



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
Proceso de IVC de Atención en Salud

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC

CÓDIGO: FI-ATSA-22008

VERSIÓN: 2

COPIA CONTROLADA

Tipo de Entidad: IPS (Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado)

Nombre de la Entidad: _____

Plan de Acción año: 2013

Dirección: CRA 58 No. 12-83 BOGOTÁ COLOMBIA

Nombre del Líder de Calidad: LUISA FERNANDA SALAMANCA VASQUEZ

Departamento: CUNDINAMARCA

Ciudad/Municipio: _____

Datos de Contacto del Líder de Calidad: Dirección electrónica: luisa.salamanca@convida.com.co
Teléfono: 4289500 EXT. 2004
Otros datos: 317528182

PLAN DE ACCIÓN										SEGUIMIENTO A COMPROMISOS							
Nº	Proceso Prioritario Relacionado	Oportunidad de mejora / Oportunidad/Riesgo	FECHA DE APERTURA	ORIGEN	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / COMPROMISOS DEBIDAMENTE DE LAS ACTIVIDADES O TAREAS ENCAMINADAS AL LOGRO DE LA ACCIÓN	Acción del PAMEC	Descripción de la acción del PAMEC	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA DE CIERRE	ATRIBUTO DE CALIDAD	ESTADO	Datos o indicador de seguimiento	Formula operacional del indicador	Resultados del indicador	Fuente de información de los datos del indicador	OBSERVACIONES
1	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	PROBLEMA O RIESGO: Falta en el seguimiento de los pacientes referidos y falta en la implementación efectiva del proceso de contrareferencia de los usuarios	01-feb.-13	Resultados de Indicadores de Calidad	Mejorar el indicador de oportunidad en la referencia de pacientes.	Revisar y ajustar el indicador de oportunidad en la referencia de pacientes implementando acciones tendientes a la disminución del tiempo para la realización del proceso. Realizar trámite diario y oportuno de todas las remisiones recibidas. Hacer cliente de labora una vez se confirme la aceptación y ubicación del paciente por parte de la IPS receptora. Hacer seguimiento efectivo al cierre de la labora, una vez se acepte y visite al paciente en la IPS receptora. Verificar el trámite diario de todas las remisiones recibidas, a través de un listado y al final de cada turno se verifiquen los pacientes pendientes por ubicar y a quienes no se ha realizado ningún trámite, con el fin de tomar los correctivos necesarios. Se realizará auditoría y seguimiento a remisiones y solicitudes de procedimientos diagnósticos no pertinentes. Se analizarán los resultados y se implementarán los correctivos a lugar tendientes al mejoramiento de los tiempos en el proceso.	Seguimiento	Realizar trámite diario y oportuno de todas las remisiones recibidas. Hacer cliente de labora una vez se confirme la aceptación y ubicación del paciente por parte de la IPS receptora. Hacer seguimiento efectivo al cierre de la labora, una vez se acepte y visite al paciente en la IPS receptora. Verificar el trámite diario de todas las remisiones recibidas, a través de un listado y al final de cada turno se verifiquen los pacientes pendientes por ubicar y a quienes no se ha realizado ningún trámite, con el fin de tomar los correctivos necesarios. Oportuna información y comunicación entre los establecimientos que conforman la Red, coordinando los recursos asistenciales (fuerza de acuerdo a la demanda) y necesidades de la población. Evaluación permanente del funcionamiento del Sistema. Acogense a las normas y respetar los criterios de Urgencia.	RECURSO HUMANO RESPONSABLE DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10-oct.-13	Continuidad	Abierta	OPORTUNIDAD EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REFERENCIAS OPORTUNAS/TOTAL DE REFERENCIAS X 100	1214 remisiones en un tiempo menor o igual a seis (6) horas, con un tiempo promedio de 1.9 horas; lo cual corresponde al 31.6%	BITACORA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	«Se revisó y actualizó la estructura documental del proceso de referencia y contrareferencia y se aplicaron ajustes al sistema de información que mejoraron el registro de la fecha y hora de la solicitud de la remisión o la fecha y hora de la ubicación del paciente, teniendo en cuenta que se encuentran normalizadas en caso negativo mejorando por lo tanto la oportunidad en el proceso.» «Nuestra EPS CONVIDA, ha dispuesto una red prestadora amplia y suficiente, con vigencia a junio del 2013, lo cual se garantiza para el adecuado proceso de referencia y contrareferencia de pacientes.» «Se venen tramitando oportunamente, todos los solicitudes de remisiones recibidas; compromiso de todo el personal adscrito a esta área.» «Se viene realizando, evaluación y control de todos los solicitudes de remisión y de procedimientos diagnósticos, con el fin de detectar los no pertinentes.»
2	AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS	Dificultad en los canales de acceso para realizar con efectividad el proceso de Autorización Hospitalaria. Mejorar la oportunidad en el proceso de autorizaciones hospitalarias	18-ene.-13	Proceso de Mejora Interno	Definir estrategias tendientes a la ampliación de los canales de acceso para mejorar la accesibilidad en el proceso. Fortalecer los mecanismos de seguimiento, y evaluación de los indicadores para evaluar la efectividad en el proceso.	Implementar el manejo de un correo alterno que garantice la continuidad en el proceso frente a cualquier eventualidad presentada. Implementar dentro del sistema de información los mecanismos de respuesta inmediata frente a las inconsistencias presentadas durante el proceso. Garantizar la creación de un Backup en el computador para evaluar la trazabilidad crítica de los pacientes durante el proceso de autorización. Implementar dentro del sistema de información los mecanismos de respuesta inmediata frente a las inconsistencias presentadas durante el proceso.	Preventiva	Implementar el manejo de un correo alterno que garantice la continuidad en el proceso frente a cualquier eventualidad presentada. Garantizar la creación de un Backup en el computador para evaluar la trazabilidad crítica de los pacientes durante el proceso de autorización. Implementar dentro del sistema de información los mecanismos de respuesta inmediata frente a las inconsistencias presentadas durante el proceso.	JEFE DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS	25-oct.-13	Accesibilidad	Abierta	Mecanismos de alerta dentro del sistema de información	Mecanismos de alerta dentro del sistema de información Oportunidad en el proceso de autorizaciones hospitalarias AutORIZACIONES EMITIDAS DE enero a mayo: 27.273 con una oportunidad de: 7,3 horas	1. Mecanismos de alerta dentro del sistema de información	INDICADORES DE OPORTUNIDAD, AREA DE AUTORIZACIONES	EL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA EL PERIODO DE ENERO A MAYO DE 2013 REFLEJA UN INCREMENTO EN LOS MESES DE ABRIL, MAYO DONDE EL VOLUMEN DE AUTORIZACIONES ES MAYOR. POR OTRA PARTE LA ENTIDAD HA VINCULADO Y CONTRATADO UN PROCESO DE AUDITORIA A LAS HISTORIAS CLINICAS PARA EVALUAR LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN EL REGISTRO, ENCUESTAS DE SATISFACCION Y SOLICITUDES FUERON AUTORIZADAS, 11.386 2.376 SE RADICARON EN AUTORIZACION Y 65 FUERON NEGADAS PUS SER SERVICIOS NO POG
3	EVALUACION DE LA RED AUDITORA DE CALIDAD	Dificultad de la red prestadora en el cumplimiento de los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y cumplimiento de los requisitos de habilitación	02-ene.-13	Resultados Evaluación de la Red	Fortalecer los procesos de evaluación y seguimiento a los prestadores con porcentajes bajos en el cumplimiento de los criterios del Sistema obligatorio y condiciones de habilitación	Programar y priorizar las visitas de seguimiento y verificación en aquellos prestadores que presentan % más bajos en el cumplimiento de los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y cumplimiento de las condiciones de habilitación. Realizar las visitas de verificación y seguimiento, en las IPS que se encuentran con % más bajos en el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación de los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Notificar los hallazgos de la auditoría, solicitar los planes de acción correspondientes tendientes a mejorar la calidad en la prestación de los servicios. Realizar seguimiento a los eventos adversos identificados en la red prestadora. Informar a los entes de control los resultados y hallazgos encontrados en los procesos identificados como críticos.	Seguimiento	Realizar las visitas de verificación y seguimiento, en las IPS que se encuentran con % más bajos en el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación de los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Notificar los hallazgos de la auditoría, solicitar los planes de acción correspondientes tendientes a mejorar la calidad en la prestación de los servicios.	SUBGERENCIA TECNICA EQUIPO DE AUDITORES DE CALIDAD	28-oct.-13	Seguridad	Abierta	% de realización de visitas de auditoria Número de prestadores de salud verificados que cumplen con los criterios de calidad del artículo 3 del Decreto 1011 Número total de prestadores de salud verificados para criterios de calidad	Número de visitas de auditoria programadas Número de prestadores de salud verificados que cumplen con los criterios de calidad del artículo 3 del Decreto 1011 Número total de prestadores de salud verificados para criterios de calidad	Número de visitas de auditoria realizadas Programa de seguimiento de prestadores de salud verificados que evolucionan el plan de mejoramiento / No de prestadores de salud verificados que deben enviar el plan de mejoramiento.	Procentaje de programación de visitas 83,3% Prestadores que cumplen con los criterios del sistema obligatorio: 27,7% Oportunidad en el envío de planes de mejoramiento: 70%	LA PROGRAMACION DE LAS VISITAS SE VE AFECTADA POR LA CANCELACION DE LAS REQUIS PARA LA RED PRESTADORA. EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y CALIDAD EN EL REGISTRO, ENCUESTAS DE SATISFACCION Y SOLICITUDES FUERON AUTORIZADAS, 11.386 2.376 SE RADICARON EN AUTORIZACION Y 65 FUERON NEGADAS PUS SER SERVICIOS NO POG
4	SELECCIÓN DE LA RED PRESTADORA	No se realiza un análisis previo de los costos en la red prestadora que permita realizar un ajuste real a la Nota Técnica de la Entidad.	03-ene.-13	Resultados Evaluación de la Red	Definir estrategias de análisis en la ejecución de los contratos que incluya el análisis de los costos, con su ajuste a la Nota Técnica.	Realizar un estudio de los costos generados por la prestación teniendo en cuenta el servicio y la red contratada. Analizar los resultados de la promoción y comunicar al colaborador del gase para que se realicen los respectivos ajustes a la Nota Técnica de la Entidad. Realizar el ajuste del costo en los mismos.	Seguimiento	Realizar un estudio de los costos generados por la prestación teniendo en cuenta el servicio y la red contratada.	Subgerencia Técnica Contratación-Maria Fernanda David	10-oct.-13	Continuidad	Abierta	Estudio de costos teniendo en cuenta el servicio y red contratada	Estudio de costos con toda la red contratada	Estudio de costos	Red Contratada	LA ENTIDAD REALIZO ESTUDIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA, ANALISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA TENIENDO EN CUENTA LOS ELEMENTOS COMO PERFILES EPIDEMIOLOGICO, INDICADORES AUDITORIA DE CALIDAD, LOS CUALES SE ADJUNTAN CON EL INFORME
5	EVALUACION DE LA RED AUDITORA CONCURRENTE	Fortalecer el proceso de auditoría concurrente en la evaluación y seguimiento de los eventos de riesgo en salud pública	02-ene.-13	Resultados de Indicadores de Alerta Temprana	Establecer un sistema periódico de evaluación de los eventos de interés en salud pública.	Programar visitas de evaluación y seguimiento de los eventos de interés en salud pública. Realizar revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes con reporte de eventos de interés en salud pública. Analizar los resultados y solicitar planes de mejoramiento que incluyan la formulación estratégica de la Seguridad de Pacientes, el fortalecimiento de la cultura de la seguridad y la implementación de barreras de seguridad con base en el análisis de la prevención de riesgos de los procesos.	Cooperativa	Realizar revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes con reporte de eventos de interés en salud pública. Analizar los resultados y solicitar planes de mejoramiento que incluyan la formulación estratégica de la Seguridad de Pacientes	EQUIPO DE AUDITORES CONCURRENTES, JEFE DE AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS Y AUDITORES DE CALIDAD	10-oct.-13	Seguridad	Abierta	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número de eventos detectados y gestionados/Total de eventos detectados	5959= 100%	Informe de auditoría concurrente	LA ENTIDAD MEDIANTE EL EQUIPO DE AUDITORES REALIZO AUDITORIAS A LOS HOSPITALES DE LA ZONA DEL NIÑO, FACATATIVA Y LA SAMBANTANA CONSIGUIENDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS: VISITAS REALIZADAS 985 Y AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS 2.566
6	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Incumplimiento de las metas de los programas de Promoción y Prevención por parte de la red prestadora.	01-feb.-13	Resultados de Indicadores de Alerta Temprana	Implementar un grupo de auditoría en la entidad para fortalecer los procesos de causalización y seguimiento a la Red Prestadora. Desplazar actividades de educación a la demanda mediante un trabajo estamutal	Definir un cronograma de visitas en la Red Prestadora que involucre las IPS con dificultad en el diligenciamiento de la matriz o anexo de Promoción y Prevención y evaluar el cumplimiento de las metas en los programas de promoción y prevención. Visitar las IPS y revisar y evaluar la adherencia del recurso humano frente al diligenciamiento de los formatos de Promoción y prevención e implementar la alta dirección en el cumplimiento de las metas en los diferentes programas. Analizar los resultados e informar a nivel de la entidad para la toma de decisiones frente a los hallazgos identificados. Desplazar actividades de demanda reducida a nivel estamutal con cobertura a nivel urbano y rural	Seguimiento	Realizar visitas a las IPS para capacitar, revisar y evaluar la adherencia del recurso humano frente al diligenciamiento de los formatos de Promoción y prevención e implementar la alta dirección en el cumplimiento de las metas en los diferentes programas. Desplazar acciones estamutales de demanda reducida tanto para la población urbana como rural	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN Y EQUIPO DE TRABAJO	28-oct.-13	Continuidad	Abierta	% de visitas de seguimiento realizadas	Visitas realizadas/Visitas programadas 100 Visitas a los municipios para actividades de demanda reducida. Total de municipios a visitar	VISITAS REALIZADAS EN P Y P EN EL 76,8% DEMANDA REDUCIDA, EL 90% DE LOS MUNICIPIOS HAN SIDO VISITADOS	Informe de Auditoría concurrente	Se evaluaron 100 de 228 IPS de la red prestadora que conforma los programas de Promoción y Prevención. Mediante estas visitas la IPS se ha capacitado al recurso humano en el diligenciamiento de los formatos y el cumplimiento de las metas en los diferentes programas de promoción y prevención. Frente a las actividades de demanda de las realizadas visitas al 90% de los municipios desatendiendo siguientes actividades: FICHAS FAMILIARES APLICADAS POBLACION EQUICUAS EN SALUD USUARIOS IDENTIFICADOS PARA ATENCION EN LA DEMANDA INDUCCION A LA DEMANDA TOMA DE FALA Y FIEBO APOYO EN JORNADAS DE VACUNACION CRECIMIENTO Y BIENESTAR MEDICINA GENERAL APOYO A TOMA DE CITOLOGIAS ORTOFONIA ENCUESTAS DE RIESGO CANCER DE



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
Proceso de IVC de Atención en Salud

CÓDIGO: PI-ATSA-220908

VERSIÓN: 2

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC

COPIA CONTROLADA

Tipo de Entidad:

Nombre de la Entidad:

Plan de Acción año: **Departamento:**

Dirección: **Ciudad/Municipio:**

Nombre del Líder de Calidad: **Datos de Contacto del Líder de Calidad:**

Dirección electrónica	<input type="text" value="luisa.salamanca@covida.com.co"/>
Teléfono	<input type="text" value="4269500 EXT. 2004"/>
Otros datos	<input type="text" value="3172528192"/>

PLAN DE ACCIÓN										SEGUIMIENTO A COMPROMISOS							
Nº	Proceso Prioritario Relacionado	Oportunidad de mejorar/Requerimiento/Requerimiento	FECHA DE APERTURA	ORIGEN	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / COMPROMISOS (DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES O TAREAS ENCARGADAS EN EL LOGRO DE LA ACCIÓN)	Acción del PAMEC	Descripción de la acción del PAMEC	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA DE CIERRE	ATRIBUTO DE CALIDAD	ESTADO	Datos o indicador de seguimiento	Formula operacional del indicador	Resultados del indicador	Forma de información de los datos del indicador	OBSERVACIONES
7	COMITÉ QUIRURGICO	Deficiencia en los procesos de evaluación y seguimiento de los usuarios valorados en el comité quirúrgico.	03-ene-13	Proceso de Mejora Interno	Seguimiento oportuno al cumplimiento de los planes y programas diseñados para intervenir las condiciones de salud de la población y las disposiciones vigentes en materia de cumplimiento.	Revisión de la normatividad y ajuste del proceso de Comité Técnico Científico. Reorganización y actualización del libro de actas del comité técnico científico.	Preventiva	Ajuste del proceso de CTC, socialización a la red prestadora del formato de diligenciamiento para los servicios No Púa que deben ingresarse al CTC y Reorganización y actualización del libro de actas del comité	COMITÉ TECNICO CIENTIFICO. Subgerente Técnica. DAVID LANCHEROS	10-oct-13	Pertinencia	Abierta	Proceso actualizado y libro de actas actualizado	Proceso actualizado PORCENTAJE DE SOLICITUDES APROBADAS EN EL COMITÉ	Actas PORCENTAJE DE SOLICITUDES APROBADAS EN EL COMITÉ DEL 95%	Procedimiento de CTC y libro de actas	Comité Técnico Científico muestra un incremento desde el año 2010, debido principalmente a las nuevas normas que aumentaron la cobertura del Plan de Beneficios en el Régimen Subsidado. El servicio más solicitado es medicamentoso, con un porcentaje del 68%. El total de solicitudes de enero a mayo 2013 de las cuales se aprobaron 1,049
8	ATENCION AL USUARIO	Deficiencia en la oportunidad de respuesta a las quejas y reclamos, y no cuenta con un proceso fortalecido en seguimiento de los usuarios	02-ene-13	Peticiones Reclamos o Sugerencias de Usuarios	Definir estrategias tendientes a mejorar la oportunidad en la respuesta de las quejas, reclamos y peticiones. Realizar seguimiento a las acciones aplicadas frente a la queja o sugerencia de los usuarios con relación a la entrega de los medicamentos. Implementar estrategias de retroalimentación de los resultados del análisis hecho a las quejas y reclamos, de acuerdo al área o servicio donde se generó. Formular la medición y análisis de los indicadores empleados para realizar seguimiento a los resultados de la implementación de las encuestas de satisfacción.	Estructurar una planilla de control y seguimiento a la oportunidad en la respuesta de las quejas y reclamos de los diferentes usuarios. Socializar y capacitar a los responsables de su diligenciamiento para evaluar la trazabilidad del mismo. Programar reuniones mensuales con los diferentes actores que intervienen en el proceso, para discutir y analizar los resultados obtenidos al seguimiento del proceso. Definir acciones correctivas a lugar tendientes a mejorar la brecha de la calidad observada de la demanda y comunicar al Gerente General para la toma de decisiones. Programar la realización trimestral del análisis de las encuestas de satisfacción realizadas a la población afiliada que incluya la valoración y análisis de la calidad de la encuesta. Socializar los resultados empados del análisis. Identificando los puntos críticos que afectan los índices de satisfacción de nuestra población afiliada y el reporte de los resultados del análisis de la calidad de la encuesta. Implementar las acciones a lugar tendientes al mejoramiento e incremento del porcentaje de satisfacción de nuestra población afiliada.	Seguimiento	Estructurar una planilla de control y seguimiento a la oportunidad en la respuesta de las quejas y reclamos de los diferentes usuarios. Socializar y capacitar a los responsables de su diligenciamiento para evaluar la trazabilidad del mismo. Programar reuniones mensuales con los diferentes actores que intervienen en el proceso, para discutir y analizar los resultados obtenidos al seguimiento del proceso	JEFE DE ATENCION AL USUARIO Y PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCESO DE EVALUACION DE LA SATISFACCION	26-dic-13	Satisfacción del Usuario	Abierta	% DE SATISFACCION OPORTUNIDAD EN LAS RESPUESTAS DE QUEJAS Y RECLAMOS	Numero de usuarios satisfechos/Total de encuestas NÚMERO DE USUARIOS QUE PRESENTAN QUEJAS Y RECLAMOS	usuarios satisfechos: 8.100 total de encuestas: 9.500 para un porcentaje de satisfacción del 85% QUEJAS Y RECLAMOS: 621 usuarios manifestaron inconformidad con el servicio, correspondiente al 0,17% de la población afiliada	Encuestas de satisfacción	LA ENTIDAD, ACTUALIZO SUS FORMATOS PARA LA EVALUACION DE LA SATISFACCION, Y MENSUALMENTE REALIZA LA TABULACION Y ANALISIS DE LA MISMA, SOCIALIZANDO LOS RESULTADOS A LA SUBGERENCIA TECNICA A LAS AUDITORIAS DE CALIDAD PARA SU EVALUACION Y SEGUIMIENTO EN LA RED PRESTADORA. POR OTRA PARTE SE A PROGRAMAR AL GERENTE GENERAL PARA LA TOMA DE DECISIONES. SE REALIZAN LOS ANALISIS DEL INDICADOR DE QUEJAS Y RECLAMOS Y SE PROGRAMAN REUNIONES CON LOS DIFERENTES ACTORES PARA EVALUAR EL PROCESO Y DEFINIR ACCIONES DE MEJORA FRENTE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS.
9	AFILIACION Y REGISTRO	Aplicación de la medida cautelar de vigilancia especial que conlleva a restricción en el proceso de las afiliaciones.	03-ene-13	Referencial Compensativa	Definir estrategias tendientes a fortalecer los procesos de afiliación y registro tendientes al incremento de la población afiliada teniendo en cuenta la población que puede ser afiliada según la normatividad establecida según la medida de vigilancia especial.	Identificar la población objeto de afiliación. Definir indicadores internos para evaluar la eficiencia y oportunidad en el proceso	Seguimiento	Realizar evaluación y seguimiento a la población que puede ser afiliada en la entidad. Analizar los ingresos y egresos de usuarios en base de datos	SUBGERENCIA COMERCIAL, RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA BASE DE DATOS.	28-dic-13	Continuidad	Abierta	RELACION ENTRE LOS USUARIOS QUE INGRESAN Y SALEN	% DE INGRESOS VS EGRESOS	INGRESO DE USUARIOS: 83.067 Y EGRESOS: 81.914	BASE DE DATOS DEL FOSYGA	DEBIDO A LA MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL EN LA QUE SE ENCUENTRA LA ENTIDAD, SE TIENE RESTRICCIÓN DEL PROCESO DE AFILIACION, POR LO TANTO ESTA ESTRATEGIA DE MERCADO ESTÁ TEMPORALMENTE SUSPENDIDA MIENTRAS SE LEVANTA ESTA MEDIDA POR EL ENTE DE CONTROL. DE IGUAL MANERA LA ENTIDAD SE ENCUENTRA GESTIONANDO EL SEGUIMIENTO DE LA POBLACION RESTITUIDA. POR OTRA PARTE EL ANALISIS DE LA POBLACION ARROJA EL MANTENIMIENTO DE LA MEDIDA. Durante el periodo de la referencia, la base de datos se incrementa en 1,39% para un total de 369.650 usuarios.
10	CORRESPONDENCIA	Proceso de manejo manual, con subutilización del sistema de información de la entidad	03-ene-13	Proceso de Mejora Interno	Definir estrategias tendientes a mejorar la oportunidad y efectividad en el proceso de manejo interno de la correspondencia.	Revisar y ajustar con cada uno de los responsables el procedimiento interno de manejo de correspondencia, aplicando la normatividad legal vigente con la implementación del software institucional. Capacitar y sensibilizar al recurso humano responsable del proceso para su aplicación del mismo a través de la información. Verificar la adherencia al proceso, analizando los resultados e implementando los correctivos a lugar.	Preventiva	Revisar y ajustar normativamente el procedimiento de correspondencia, socializando a los responsables del proceso.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, RECURSO HUMANO RESPONSABLE DEL PROCESO DE CORRESPONDENCIA	08-ago-13	Pertinencia	Abierta	Procedimiento actualizado	Procedimiento actualizado	100% cumplimiento, se cuenta con un procedimiento actualizado para el manejo y control interno de la correspondencia	Manual de Procesos y Procedimientos	LA ENTIDAD SE ENCUENTRA EN ESTRUCTURACION DEL PROCESO EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA ENTIDAD



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
Proceso de IVC de Atención en Salud

CÓDIGO: FI-ATSA-220608

VERSION: 2

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC

COPIA CONTROLADA

Tipo de Entidad:

Nombre de la Entidad:

Plan de Acción año: Departamento:

Dirección: Ciudad/Municipio:

Nombre del Líder de Calidad:

Datos de Contacto del Líder de Calidad:

Dirección electrónica	<input type="text" value="luisa.salamanca@convida.com.co"/>
Teléfono	<input type="text" value="4269500 EXT. 2004"/>
Otros datos	<input type="text" value="3173528162"/>

PLAN DE ACCIÓN										SEGUIMIENTO A COMPROMISOS							
Nº	Proceso Prioritario Relacionado	Oportunidad de mejorar debilidad/Problema/ Riesgo	FECHA DE APERTURA	ORIGEN	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / COMPROMISOS DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES O TAREAS ENCAMINADAS AL LOGRO DE LA ACCIÓN	Acción del PAMEC	Descripción de la acción del PAMEC	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA DE CIERRE	ATRIBUTO DE CALIDAD	ESTADO	Datos o Indicador de seguimiento	Formula operacional del Indicador	Resultados del Indicador	Fuente de información de los datos del Indicador	OBSERVACIONES