del Departamento del Meta
E.S.E "Solución Salud"

NIT: 822.006.595-1

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado

No Radicacion: S2023_00000727
Folios: 0 Fecha: 2023-11-07
Hora: 2:22:55 PM
Dependencia: Correspondencia
Telefono PBX: 6610200

102.04 - **0215**
Villavicencio, 07 de noviembre de 2023

Doctora
YULIETH LOPEZ RETAMOSO
Directora (E) Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud
SUPERSALUD
Cra 68 A No. 24 B -10, Torre 3, Pisos 4, 9 y 10
Email: correointernosns@supersalud.gov.co
Villavicencio

ASUNTO: 2do. Avance trimestral del Plan de Mejoramiento suscrito por la ESE Solución Salud en el marco del Auto de Visita No. 2022410020001525-7 del 11 de noviembre de 2022 y al radicado 20234100300449761 de marzo de 2023 aprobación del Plan de Mejoramiento.

Respetada doctora Yulieth:

La Empresa Social del Estado del Departamento del Meta "ESE Solución Salud" dando alcance al radicado 20234100300449761 de marzo de 2023 aprobación del Plan de Mejoramiento, para su análisis, nos permitimos hacer entrega del 2do. avance trimestral (julio, agosto y septiembre de 2023) con evidencias de cada una de las actividades ejecutadas en concordancia con el Plan de Mejoramiento suscrito respecto a los 22 hallazgos, por lo cual se adjunta:

1. Carpeta en winzin que contiene las evidencias por cada uno de los hallazgos y actividades ejecutadas de cada uno de los hallazgos.
2. Archivos: uno en excel y uno en pdf del Plan de Mejoramiento.

Agradecemos la atención brindada al presente y estamos atentos a sus sugerencias.

Cordial saludo,

JORGE HERNÁN MOJICA MOLINARES
Gerente

Anexo: Lo enunciado

Proyectó: Olga Lucía Baquero Suárez	Cargo: Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Firma:

HACEMOS GRANDE AL META
GOBERNACIÓN DEL META

Supersalud	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT04
	FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Nombre de la entidad que suscribe el plan	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META - E.S.E. "SOLUCION SALUD"
NIT de la entidad	822006595
Digito de verificación - DV	1
Nombre del representante legal	Jorge Hernán Mojica Molinares
Identificación del representante legal	17321366
Dirección de la entidad	Calle 36 número 41 - 80 Barrio Barzal Alto
Teléfonos	608 6629873
Correo electrónico	gerencia@esemeta.gov.co
Forma por la cual se detectó el o los hallazgos	Auditoría
Fecha de suscripción del plan de mejoramiento	6/02/2023
URC de suscripción del plan de mejoramiento	S2023_0000067
Nombre de quien evalúa el plan de mejoramiento	Carlos David Martínez Latorre
Fecha de evaluación del plan de mejoramiento	
Acto de auditoría (si aplica)	2022410020001525-7
Fecha de vigencia del plan de mejoramiento	2023

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACIÓN SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción / Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
ministrativo	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no tiene completa la conformación de la Junta Directiva, toda vez que NO cuenta con uno de los representantes de los usuarios, ni representantes del sector científico, ni producción del departamento y representante de los alcaldes de los 17 municipios donde opera la ESE. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 12 del Decreto No. 0307 de 2003 Acto Administrativo de creación de la ESE y Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.3.8.4.2.3, vulnerando lo establecido en el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1948 de 2019.	Dar cumplimiento con el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, Decreto 2993 de 2011 y demás normatividad vigente en el nombramiento de los integrantes que conforman la Junta directiva de la ESE Solución Salud.	1.Realizar un cronograma para la elección de la terna a presentar ante el señor Gobernador (Para elección del representante de los Alcaldes ante la Junta Directiva) 2.Convocar a los alcaldes para conformar la terna 3. Elegir de la terna por parte de los alcaldes. 4. Solicitar y recepcionar hojas de vida de los alcaldes (de la terna). 5.Enviar oficio al señor gobernador presentando la terna de alcaldes junto con las hojas de vida. 6. Designación del representante de los alcaldes ante la Junta directiva de la ESE Solución Salud por parte del señor gobernador. 7. Posesión del Alcalde designado 8. Publicar la designación del representante de los alcaldes ante la Junta directiva de la ESE Solución Salud en la página web. 9. Dar cumplimiento a la norma en la elección de los representantes de los usuarios.	Posesión del 100% de los miembros que integran la Junta Directiva según normatividad vigente	100%	Juan Guillermo Zuluaga Cardona/Gobernador; Sergio Muñoz Yañez/Delegado de la Gobernación ante la Junta Directiva; Jorge Hernán Mojica Molinares/Secretario Junta Directiva	08/02/2023	31/10/2023	APROBADO	SI	1.y 2. Mediante Resolución 390 del 12 de mayo de 2023 se se convocó a los alcaldes de los municipios de influencia de la ESE Solución Salud para que hicieran parte de terna a presentar ante el gobernador para la elección de representante del sector social ante la Junta Directiva, y en el artículo 6 se encuentra el cronograma para la elección de la terna a presentar ante el señor Gobernador y mediante resolución 440 del 25 de mayo de 2023 se amplió el plazo de la actividad cinco (5) del cronograma. Se publicó convocatoria en la página web de la ESE, se enviaron circular No. 19 del 12 de mayo de 2023 y Resolución 390 de 2023 a los correos electrónicos institucionales de las 17 alcaldías. 3. El 24 de mayo de 2023 se llevó a cabo la reunión virtual convocada con meet.google.com/zyw-yszy-jxc elaborándose acta No. 03 de 2023. 4. Se solicitaron y recepcionaron del 16 al 23 de mayo de 2023 las hojas de vida de los alcaldes de los municipios de: Barranca de Upia, Cabuyaro y La Macarena. 5.El día 27 de junio de 2023 se radicó mediante oficio al señor gobernador presentando las hojas de vida con los soportes de la convocatoria. 6. El 10 de octubre de 2023 el Gobernador delegó el representante de los alcaldes a la Alcaldesa del Municipio de Cabuyaro mediante Resolución 087 del 10 octubre de 2023. 7. Posesión del Alcalde designado se llevará a cabo posteriormente teniendo en cuenta el artículo 3 de la Resolución 087 del 10 octubre de 2023 expedida por la Gobernación del Meta continua en proceso en proceso 8. Publicar la designación del representante de los alcaldes ante la Junta directiva de la ESE Solución Salud en la página web (se llevará a cabo posteriormente teniendo en cuenta el artículo 3 de la Resolución 087 del 10 octubre de 2023 expedida por la Gobernación del Meta) continua en proceso. 9. Mediante Acta de posesión 002 del 21 de diciembre de 2022 expedida por la Secretaría de Salud del Meta se nombró y posesionó la representante de los usuarios para la ESE Solución Salud.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIEN?	¿CUANDO?		EVALUACIÓN SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
Iministrativo	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no tiene completo y organizado el libro de actas de la junta directiva, toda vez que NO cuenta con la totalidad de las actas de la Junta Directiva. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016 que incorporó el artículo 10 del Decreto 1876 de 1994 reglamentario de las Empresas Sociales del Estado-ESE, vulnerando lo establecido en el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento al artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016.	1. Elaborar las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva en el Libro de Actas el cual encuentra debidamente registrado ante la Secretaria de Salud Departamental. 2. Firmar las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva por parte del Presidente y Secretario con la previa aprobación de la Junta. 3. Archivar cronológicamente y custodiar las actas de Junta Directiva debidamente firmadas.	No. De actas de Junta Directiva debidamente firmadas y custodiadas / Total de sesiones llevadas a cabo durante la vigencia X 100	Actas de Junta Directiva debidamente firmadas y custodiadas en una 100%	Sergio Muñoz Yañez/Delegado de la Gobernación ante la Junta Directiva; Jorge Hernán Mojica Molinares/Secretario Junta Directiva	08/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se adjuntan las Actas de las sesiones ordinarias 5 y 6 de Junta Directiva en el Libro de Actas. 2. Las actas5 y 6 se encuentran firmadas por el Presidente y Secretario con la previa aprobación de la Junta. 3. Las actas 5 y 6 originales se encuentran escaneadas y archivas cronológicamente y en custodia, y la gerencia hace una nota aclaratoria anexando certificación	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
anciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", en su proceso de programación presupuestal ha incorporado durante la vigencia 2021 y al corte septiembre de 2022, apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo que implicó la adquisición de compromisos sin contar con una fuente cierta que respalde su pago. **Norma Presuntamente Violada:** artículo 21° del Decreto 115 de 1996 en concordancia con el artículo 17 de la ley 1797 del 13 de julio de 2016, incurriendo en la infracción establecida en el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1438 de 2011	Reducción del gasto para la vigencia 2023	1. Concertar mesas de trabajo financieras mensualmente con las áreas de Facturación, Cartera, Presupuesto y Tesorería para realizar verificación y seguimiento al recaudo. 2. Buscar estrategias de acuerdo al resultado de la verificación y seguimiento del recaudo. 3. Realizar una planeación con las áreas de la entidad para formulación del presupuesto de la vigencia 2024. 4. Elaborar y ejecutar un Plan de Austeridad en el gasto para la vigencia 2023 y realizar el respectivo seguimiento. 5. Radicar y socializar ante la Gerencia Informe del resultado de la austeridad del gasto bimensuales (vigencia 2023).	Recaudo del 62% anual vs. Gastos del 62% respecto del recaudo	0% de deficit de la vigencia 2023	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Jorge Humberto Rincón Vizcaino /Profesional de Presupuesto; Fernando Camargo/ Profesional de Cartera; Johanna Rey / Tesorera General; Contratista Grupo Empresarial Carrascal García SAS /Proceso Cobro de cartera; Contratista Gestiones y procesos integrales SAS /Proceso de Facturación	1 y 2. 08/02/2023 3. 01/09/2023 4. 23/02/2023 5. 22/05/2023	1.y 2. 05/02/2024 3. 15/12/2023 4. 15/03/2023 5. 05/02/2024	APROBADO	SI	Al 2do.seguimiento (Julio, Agosto y Septiembre de 2023): 1 y 2. se evidencian las actas 06 y 07 de los meses de junio y julio de 2023 donde se concertaron mesas de trabajo financieras con las áreas de Facturación, Cartera, Presupuesto y Tesorería llevándose a cabo el seguimiento al recaudo, se plantearon estrategias de gestión para la recuperación de cartera y seguimiento a la cartera con acciones de cobro, respecto a la mesa de trabjo del mes de agosto 2023 se adjunta convocatoria. 3. Se adjunta Acta 02 del 05 de julio de 2023 donde registra avance en el tema de la planeación para formulación del presupuesto de la vigencia 2024. 4. La entidad diseñó y aprobó el el Plan de Austeridad con disminución del costó médico y gastos administrativo vigencia 2023 llevándose a cabo el seguimiento al 2do. trimestre de 2023, así mismo se llevaron a cabo campañas de sensibilización en materia de austeridad en el gasto. 5. Se radicó y socializó ante la Gerencia el 2do. Informe del resultado de la austeridad del gasto bimensuales (vigencia 2023).	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		
nciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", para la vigencia 2021 y con corte a Septiembre 30 de 2022, reportó un déficit presupuestal, del –14.35% y 36.31%, respectivamente, situación que refleja que el criterio de programación presupuestal es el gasto y en consecuencia aumenta el riesgo en el equilibrio financiero de la entidad. **Norma Presuntamente Violada:** Artículos 12 y 16 del Decreto 111 de 1996.	Seguimiento a las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos	1. Elaborar y ejecutar un Plan de Austeridad en el gasto 2. Concertar mesas de trabajo financieras mensualmente con las áreas de Facturación, Cartera, Presupuesto y Tesorería para realizar verificación y seguimiento al recaudo. 3. Buscar estrategias de acuerdo al resultado de la verificación y seguimiento del recaudo. 4. Realizar una planeación con las áreas de la entidad para formulación del presupuesto de la vigencia 2024.	Recaudo del 62% anual vs. Gastos del 62% respecto del recaudo	0% de deficit de la vigencia 2023	Jorge Hernán Mojica Molinares/Gerente; Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Luz María Carreño León/ Subgerente Asistencial; Stella Medina Solano/ Oficina de Planeación; Jorge Humberto Rincón Vizcaino /Profesional de Presupuesto; Fernando Camargo/ Profesional de Cartera; Johanna Rey / Tesorera General; Contratista Grupo Empresarial Carrascal García SAS /Proceso Cobro de cartera; Contratista Gestiones y procesos integrales SAS /Proceso Cuentas Médicas .	08/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se diseñó el Plan de Austeridad en el gasto para la vigencia 2023 el cual se reportó a la Supersalud en el 1er avance. 2 y 3 se evidencian las actas 06 y 07 de los meses de junio y julio de 2023 donde se concertaron mesas de trabajo financieras con las áreas de Facturación, Cartera, Presupuesto y Tesorería llevándose a cabo el seguimiento al recaudo, se plantearon estrategias de gestión para la recuperación de cartera y seguimiento a la cartera con acciones de cobro, se adjunta planilla de seguimiento al recaudo vs. ejecución activa vs. presupuesto y tesorería mensualmente que hace parte integral de las actas aquí adjuntas, respecto a la mesa de trabjo del mes de agosto 2023 se adjunta convocatoria. 4. Se adjunta Acta 02 del 05 de julio de 2023 donde registra avance en el tema de la planeación para formulación del presupuesto de la vigencia 2024.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿COMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIEN?	¿CUANDO?		EVALUACION SNS									
OMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción: Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
anciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud" durante las vigencias 2021 y 2022, gestionó recaudo por cobro de cartera de prestación de servicios de salud, un porcentaje del 30% sobre el recaudo total de sus cuentas por cobrar más la facturación del mismo periodo, hecho que pudiese evidenciar deficiencias en la gestión de cobro **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 1° de la Ley 1066 de 2006.	Verificación y seguimiento al recaudo por cobro de cartera de la entidad por la prestación de los servicios de salud.	1. Concertar mesas de trabajo financieras mensualmente con las áreas de Cartera, Cuentas Médicas y Tesorería para realizar verificación y seguimiento al recaudo por cobro de cartera de la entidad por la prestación de los servicios de salud . 2. Buscar estrategias de acuerdo al resultado de la verificación y seguimiento al recaudo por cobro de cartera de la entidad por la prestación de los servicios de salud.	Valor recaudado de la cartera vs. Valor total de la cartera a recaudar menor a 360 días X 100	Recaudar el 62% anual de la cartera menor a 360 días	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Fernando Camargo/ Profesional de Cartera; Johanna Rey / Tesorera General; Contralista Grupo Empresarial Carrascal García SAS /Proceso Cobro de cartera; Contralista Gestiones y procesos integrales SAS /Proceso Cuentas Médicas .	08/02/2023	05/02/2024	APROBADO	SI	1 y 2. se evidencian las actas 06 y 07 de los meses de junio y julio de 2023 donde se concertaron mesas de trabajo financieras con las áreas de Facturación, Cartera, Presupuesto y Tesorería llevándose a cabo el seguimiento al recaudo, se plantearon estrategias de gestión para la recuperación de cartera y seguimiento a la cartera con acciones de cobro, respecto a la mesa de trabjo del mes de agosto 2023 se adjunta convocatoria.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		
anciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud" presenta diferencias significativas en el marco de la circular conjunta 030 y saldos representativos de giros sin identificar, objeciones pendientes y facturación no radicada, generando entre lo reconocido por las entidades responsables de pago una proporción del 36% respecto al total reportado por la ESE **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 9, de la Ley 1797 de 2019, artículo 2 de la Resolución 6066 de 2016 y numeral 7 de la Circular Conjunta 030 de 2013.	Dar cumplimiento a la circular 030 de 2013 y demás normatividad vigente	1. Verificar cada uno de los saldos adeudados existentes en la contabilidad de la entidad vs. con las entidades responsables de pago 2. Realizar circularización cuatrimestralmente para la respectiva verificación de los saldos adeudados por las diferentes entidades responsables de pago para con la ESE Solución Salud. 3. Identificar y gestionar las consignaciones pedientes por conocer la entidad que ha consignado y aplicar el respectivo pago. 4. Realizar las conciliaciones de saldos trimestralmente el área contable con las áreas de: Facturación, Cuentas Médicas, Cartera y Tesorería. 5. Reportar los saldos de la cartera cuya información debe ser igual (exacta) con los saldos reportados en la Circular 030 de 2013.	Saldos de la cartera a Saldos a reportar en la Circular 030 de 2013	Reportar el 100% de la información exacta de los saldos de la Cartera vs. saldos de cartera de la Circular 030 de 2013	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Fernando Camargo/ Profesional de Cartera; Johanna Rey / Tesorera General; Juan Jacobo Enciso Pardo/ Contador/ Contralista Grupo Empresarial Carrascal García SAS /Proceso Cobro de cartera; Contralista Contralista Gestiones y procesos integrales SAS /Proceso Cuentas Médicas.	08/02/2023	05/02/2024	APROBADO	SI	1. Se adjuntan las actas 06 y 07 de los meses de Junio y Julio de 2023 de la mesas de trabajo financiera, respecto a la mesa de trabjo del mes de agosto 2023 se adjunta convocatoria. 2. Se realizó circularización el 05 de septiembre al 10 de octubre de 2023 a 136 empresas responsables de pago para con la ESE Solución Salud de la cartera a corte 31 de julio de 2023. 3. Se adjuntan actas 06 y 07 de los meses de Junio y Julio de 2023 de la mesas de trabajo financiera. de la mesas de trabajo financiera en el tema de consignaciones por identificar, respecto a la mesa de trabjo del mes de agosto 2023 se adjunta convocatoria. 4. Se adjunta oficio expedido por el Contador de la ESE Solución Salud respecto de las conciliaciones de saldos trimestrales. 5. Se adjunta certificación expedida por el líder de cartera respecto del cargue de los saldos reportados en la Circular 030 de 2013.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		
nciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud" a diciembre de 2021 y lo corrido de 2022, no realizó una adecuada revelación sobre la medición posterior de las propiedades, planta y equipo, al no revelar la conciliación entre los valores en libros al principio y al final del periodo contable, al reconocer bajas de activos fijos, al deterioro de activos de acuerdo con el estado y uso de los mismos, no presentando la mejor estimación de los recursos que espera recibir la empresa producto de la compensación y por no esperarse beneficios económicos futuros por su uso o enajenación. **Norma Presuntamente Violada:** Numerales 10.3, 10.4 y 10.5, Capítulo 1, incorporado en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014, y numeral 8.1.2 del anexo técnico de la resolución 3100 de 2017 e incurriendo en la infracción establecida en el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1949 de 2019.	Actualización de los inventarios de la Empresa Social del Estado del Departamento Meta.	1. Realizar inventarios a los 17 centros de atención y sedes administrativas de acuerdo con el cronograma expedido por el área de almacén concertado con la Subgerencia Administrativa y Logística. 2. Realizar el proceso de bajas de elementos inservibles a 3 centros de atención para la presente vigencia (Teniendo en cuenta que los centros de atención se encuentran muy distantes con respecto al nivel central) 3. Realizar las conciliaciones de saldos trimestralmente el área contable con el área de almacén.	No. De inventarios realizados durante la vigencia 2023 / Total de inventarios programados para la vigencia 2023 X 100	100% de inventarios programados.	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Juan Jacobo Enciso Pardo/ Contador/ Yenny Judit Martínez Aguilera/Almacenista; Directores Centros de Atención.	08/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. (i) La líder del proceso de Almacén hace entrega del cronograma expedido por el área de almacén y concertado con la Subgerencia Administrativa y Logística el 30 de mayo de 2023 a ejecutar durante la vigencia 2023, se anexa; (ii) la Almacenista hace entrega de la base de datos descargada del software SEVEN los inventarios los cuales se adjunta en archivo en excel con corte 30 septiembre 2023; (iii) Ante la acción correctiva a ejecutar la Almacenista General de la ESE Solución adjunta certificación radicada por correo electrónico y radicado I2023-00000317 fechada con 7 de noviembre de 2023. 2. La líder del proceso de Almacén hace entrega de un oficio radicado el 12 de octubre de 2023 donde registra las actividades de avances al Plan de mejoramiento suscrito con la Superalud respecto al proceso de bajas de elementos inservibles con el hospital de Puerto Gaitán, San Juan de Arama, Cumaral, Lejanías, Barranca de Upica, Cabuyaro y Restrepo para la presente vigencia 2023. 3. Se aneva certificación expedida por Contabilidad con radicado I2023-00000319.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIEN?	¿CUANDO?		EVALUACION SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluacion / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
nanciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", No se observa que la entidad realice un estudio integral de su actividad litigiosa, con el fin de identificar con precisión los hechos que generan riesgo, que explique e indique la mejor estimación del desembolso, con el fin de evitar que se subestimen o sobreestimen las provisiones para litigios. **Norma Presuntamente Violada:** Numerales 6.1, 6.2, 6.3, del capítulo 2, artículo 1 de la resolución 414 de 2014 y lo previsto en el numeral 11 artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de litigios para ESE Solución Salud.	1. Elaborar mediante acto administrativo la Política de Prevención del daño antijurico 2. Realizar estudio integral de los litigios que incluya la identificación de los riesgos, registrando la estimación del desembolso, entre otros.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	100% acciones ejecutadas	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Lyda Susana Gutiérrez Muñoz/Jefe Oficina Asesora Jurídica; Sandra Marlitza Díaz Urrego/Asesora Jurídica Externa; Jaboco Enciso/ Contador	08/02/2023	30/09/2023	APROBADO	SI	1. La oficina jurídica elaborar mediante acto administrativo resolución 765 de fecha 27 de septiembre de 2023 la Política de Prevención del daño antijurico 2. Se adjunta acta 11 de fecha 27 de octubre de 2023, metodología para el cualculo de la provisión contable y la adopción de la metodología mediante resolución 764 de 2023.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	04/05/2023	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	
anciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud" no cuenta con un sistema contable de costos que le permita determinar el costo por servicio ofrecido incurriendo en la vulneración del principio de eficiencia del derecho fundamental de la salud. **Norma Presuntamente Violada:** Literal k) del artículo 6 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y parágrafo del artículo 185 de la ley 100 de 1993, incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1949 de 2019.	Concertar un plan de acciones a ejecutar en el costeo a un centro de atención.	1. Elaborar un plan de acciones a ejecutar en el costeo a un centro de atención. 2. Elaborar un modelo piloto de costeo por servicio ofrecido en un centro de atención. 3. Radicar proyecto ante la MINTIC del Orden Nacional y/o ante Gobernación del Meta y/o otras entidades que puedan apoyar a la ESE Solución Salud para adquisión de sistema de costos el cual permita realizar un costeo real de la venta de servicios de salud 4. Una vez aprobado el proyecto por parte de las MINTIC y/o Gobernación del Departamento del Meta y puesto en marcha tomar de las decisiones para optimizarlos recursos.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	Un modelo piloto de costeo por servicio ofrecido en un centro de atención	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Juan Jacobo Enciso Pardo/ Contador; Stella Medina Solano/Oficina de Planeación; Directores Centros de Atención.	08/02/2023	05/02/2024	APROBADO	SI	1. El 07 de julio de 2023 se elaboró y aprobó el Plan de Acción a ejecutar en el costeo al centro de atención de Restrepo, donde igualmente se puede el seguimiento a las acciones ejecutadas a este plan de acción con corte a 30 septiembre 2023 2. Se diseño y aprobó el Manual de costos ABC Modelo Piloto de costeo del Hospital Local de Restrepo MN-CON-03 V1. 3 y 4 Se adjunta certificación radicada por la Jefe de la Oficina de Planeación.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/09/2023	OPORTUNO	34%-69%		
nciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no reconoce de manera oportuna los servicios prestados en los diferentes centros de salud, situación que deja servicios no facturados y facturas activas sin remitir al área administrativa para la radicación de estas generando el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **Norma Presuntamente Violada:** Numeral 13 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	Facturar, remitir facturas activas al nivel central y radicar ante las Entidades Responsables de Pago los servicios de salud prestados en cada uno de los centros de atención.	1. Facturar en tiempo real todos los servicios prestados en cada uno de los centros de atención. 2. Radicar y/o remitir al nivel central la facturación activa para ser radicada ante las Entidades Responsables de Pago. 3. Certificar por parte de los Directores de los Centros de Atención ante la Subgerencia Administrativa y Logística la cantidad de pacientes atendidos con la fecha, número y valor de la factura con la cual se le prestó el servicio al usuario afiliado, extrajero y particulares. 4. Presentar informes por parte del área de facturación, Cartera y Cuentas médicas conforme a lo establecido en la Resolución de creación del comité de glosas, cartera y facturación.	No. Facturas radicadas mensualmente ante las Entidades Responsables de Pago / Total de Facturas expedidas mensualmente X 100	Facturar y Radicar mensualmente ante las Entidades Responsables de Pago el 100% los servicios de salud prestados.	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Directores de los 17 Centros de Atención; Contralista Gestión y Procesos SAS/Facturación y Cuentas Médicas, Fernando Camargo/ Profesional área de cartera	08/02/2023	05/02/2024	APROBADO	SI	1 y 2. Se adjuntan informes del proceso de facturación de Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2023 e informe consolidado expedido por el área de facturación. 3. Se adjunta 17 certificaciones expedidas por parte de los Directores de los Centros de Atención ante la Subgerencia Administrativa y Logística donde registran la cantidad de pacientes atendidos con la fecha, número y valor de la factura por servicios prestados a usuarios afiliados a EPS, extrajero y particulares. 4. El área de facturación, Cartera y Cuentas médicas presentaron informes mensuales de los meses Abril, Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2023 ante el comité de glosas, cartera y facturación y se anexa acta comité glosas.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/05/2023	OPORTUNO	34%-69%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACION SNS									
OMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción / Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
ministrativo	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no tiene definido los procesos y procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito; así como tampoco cuenta con mecanismos de consolidación y análisis de la información relacionada con la gestión para la atención del accidente de tránsito. **Norma Presuntamente Violada:** subnumeral 2.1. del numeral 2 de las instrucciones de la Circular Externa 015 de 2016, incurriendo en la infracción administrativa indicada en el numeral 17 del artículo 3 de la ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a lo contemplado en la Circular Externa 000015 del 27 de Octubre de 2016 expedida por la Supersalud.	1. Diseñar y aprobar los procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito; 2. Cumplir con todos y cada uno de los formatos (anexos) requeridos por la Circular 015 de 2016 en la consolidación 3. Presentar ante el Comité de Glosas, Facturación y Cartera informe mensual con los respectivos análisis detallado de la información relacionado con la gestión en la atención de pacientes por accidente de tránsito (Circular 015 de 2016 expedida por la Supesalud) como también la facturación, cobro y recaudo de la cartera por atención en SOAT.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	Dar cumplimiento a lo contemplado en la Circular Externa 000015 de 2016.	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Directores de los 17 Centros de Atención; Contratista Gestión y Procesos SAS/Facturación y Cuentas Médicas, Fernando Camargo/ Profesional área de cartera; Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jessica Natalia Bautista Rico/ Area de Calidad.	05/02/2023	05/02/2024	APROBADO	SI	1. Se adjunta diseño de procedimiento para facturación SOAT para ser revisado y posterior aprobación por parte del área de calidad bajo circular 0000008 del 2023, para dar cumplimiento con la norma en el tema de diligenciamiento de formatos (anexos) requeridos por la Circular 015 de 2016. 2. Se adjunta reporte de los formatos requeridos por la Circular 015 de 2016 3. Se anexa acta No. 002 de fecha 10 agosto 2023 comité de glosas, Facturación y Cartera informe atención de pacientes por accidente de tráslto (Circular 015 de 2016 expedida por la Supesalud) e informe de cobro del SOAT de Enero a agosto de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		
nciero	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no realiza reportes de información de manera oportuna a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de la Circular Externa 047 de 2007 y modificatorias. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.y artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento Circular Externa 047 de 2007 y modificatorias expedida por la Supersalud.	1. Reportar oportunamente dentro las fechas establecidas el ARCHIVO TIPO: FT025– Reporte de Facturación Radicada por IPS a entidades del aseguramiento en salud 2. Reportar oportunamente dentro las fechas establecidas el ARCHIVO TIPO: FT026 – Contratación. 3. Reportar oportunamente dentro las fechas establecidas el ARCHIVO TIPO: GT001 – Reporte de Implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno	No. Informes FT025, FT026 Y GT001 presentados oportunamente ante la Supersalud / Total de informes FT025, FT026 Y GT001 a presentar ante la Supersalud X 100	Presentar oportunamente al 100% los informes FT025, FT026 Y GT001	Carolina Muñoz Ocampo/Subgerente Administrativa y Logística; Lyda Susana Gutierrez Muñoz/Jefe Oficina Asesora Jurídica; Contratista GESTION Y PROCESOS SAS/Facturación; Stella Medina Solano/Oficinad de Planeación.	08/02/2023	31/03/2023	APROBADO	SI	1. El 17 de marzo de 2023 la oficina de Cartera reportó la información en el ARCHIVO TIPO: FT025– Reporte de Facturación Radicada por IPS a entidades del aseguramiento en salud se llevó a cabo repoite del Archivo tipo: FT025. (se adjuntan pantallazos Abril a septiembre 2023) 2. Contratación cargo a 18 de abril de 2023, 19 julio de 2023 y a 19 octubre de 2023 reportó el ARCHIVO TIPO: FT026 (se adjuntan pantallazos) 3. Para la vigencia 2023 se reportará el ARCHIVO TIPO: GT001 – Reporte de Implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno según la fecha establecida en la circular aquí mencionada para el mes de noviembre 2023	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/03/2023	OPORTUNO	70%-99%		
uramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", NO garantiza el cumplimiento de su responsabilidades frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, toda vez que: i) NO presta servicios que se encuentran habilitados en RESP como pediatría y radiología odontológica. ii) Presta servicios y/o capacidad instalada que NO está habilitadas en el REPS, como el servicio de Esterilización, salade procedimientos menores. iii) los servicios de imágenes diagnósticas ionizantes, radiología odontológica, transporte asistencias básico y vacunación, servicio de urgencias, no registra en REPS los datos de la modalidad y complejidad y no presentan novedad. iv) la dirección reportada en REPS no coincide con la dirección in situ del centro de atención Restrepo, V) la dirección registrada en REPS es en Villavicencio y no coincide con la ciudad donde se prestan los servicios. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 4 del capítulo I, numeral 5, 7, 12 y 12,3 del artículo 12 del capítulo III de la Resolución 2019.Artículo 2.5.1.3.1.1, 2.5.1.3.2.6 parágrafo 2 del artículo 2.5.1.3.2.7 y el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016 y Numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de habilitación de servicios de: Pediatría, Radiología Odontológica, servicio de esterilización, sala de procedimientos menores, imágenes diagnósticas ionizantes, transporte asistencias básico y vacunación, servicio de urgencias y dirección del centro de atención de RESTREPO.	1. Contratar un pediatra para la prestación de servicios en el centro de Restrepo. 2. Dar inicio a la toma de Radiografías odontológicas a los usuarios del Centro de atención de Restrepo. 3. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo al RX de odontología del centro de atención de Restrepo de acuerdo a cronograma. 4. Tramitar ante la Secretaría de Salud -oficina de habilitación y servicios la habilitación de la sala de procedimientos menores ubicado en el servicio de urgencias del centro de atención de Restrepo. 5.Remitir certificación a la Supersalud una vez habilitada la sala de procedimientos menores ubicado en el servicio de urgencias del centro de atención de Restrepo. 6. Tramitar ante la Secretaría del Departamento de Salud la novedad de la dirección del Centro de Atención de Restrepo reportada en REPS e igualmente la dirección de la Sede Administrativa registrada en el REPS .	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Carolina Muñoz Ocampo/ Subgerencia Administrativa y Logística; Lyda Susana Gutierrez Muñoz/Jefe Oficina Asesora Jurídica; Jessica Natalia Bautista Rico/ Area de Calidad	1. 08 febrero de 2023 2. 01 abril de 2023 3. 08 febrero de 2023 4. 01 marzo de 2023 5. 4. 01 marzo de 2023 6. 01 marzo de 2023	1. 28 febrero de 2023 2. 30 abril de 2023. 3. 31 Enero 2024 4. 31 mayo de 2023 5. 30 junio de 2023 6. 31 mayo de 2023	APROBADO	SI	1. La ESE Solución Salud contrató un pediatra para la prestación de servicios en el centro de Restrepo mediante contrato No. 159 del 16 de febrero de 2023 y se observa la adición y prórroga del contrato 159 de 2023 2. Para el mes de abril de 2023 se dispuso del equipo de Rx para el servicio odontología del centro de atención de Restrepo para la toma de Radiográfias odontológicas a los usuarios, me diante certificación expedida por el director y odontóloga del centro de atención se adjunta certificación de pacientes a los cuales se tomó Rx periapicales en el hospital local de Restrepo. 3. Se realizó mantenimiento preventivo al equipo de RX de odontología del centro de atención de Restrepo de acuerdo a cronograma, hoja de vida del equipo de RX y a la ficha de mantenimiento por parte de los biomédicos. (Julio 22 de 2023) 4. y 5. Se envia avance a las acciones correctivas ante la Supersalud de las gestiones y asesorías impartidas por la Secretaría de Salud del Meta - oficina de habilitación (2 certificaciones y Manual de esterilización). 6. Se tramitó ante la Secretaría del Departamento de Salud, Ministerio de Salud -Mesa de ayuda y ante el REPS el proceso actualmente se realicó el 31 de enero de 2023 y nuevamente el 27 junio de 2023 ante la Secretaría de Salud del Meta la novedad de la dirección del Centro de Atención de Restrepo reportada en REPS para que se realice por la Secretaría de Saud del Meta el ajuste en el nombre del municipio de la dirección donde funciona la Sede Administrativa registrada en el REPS donde procedieron a dar respuesta el 27 de julio de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACIÓN SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción / Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
seguramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", No garantiza la atención de urgencias de manera integral, continua y oportuna asegurando la seguridad del usuario, toda vez que: i) No garantiza la dotación de sillas reclinables escualizables, ii) No garantiza la atención oportuna en el servicio de urgencias debido a que en verificación del censo del del día 15/11/2022 no se encontraron registrados los pacientes; 1122654670, 35589226, el tipo de TRIAGE, asignado no es coherente con la descripción clínica, iii) No se encuentra pacientes registrados y la clasificación en historias clínicas verificadas, no corresponda los tiempos de atención, según lo verificado en los soportes revisados **Norma Presuntamente Violada:** Numeral 27.1 del "estándar de dotación" del 11.6.1 "Servicio de urgencias". Numeral 36.13. "estándar procesos prioritarios", del numeral 11.6 "Grupo de atención inmediata "del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019. Numeral 4 del artículo 130 de la Ley 1949 DE 2019, Numeral 3 del artículo 2.5.1.2.1, 2.5.3.2.5 del capítulo II del Decreto 780 de 2016, artículo 4, 5 y 6 de la Resolución 5596 de 2015.	Dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia del centro de atención de Restrepo.	1. Comprar y poner en funcionamiento sillas reclinables escualizables para el servicio de urgencias del centro de atención de Restrepo. 2. Capacitar y sensibilizar trimestralmente al personal asistencial del servicio de urgencia del centro de atención de Restrepo en el tema de clasificación de Triage y en el diligenciamiento oportuno de la historia clínica. (4 capacitaciones al año) del Centro de Atención de Restrepo. 3. Medir la adherencia a las capacitaciones del personal asistencial capacitado en el Centro de Atención de Restrepo con la expedición de un informe de la adherencia radicado ante la Dirección del Centro de atención de Restrepo.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jessica Natalia Bautista Rico/ Área de Calidad; Martha Leidy Rodríguez Quintero/Auditor concurrente	1. 08 febrero de 2023 2. 01 marzo de 2023 3. 01 marzo de 2023	1. 30 junio de 2023 2. 31/12/2023 3. 31/12/2023	APROBADO	SI	1. De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 el ambiente transitorio en el estándar de infraestructura se definen procesos prioritrios de acuerdo al prestador; el prestador no tiene ni la infraestructura ni tiene establecido una área transitoria para los pacientes y garantiza la permanencia del paciente de manera transitoria en el área de observación. Al no tener establecido el área en procesos prioritarios ni tener infraestructura específica para esta área no se requiere por dotación este item, según el concepto expedido por la Gerencia de Calidad, Inspección y Vigilancia de los servicios de la Secretaría de Salud Departamental del Meta, se anexa acta del 30 junio de 2023 e igualmente se adjunta certificación de la oficina de calidad de la ESE Solución Salud. 2. El 27 de septiembre de 2023 se llevó a cabo capacitación y sensibilización al personal asistencial del centro de atención de Restrepo en Triage, se adjunta listado de asistencia, presentación de la clasificación del Triage, pretest, postest y acta, Resolución 05596 del 24 de diciembre de 2015. (2da. capacitación de la vigencia 2023) Igualmente, se capacita y se sensibiliza al personal asistencial del centro de atención de Restrepo el 29 de septiembre de 2023 en registros en historia clínica y prevención del daño antijurídico (2da. capacitación de la vigencia 2023), presentación, pretest, postest y acta. 3. A 13 de Octubre de 2023 se radicó ante la subgerencia asistencial y a la dirección del centro de atención de Restrepo informe de la adherencia tanto a las capacitaciones de TRIAGE como Registros en Historias clínica.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
guramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, toda vez que: No garantiza los ambientes limpios y/o sucios en los servicios que lo exigen. **Norma Presuntamente Violada:** Numeral 35.4, 35.5 y 35.6 del numeral 11.1.2. "estándar de infraestructura- características de los ambientes áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud" del numeral 11.1. "estándares y criterios aplicables a todos los servicios", del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado porla Resolución3100de 2019.	Garantiza los ambientes limpios y/o sucios en los servicios del centro de atención de Restrepo.	1. Capacitar y hacer seguimiento bimensual al personal de servicios de aseo del centro de atención de Restrepo en el tema de limpieza y desinfección (Preparación de soluciones de hipoclorito de sodio según necesidad) con la entidad contratada para la prestación del servicio de aseo con la respectiva evaluación de la adherencia. 2. Presentar ante el supervisor del contrato y responsable de gestión ambiental cronograma mensual de trabajo para la limpieza y desinfección que incluya una jornada general de aseo de todas las áreas del centro de atención de Restrepo. 3. Registrar en tiempo real la reparación de soluciones de hipoclorito de sodio según necesidad en el Formato de limpieza, desinfección por áreas donde se plasmen cada una de las diluciones siendo este un mecanismo de control y seguimiento. 4. Rotular los frascos de la sala de partos y reanimación del centro de atención de Restrepo. 5. Realizar rondas de verificación de aseo y de la adecuada uso de los espacios en los servicios (no uso de elementos personales) cada 15 días del centro de atención de Restrepo con el levantamiento de Acta con registros fotográficos. 6. Circularizar con el personal del centro de atención de Restrepo en materia de orden en sus puestos de trabajo.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jhony Xavier Ramos/Director centro atención Restrepo; Loren Cristina Ocampo / Jefe area recursos humanos; Harvey Roa Ramírez/Responsable Gestión Ambiental; entidad contratista/Grupo Ingenier Colombia y Funcionarios centro de atención de Restrepo.	20/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se capacitó al personal de servicios de aseo del Hospital de Restrepo en lo relacionado con la limpieza y desinfección, como la preparación de soluciones de hipoclorito de sodio el 18 de julio de 2023 (Acta No. 03) y 18 de septiembre de 2023 (Acta No. 04) tanto por la entidad contratada para la prestación del servicio de aseo como por la ESE Solución Salud, e igualmente se hizo la respectiva evaluación de la adherencia; para el 30 de julio de 2023 y 29 de septiembre de 2023 se llevaron a cabo los seguimientos bimensuales de verificación, se anexan actas. 2. La supervisora del contrato presentó documento donde se encuentra registrado el cronograma mensual de trabajo para la limpieza y desinfección el cual también incluye una jornada general de aseo al mes de todas las áreas del centro de atención de Restrepo de los meses de julio, agosto y septiembre de 2023 y se adjuntan registros fotográficos. 3. Se realizaron los registros para la reparación de soluciones de hipoclorito de sodio en el Formato de Seguimiento y Desinfección por áreas donde se plasman cada una de las diluciones los meses de julio, agosto y septiembre 2023 se adjunta acta. 4. Acta donde se observa la rotulación de los frascos de la sala de partos y reanimación del centro de atención de Restrepo. (julio, agosto y septiembre 2023) 5. Se anexan actas con los registros fotográficos de la dirección del hospital de Restrepo de las rondas de verificación de aseo y de la adecuada uso de los espacios en los servicios cada 15 días. (julio, agosto y septiembre 2023) 6. Se circularizó con el personal del centro de atención de Restrepo en materia de orden en sus puestos de trabajo.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
guramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", No garantiza la dotación en seguridad necesaria para la atención de los usuarios toda vez que: que r realizan las calibraciones y/o los mantenimientos cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes. **Norma Presuntamente Violada:** Numeral 2 del numeral 11.1.3 "estándar dotación" del numeral 11.1 "estándar criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptadaporla Resolución3100de 2019.	Dar cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019 - estándar de dotación	1. Ejecutar mantenientos preventivos a los equipos biomédicos según cronograma radicado ante la Gerencia y área de Calidad, con la entrega de un informe a la Gerencia, al centro de atención de atención de Restrepo y Subgerencias Asistencial de los mantenimientos realizados. 2. Ejecutar calibraciones a los equipos biomédicos según cronograma radicado ante la Gerencia y área de Calidad, con la entrega de un informe a la Gerencia, al centro de atención de atención de Restrepo y Subgerencias Asistencial de las calibraciones realizados. 3. Actualizar, diligenciar y verificar las hojas de vida de los equipos biomédicos (Formato FR-ALOG-09 "Hoja de vida de equipo biomédico")	1. y 2. Ejecutar 100% cronograma de mantenimiento preventivo y de calibraciones a equipos al centro de atención de Restrepo 3. Actualizar el 100% de las hojas de vida de los equipos biomédicos	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Juan Sebastian Echeverry Rey/Bioingeniero; Valentina Ramírez Triana/Ing. Biomédica;	1. 08/02/2023 2. 15/03/2023 3. 08/02/2023	29/12/2023	APROBADO	SI	1. Se evidencia que el Cronograma paraejecutar mantenientos preventivos a los equipos biomédicos fue radicado el 11 de enero 2023, y este modificado y radicado ante Subgerencia asistencial, oficina de calidad y Gerencia el 20 de mayo de 2023, y radicación de un informe a Gerencia, Centro de atención de Restrepo y Subgerencias Asistencial de los mantenimientos ejecutados entre julio a septiembre de 2023 a los servicios de partos, RX de odontología, laboratorio, esterilización se adjuntan los formatos de mantenimiento de los equipos. 2. Se calibraron a los equipos biomédicos de los servicios de consulta externa, laboratorio, urgencias y vacunación según cronograma radicado ante la Gerencia y área de Calidad, radicando informe a la Gerencia, al centro de atención de Restrepo y Subgerencias Asistencial y se adjunta certificación de biomédico indicando que estas se hacen una (1) vez al año. 3. Se actualizó la información en cada una de las hojas de vida de los equipos biomédicos del centro de atención de Restrepo diligenciándose y verificandolas la información vs. el equipo biomédico se anexa Formato FR-ALOG-09 "Hoja de vida de equipo biomédico", se adjunta certificación de biomédicos.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ? Acciones de mejoramiento	¿CÓMO? Descripción de la Acción de Mejora	¿CUMPLIMIENTO? Indicadores de la Acción de Mejora	¿CUMPLIMIENTO? Meta de la Acción	¿QUIÉN? Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	¿CUÁNDO? Fecha de Inicio	¿CUÁNDO? Fecha de Terminación	EVALUACION SNS CONSIDERACIONES SNS	EVALUACION SNS ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
eguramiento	El servicio farmacéutico de la ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no satisface los requerimientos exigencias para su funcionamiento, toda vez que: i) No controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa para los medicamentos en los fines de semana, según lo verificado en soporte documento de toma de temperatura y humedad relativa y/o insumos, ii) No se garantiza la custodia y seguridad del carro de paro del servicio de sala de partos, toda vez que se encuentra asegurado con unas tijeras. Norma Presuntamente Violada: Numeral 15 del numeral 11.1.3. "estándar de dotación del numeral 11.1. "estándares y criterios aplicables a los servicios" el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por Resolución 3100 de 2019.	Registro diario (Mañana y Tarde) y verificación de la toma de Temperatura y Humedad relativa a los medicamentos y dispositivos médicos (De Lunes a Lunes) - servicio farmaceútico.	1. Diligenciar el Formato Registro de Temperatura y Humedad relativa en toma de temperatura para los medicamentos y dispositivos médicos los fines de semana (De Lunes a Lunes) - Mañana y Tarde - servicio farmaceútico. 2. Verificar el registro (Documental) de toma de temperatura y humedad relativa medicamentos y dispositivos médicos por parte de la enfermera jefe y/o Director del centro de atención de Restrepo. 3. Cambiar la cerradura del carro de paro del servicio de sala de partos el cual debe permanecer sellado una sea utilizado en la prestación de un servicio.	1 y 2. Registrar en un 100% la temperatura y humedad relativa (en el servicio de farmacia) de Lunes a Lunes en las jornadas Mañana y Tarde 3. Acta donde se evidencie el cambio de la cerradura adjuntando Factura de pago y registro fotográfico.	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jhony Xavier Ramos/Director centro atención Restrepo; Maritza Yamile Chirva Moreno/ Regente de farmacia	1 y 2) 7/02/2023 3). 07/02/2023	1 y 2) 31/12/2023 3) 28/02/2023	APROBADO	SI	1. Se observa que el formato FR-SF-01 V2 se Registró la Humedad relativa en toma de temperatura para los medicamentos y dispositivos en el área de farmacia y el formato FR-SF-02 V2 se registró el control de temperatura de cadena de frío incluyendo los fines de semana de lunes a lunes en la mañana y en tarde los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2023. 2. Se observa que formato FR-SF-01 Control de temperatura y humedad relativa V2, se registró la toma de temperatura y humedad relativa medicamentos y dispositivos médicos debidamente firmadas por el enfermero jefe, de lunes a lunes en la mañana y en tarde los meses de Julio, agosto y septiembre de 2023. 3. A fecha 24 de enero de 2023 se realizó el cambio de la cerradura del carro de paro para el servicio de urgencias (reanimación) tal como se registró en el informe de la Supersalud; el cual permanece sellado cada vez que se prestación el servicio, se adjunta certificación con el respectivo registro fotográfico. Ejecutado y reportado a la Supersalud en el avance a Junio 30 de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
guramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de usuarios Obligatorias, toda vez que: No presenta soporte documental donde se evidencia el análisis del comportamiento de la atención a la luz de los riesgos identificados y descritos en las actas, No presenta soporte documental donde se evidencie la formulación de acciones de mejoramiento preventivas para la gestión de los riesgos. Norma Presuntamente Violada: Artículo 4 del capítulo I, numeral 12.3 del artículo 12 del capítulo III de la Resolución3100 del 2019.Artículo 2.5.1.3.1.1, parágrafo 2 del artículo 2.5.1.3.2.7 y el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016.Artículos 5, 6 y numeral 12.4 del artículo 12 de la Resolución2003de 2014.Artículo 4 del capítulo I; artículos 5, 7 y 12 del capítulo II de la Resolución 3100 del 2019.Artículos 2.5.1.3.2.6, 2.5.1.3.2.7 y, 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016.-Numeral 27.1 del "estándar de dotación"del 11.6.1 "Servicio de urgencias", del numeral 11.6 "Grupo de atención inmediata" del Manual de inscripción deprestadoresy habilitación de servicios de salud" adoptado por la Resolución 3100de 2019.-Numeral3del artículo2.5.1.2.1del capítulo II del Decreto 780 de 2016.Numeral 2 "procesos prioritarios" del numeral2.3.2.4 "Urgencias" del Manual deinscripciónde prestadoras y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 2003del 2014.Numeral 36.13, "estándar de procesos prioritarios" del numeral 11.6.1"servicio de urgencias" del numeral 11.6. "Grupo de Atención Inmediata" del Manual de	Promover la cultura de los riesgos asociados en la atención en salud Seguridad del usuario en el centro de atención de Restrepo.	1. Presentar un análisis del comportamiento de la atención al usuario y los riesgos identificados y descritos en las actas comité de infecciones intrahospitalarias y seguridad del paciente. 2. Formular de acciones de mejoramiento preventivas para la gestión de los riesgos identificados. 3. Capacitar al personal asistencial mensualmente en Riesgos en la atención en salud - Seguridad del Paciente y la respectiva evaluación. 4. Realizar charlas mensualmente a los usuarios en las las de espera en temas de derechos y deberes de los usuarios y en seguridad del paciente.	No. Acciones ejecutadas / Total de acciones programadas X 100	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jhony Xavier Ramos/Director centro atención Restrepo; Mary Idali Perez/Atención al usuario.	07/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se evidencai un análisis del comportamiento de la atención al usuario y los riesgos identificados y descritos en las actas comité de infecciones intrahospitalarias y seguridad del paciente de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2023. 2. Se formularon de acciones de mejoramiento preventivas para la gestión de los riesgos identificados en un plan de mejoramiento y se le realizó el seguimiento a este. 3. Se capacitó al personal asistencial mensualmente en Riesgos en la atención en salud - Seguridad del Paciente y la respectiva evaluación del mes julio, agosto y septiembre de 2023. 4. Se realizaron sensibilizaciones y charlas en temas de derechos y deberes de los usuarios y en seguridad del paciente a los usuarios que asistieron al servicio de consulta externa en el Centro de atención de Restrepo en forma mensual, se anexan actas con listados de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	34%-69%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		EVALUACIÓN SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCIÓN DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
eguramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", i) No garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, en el servicio de urgencias debido a que no realizan los registros médicos y de enfermería durante la atención del paciente y no describen la nota aclaratoria donde se realice la aclaración de la hora posterior a la atención ii) el registro del censo de urgencias se encuentra incompleto, a la verificación de los registros se observa que dos pacientes no se encontraron en los registros aportados por la ESE, iii) no realizan el registro de la historia la tipificación de TRIAGE a los pacientes de acuerdo con su estado clínico de ingreso. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 11.1.6 ""estándar de Historia Clínica y Registros"" del numeral 11.1 ""estándares y criterios aplicables a todos los servicios"" del numeral 11 ""estándares y criterios de habilitación del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de Salud"" definido por la Resolución 3100 de 2019.	Garantizar la integralidad, secuencialidad, racionalidad técnico-científica, disponibilidad y oportunidad en el registro de las historias clínicas en el centro de atención de Restrepo.	1. Capacitar trimestralmente al personal médico y enfermería del centro de atención de Restrepo en el adecuado registro de las Historias Clínicas en el servicio de urgencias durante la atención del paciente registrando cronológicamente la atención y la clasificación del triage en la Historia clínica. 2. Diligenciar la historia clínica completa en el sistema de información HOSVITAL HIS de manera cronológica y oportuna con la respectiva clasificación del TRIAGE. 3. Realizar evaluación pre y post test para medir la adherencia en el registro de historias clínicas y clasificación del Triage. 4. Realizar auditorías a las historia clínicas de urgencias tomando como muestra el 30% del total de los ingresos al servicio de urgencias mensualmente al centro de atención de Restrepo. 5. Presentar y socializar el resultado de la auditoría a las historias clínicas de urgencias con un informe de auditoría mensualmente a la subgerencia Asistencial y al Comité de Historias clínicas del centro de atención de Restrepo.	Capacitar al 100% al personal médico y enfermería del centro de salud de Restrepo.	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jhony Xavier Ramos/Director centro atención Restrepo; Martha Leidy Rodríguez Quintero/Auditor concurrente	07/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1 y 2. El 29 de septiembre de 2023 se llevó a cabo capacitación y sensibilización al personal asistencial del centro de atención de Restrepo en Triage, se adjunta listado de asistencia, presentación de la clasificación del Triage, pretest, postest y acta; el 29 de septiembre de 2023 se capacitó y se sensibilizó al personal asistencial del centro de atención de Restrepo en registros en historia clínica con el diligenciamiento completo en el sistema de información HOSVITAL HIS y prevención del daño antijurídico (2da capacitación de la vigencia 2023), presentación, pretest, postest y acta. 3. Se realizó evaluación pre y post test para así medir la adherencia las capacitaciones de registro en historias clínicas y clasificación del Triage de Julio, agosto y septiembre 2023. 4. Se adjuntan las auditorías a las historia clínicas de urgencias donde se tomando como muestra el 30% del total de los ingresos al servicio de urgencias mensualmente al centro de atención de Restrepo (Junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2023) 5. Se presentaron y socializaron los resultado de la auditoría a las historias clínicas de urgencias con un informe de auditoría mensualmente a la subgerencia Asistencial y al Comité de Historias clínicas del Hospital de Restrepose anexan actas e informes de junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
guramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", No gestiona adecuadamente los indicadores de calidad en salud, toda vez que: No realiza la gestión respecto de los indicadores para el monitoreo de la calidad, necesaria para la mejora continua; **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 14 con su parágrafo de la Resolución 256 de 2016; artículo 9 de la Resolución 3539 del 2019 y numeral 1 del artículo 2.5.1.5.3 del capítulo 5 del Decreto 780 de 2016; Numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a la Resolución 256 de 2016	1. Realizar mensualmente análisis y monitoreo a los indicadores de la Resolución 256 de 2016 presentando informe ante los Directores de los Centros de Atención y Subgerencia asistencial con las respectivas recomendación en pro de la mejora.	No. De informes de radicados mensualmente donde se evidencie el análisis y monitoreo a los indicadores de la Resolución 256 de 2016 / Total informes a presentar X 100.	Analizar y monitorear el 100% de los indicadores de la Resolución 256 de 2016	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Jessica Natalia Bautista Rico/ Área de Calidad; Sella Medina Solano/Jefe Oficina de Planeación y Directores de los centros de atención	08/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se realizó mensualmente el análisis y el monitoreo a los indicadores de la Resolución 256 de 2016, informes que fueron presentandos ante el director del centro de atención de Restrepo y ante Subgerencia asistencial con las respectivas recomendaciones y que corresponde a los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2023.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		
guramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", No garantiza el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC, toda vez que: i)Para la elaboración del PAMEC No se considera la atención a la población en discapacidad. ii) no presentan soporte documental de las acciones de seguimiento con el respectivo análisis para generar acciones de mejora, iii) entregan soporte del resultado en la ficha técnica del indicador cumplimiento de acciones PAMEC en el 100% y no soportan las acciones. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 2.5.1.2.1 del capítulo II y artículo 2.5.1.4.1, 2.5.1.4.6 capítulo III del Decreto 780 de 2016; artículos 2 y 6 de la Resolución 3280 de 2018; numeral 3 del artículo 10 de la Ley 1618 de 2013 y; artículo 2.5.3.4.3.2 del Decreto 441 del 2022.	Incluir en el PAMEC la identificación, monitoreo y seguimiento a las acciones dirigidas a la población con discapacidad y su impacto.	i) Incluir en la Ruta Crítica la atención a población discapacitada: 1. Solicitar formalmente a la EAPB con las que se tiene tiene contrato las bases de datos de los usuarios que estén certificados con discapacidad por municipio. 2. Informar al personal de atención al usuario, facturación y asistencial la importancia de registrar en la base de datos de la entidad pacientes atendidos que presenten discapacidad 3. Registrar en la base de datos de la ESE Solución Salud pacientes atendidos que presenten discapacidad. 4. Unificar las bases de datos enviada por la EAPB y la ESE Solución Salud de pacientes que presenten discapacidad. 5. Caracterizar los usuarios con discapacidad: seguimiento o monitoreo a la identificación de los usuarios con discapacidad a través de la proporción de pacientes certificados. Por ser un nuevo indicador, construir la línea de base. 6. Capacitar a los usuarios con discapacidad, familia y cuidadores y realizar el seguimiento o monitoreo a las capacitaciones, se evaluará la proporción de actividades educativas de discapacidad. Construirla la línea de base 7. Presentar un informe trimestral con el análisis de pacientes atendidos que presentan discapacidad y sus intervenciones. 8.Informe de análisis a los Resultados de la Auditoría y seguimiento a Programas actuales: Gestantes – Paciente Hipertenso y Diabéticos - Pacientes con Patología Cardiovascular. Nuevos Programas: Para Disminuir la Gestación Temprana Control y Seguimiento de Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Mental. ii) -Soporte documental: 1. Crear carpeta digital y/o física de cada actividad realizada que sirva como soporte documental de la gestión del monitoreo y evaluación de la calidad para el desarrollo del indicador de cumplimiento de acciones.	1). Una línea base de pacientes certificados - discapacitados atendidos en la ESE Solución Salud 2). 4 informes anuales de pacientes atendidos que presenten discapacidad y sus intervenciones.	100%	Luz María Carreño León/Subgerencia Asistencial; Directores de los centros de atención; Stella Medina Solano/Jefe oficina de planeación; Ludy Maryory Pizza Moreno/Profesiona CPS Acreditación	07/02/2023	06/02/2024	APROBADO	SI	i) Incluir en la Ruta Crítica la atención a población discapacitada: 1. Con relación a esta acción la profesional de Acreditación hace entrega de una certificación donde informa que se han revisado las bases de datos de las EPS de usuarios capitados activos, y para el mes de Julio, Agosto y septiembre de 2023, se adjuntan y bases de base de datos se encuentan en el drive de la oficina de acreditación y facturación de la ESE: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1kFfFLavV0mmMkUejZB6jUe8k47VZ3Ud 2. Se expide acta No. 09 de Gestión y procesos fecha con 30 de junio de 2023 donde capacitan a los facturadores en la priorización del grupo poblacional según listados censales resolución 782 de 2023 e importancia de la catorización en el software de información; y para el personal de atención al usuario y asistencial se encuentra programada y convocada para encuentro sincrónico meet para el 07 de julio de 2023 a las 3:00 pm. se anexa evidencias. 3 y 4 A partir de las caracterizacion en el sistema se construyó una base de datos de pacientes atendidos de julio a septiembre de 2023 según el sistema Hosvital grupo poblacional usuario con discapacidad (bases unificadas) 5. La profesional de acreditación certifica que actualmente no se ha culminado la línea base para el 2023 ya que en los municipios se encuentran en mesas intersectoriales para certificación de discapacidad. (ejemplo acta del Castillo) 6. La capacitación a los usuarios con discapacidad, familia y cuidadores y el seguimiento o monitoreo a las capacitaciones se están ejecutando durante el 2do. semestre de 2023 - Acta del Castillo 7. A fecha 16 de octubre de 2023 se presentó ante la Subgerencia asistencial un informe correspondiente del 3er. trimestre 2023 que incluya el análisis de pacientes atendidos los cual presentan discapacidad con las respectivas atenciones. 8. La profesional de acreditación de la oficina de planeación hacen entrega de una certificación respecto a esta actividad. (se adjunta certificación). ii) -Soporte documental: 1. Se creó carpeta digital la cual se continua trabajando cada actividad realizada para el monitoreo y evaluación de la calidad para el desarrollo del indicador de cumplimiento de acciones, adjunta certificación la profesional area de acreditación.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO											SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUANDO?		EVALUACION SNS									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripcion de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	CONSIDERACIONES SNS	ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO)	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
eguramiento	La ESE del Departamento del Meta "Solución Salud", i) No realiza el análisis del resultado de los indicadoras en cuanto reporta información de manera parcial, ii) no realiza análisis de la calidad de la información reportada iii). no realiza el reporte de manera oportuna dentro de los primeros 30 días despúes de culminado el trimestre a reportar. **Norma Presuntamente Violada:** Artículo 14 con su parágrafo de la Resolución 256 de 2016; artículo 9 de la Resolución 3539 del 2019 y numeral 1 del artículo 2.5.1.5.3 del capítulo 5 del Decreto 780 de 2016; Numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	Dar cumplimiento a la Resolución 256 de 2016 reportaando la información en un 100%	1. Analizar mensualmente los resultado de los indicadores de la resolución 256 de 2016 en un 100% 2. Revisar la calidad de información a reporta respecto el resultado de los indicadores de la resolución 256 de 2016. 3. Reportar el informe de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 en forma oportuna dentro de los primeros 30 días después de terminado el trimestre a reportar.	No. De informes de radicados trimestralmente a SISPRO (indicadores de la Resolución 256 de 2016) / Total informes a presentar X 100	Analizar y presentar el 100% de los indicadores de la Resolución 256 de 2016	Jessica Natalia Bautista Rico/ Area de Calidad; Sella Medina Solano/Jefe Oficina de Planeación	06/02/2023	31/12/2023	APROBADO	SI	1. Se evidencian informe ede los meses de JUNIO, JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE donde el responsable del área de calidad analizó mensualmente los resultado de los indicadores de la resolución 256 de 2016 del centro de atención de Restrepo. 2. La profesional del área de calidad revisó la calidad de información donde reportó ante los entes de control el resultado de los indicadores de la resolución 256 de 2016. 3. Se evidencia que el informe del 2do. trimestre de 2023 de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 fue radicado oportunamente el 13 de julio de 2023 en la plataforma SISPRO (Ministerio de Salud) se anexa pantallazo del cargue.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCION	30/06/2023	OPORTUNO	70%-99%		

JORGE HERNÁN MOLICA MOLINARES
Gerente ESE Solución Salud

Firma del Evaluador
Nombre:
Cargo:

na Jefe Oficina control interno
mbre: OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ