decreto 2323 de 2006), resolución 1619 de 2015, Resolución 1646:2018 y anexo técnico	Capacitar al personal de laboratorio en el decreto 780 de 2015 (contiene decreto 3518/2006 y el decreto 2323 de 2006), resolución 1619 de 2015, Resolución 1646:2018 y anexo técnico
6.4 AEI laboratorio participa en estudios de vigilancia epidemiologica planteados por el nivel territorial o nacional de acuerdo a prioridades en salud publica.	Notificacion de casos centinela positivos, Notificacion de casos de eventos de interés en salud pública
6.6 A El laboratorio gestiona y participa en proyectos de investigacion en temas relacionados con los eventos de interés en salud pública.	Comparte integral de la red departamental de laboratorio, el dela ESE, con las notificaciones y la adhrencia a protocolos, capacitaciones esta participando en todos los procedimientos de investigación



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

FECHA ELABORACIÓN:

ORIGEN DEL PLAN: Auditoria Interna: _____ LABORATORIO DEPARTAMENTAL

PROBLEMA	ACTIVIDADES
----------	-------------



Certificado No. SC 5858-1



PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final
Lider Laboratorio	dic-22	ene-23
Lider Laboratorio y epidemiologia	dic-22	ene-23
Lider Laboratorio y epidemiologia	dic-22	ene-23

PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO O SUBPROCESO: LABORATORIO

RESPONSABLES	EJECUCIÓN	
	Fecha inicio	Fecha final

Código: 26-016

Versión: 007

Fecha: 16 06 2021

Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
Garantizar que el personal de laboratorio conozca el decreto 780 de 2015 (contiene decreto 3518/2006 y el decreto 2323 de 2006), resolución 1619 de 2015, Resolución 1646:2018 y anexo técnico	# de personas capacitadas /# total de de personas que laboran en el servicio de laboratorio clinico	ene-23
Garantizar que el laboratorio clinico participe activamente como mecanismo de información y comunicación en el reporte de estudios epidemiológicos.	No de eventos reportados por el laboratorio clinico en eventos de vigilancia epidemiologica.	Proceso continuo y permanene
Lograr que el servicio de laboratorio clinico participe en lo relacionado con temas de interes en salud publica.	Documento de verificación revisado y ajustado	Proceso continuo y permanene

	Código: 26-016
	Versión: 007
	Fecha: 16 06 2021
	Página 1 de 1

RESPONSABLE:

ANA LUCIA BOTERO HOYOS

OBJETIVO	INDICADOR	FECHA DE SEGUIMIENTO
-----------------	------------------	-----------------------------

RESULTADO

Se cuenta con un plan de formacion intitucional, plan de capacitacion y entrenamiento continuo. , donde se evidencia el nivel de eficacia.
--

se inicia participacion en programa de gestantes en toma de muestra para Chagas

se inicia participacion en programa de gestantes en toma de muestra para Chagas

RESULTADO