



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Fusagasugá 03 de Abril de 2019

**DEPENDENCIA. OACI 11.01.072**

Doctor  
ANDREI ROJAS MARTINEZ  
Subgerente Científico  
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

**REFERENCIA: APROBACION PLAN DEL MEJORAMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO, AL SUBPROCESO DE PATOLOGIA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, CON BASE EN LA AUDITORIA ESPECIAL REALIZADA POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Respetado Doctor:

Teniendo en cuenta los anexos del oficio de la Subgerencia Científica C. INT 195 - 2019, del 16 de Abril de 2019 donde se contemplan las no conformidades, las estrategias, las metas, las actividades, el tiempo de ejecución programado, el indicador de cumplimiento y los responsables, que subsanan las no conformidades arrojadas en la auditoria especial realizada por la oficina de control interno al Subproceso de Patología la oficina de control interno **APRUEBA** para un año el Plan de Mejoramiento presentado.

Se debe iniciar la aplicación de este plan de mejoramiento de manera inmediata y se deben rendir informes trimestrales de su avance a la oficina de control interno, de acuerdo a las siguientes fechas:

NUMERO DE INFORME	FECHA DE PRESENTACION	OBSERVACIONES
PRIMER INFORME TRIMESTRAL	16 DE JULIO DE 2019	CON LOS SOPORTES QUE AVALEN LAS ACTIVIDADES, LOS INDICADORES Y LAS METAS
SEGUNDO INFORME TRIMESTRAL	16 DE OCTUBRE DE 2019	CON LOS SOPORTES QUE AVALEN LAS ACTIVIDADES, LOS INDICADORES Y LAS METAS
TERCER INFORME TRIMESTRAL	16 DE ENERO DE 2020	CON LOS SOPORTES QUE AVALEN LAS ACTIVIDADES, LOS INDICADORES Y LAS METAS
CUARTO INFORME CUATRIMESTRAL	16 DE ABRIL DE 2020	CON LOS SOPORTES QUE AVALEN LAS ACTIVIDADES, LOS INDICADORES Y LAS METAS

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Ley 1952 de 2019, Artículo 39 Prohibiciones, numeral 8: "Omitir, retardar o no suministrar debida y oportuna respuesta a las peticiones respetuosas de los particulares o a solicitudes de las autoridades, así como retenerlas o enviarlas a destinatario diferente de aquel a quien corresponda su conocimiento".

Cordialmente,

**OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS**  
Jefe Oficina de Control Interno  
E.S.E. Hospital san Rafael de Fusagasugá

Anexo: dos (2) folio  
Anexos: siete (5) folios

c.c. Dr: Jhon Castillo Martínez  
Gerente  
c.c : Dr: Dimas Denis Contreras Villa  
Subproceso de Patología

c.c. Correspondencia  
c.c. Archivo

Elaboro y proyecto: Oscar Acosta.

16/4/2019

128.162.13.13/Message...



128.162.13.13/MessageSoft/assets/ba... 1/1

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102

2





**FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

<b>FECHA:</b> 16.04.2019	<b>PROCESO:</b> SUBGERENCIA CIENTIFICA	<b>VIGENCIA:</b> 2019
<b>PROCESO AUDITOR:</b> CONTROL INTERNO	<b>NOMBRE DE LA AUDITORIA:</b> AUDITORIA ESPECIAL SUBPROCESO PATOLOGIA	<b>PERIODO AVANCE:</b> TRIMESTRALES

HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Se encuentra material (Material como: Facturas/cuentas de cobro de una IPS diferente del Hospital, Formatos de detección de cáncer no correspondientes al Hospital, En el escritorio de la secretaria se encuentra registro de citologías leídas y Adhesivos de un laboratorio llamado "SERPAT") que no pertenece al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Se verificara periódicamente los documentos existentes en el laboratorio de patología y se informara de la existencia de documentación y material que no pertenezca al HSRF	No se deben encontrar material documental correspondiente a patologías y citologías diferentes de los pertenecientes al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Verificación trimestral de los documentos que reposan en el archivo y las gavetas de los escritorios y se levantara acta correspondiente de la auditoria	12 meses	No de actas de verificaciones realizadas.  No de verificaciones programadas con actas.	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso



**FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Se encuentra material para procesar (Citologías) que no hace parte del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL procesándose en el laboratorio.	Se verificará periódicamente en el laboratorio de patología que no se encuentre material para procesar que no pertenezca al HSRF	En el laboratorio no se deben realizar ningún proceso que no tenga que ver con el E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Verificación trimestral que las muestras para análisis y estudio de exámenes en el subproceso de patología (placas, bloque histológicos y otros), correspondan a usuarios y que estos que hayan sido ordenados por los profesionales asistenciales del Hospital san Rafael de Fusagasugá.	12 meses	No de actas de las verificaciones realizadas.  No de verificaciones programadas con actas	Dr. Dimas Contreras villa, Líder del proceso
Kit de citologías que no son del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	Se verificará periódicamente los kits de citologías existentes en el laboratorio de patología sean de la HSRF	Todos los materiales de trabajo (como kit de citologías) deben pertenecer al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Verificación trimestral de los materiales ( placas, bloque histológicos y otros ) pertenezcan al laboratorio de patología del Hospital san Rafael de Fusagasugá y se levantara el acta correspondiente de la auditoría	12 meses	No de verificaciones realizadas con actas.  No de verificaciones programadas con actas.	Dr. Dimas Contreras villa, Líder del proceso
Cortes histológicos sin colorear, además de bloques sin cortar y muestras sin incluir.	Se harán los cortes histológicos inmediatamente se finalice el proceso de impregnación e inclusión de los tejidos	Realizar todo el proceso completo del sub proceso de patología, dentro de ello, todos los cortes histológicos de las muestras de los usuarios del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL. Deben pasar por el proceso de coloración.	Se verificará Mensualmente el avance del proceso de inclusión, corte e inclusión de los tejidos para su respectivo análisis por parte del médico patólogo y el correspondiente ingreso de los resultados a la plataforma de DINAMICA para hacer entrega de los mismos a los pacientes y diferentes servicios médicos y especialistas de la institución cumpliendo con la oportunidad de 20 días hábiles desde la recepción de la muestra y paulatinamente reducir el tiempo de entrega final a 15 días hábiles. Para esto se	12 meses	No. de patologías procesadas (Mes).  No. de patologías recepcionadas (Mes).	Dr. Dimas Contreras villa ( medico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes ( asistente administrativa )

2





**FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Excesiva cantidad de insumos, en especial de cuchillas entre otros en el Servicio de patología.	Se realizará el estudio de necesidades de insumos y reactivos del servicio de patología en base al promedio de muestras procesadas en los últimos 3 años optimizando el uso racional de los recursos	El almacenamiento de insumos dentro de la oficina de patología, deben ser los estrictamente los necesarios.	implementara un formato de verificación donde se tendrá en cuenta el número y fecha de ingreso de muestras vs número y fecha de diagnósticos ingresados al sistema de DINAMICA.  Se realizará un estudio de necesidades reales de acuerdo al promedio de muestras procesadas en los últimos 3 años , realizar los correspondientes pedidos a el almacén de solo los insumos y reactivos que se utilizaran en el corto plazo evitando la acumulación y almacenamiento excesivos de los mismos en el departamento de Patología del HSRF; mensualmente se	12 meses	Insumos gastados.  Cantidad insumos solicitados	Dr. Dimas Contreras villa ( medico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes ( asistente administrativa)
Información personal de la Históloga en el computador de la secretaria correspondiente a trabajos prestados a otra IPS	Los computadores de Patología solo podrán ser utilizados para el trabajo inherente al servicio	Los documentos guardados en el computador deben ser solamente los que tienen relación con el proceso de patología	Se revisara trimestralmente la información contenida en los computadores del servicio y se levanta acta correspondiente de la auditoria	12 meses	No de verificaciones realizadas con actas.  No de verificaciones programadas con actas	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso
Retraso en digitación de resultados de patología.	Se digitará inmediatamente se genere el resultado por parte del patólogo, no	No se debe encontrar solicitudes de patología, almacenadas sin digitar en el sistema.	Mensualmente se realiza un seguimiento de los ingresos de los resultados de patología en la plataforma institucional Dinámica, comparando la fecha de ingreso y recepción de	12 meses	Número de patologías procesadas digitadas	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso

3





**FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
1 Retraso del descarte de muestras ya procesadas.	deberán existir represamientos de solicitudes patológicas en el escritorio de la asistente administrativa.  Semanalmente se realizará el descarte de las muestras que ya han sido procesadas y analizadas por el médico patólogo.	Las muestras ya procesadas no pueden quedar almacenadas en el laboratorio.	especimen y la fecha de ingreso del resultado al sistema,  Mensualmente el médico patólogo hará una revisión del proceso de descarte, constatando las muestras que se encuentran en el departamento de patología las cuales deben coincidir con los casos que no se han procesado, analizado y registrado en el sistema, se levantará respectiva acta.	12 meses	Número de patologías procesadas.  No de muestras descartadas verificados y realizados.	Dr. Dimas Contreras villa, Líder del proceso
2 Ausencia de los registros de control de las citologías procesadas en el sistema de dinámica, no se verifican si las citologías están facturadas.	Se verificará el número de factura de cada citología al ser recepcionadas en el servicio de patología	Que todas las patologías y citologías estén facturadas	Se implementará una casilla adicional al formato de entrega de citologías cérvico uterinas donde cada puesto de salud deberá relacionar el número de la factura en casa muestra entregada en el servicio de patología, se informará (informe de verificación) mensualmente los hallazgos.	2 meses	No Citologías sin facturar (MES).  No Citologías recibidas (MES).	Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes ( asistente administrativa)
3 Peligro de vencimiento de los insumos por el alto almacenamiento.	Se manejará un stock mínimo de reactivo e insumos para el proceso de patologías y citologías	Sólo deberán estar almacenados en el laboratorio de patología los reactivo e insumos necesarios para el proceso de muestras patológicas y citológicas, los cuales no podrán exceder un	Se realizará bimestralmente un inventario detallado de las existencias de reactivo e insumos para el procesamiento de patología y citología en la bodega central del HOSPITAL y las existencias en el laboratorio	12 meses	No de verificaciones realizadas con acta.	Dr. Dimas Contreras villa ( medico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes



**FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
		stock máximo de 2 meses para su utilización de acuerdo a los lineamientos de reactivo vigilancia y tecno vigilancia del HOSPITAL SANRAFAEL DE FUSAGASUGÁ	de patología. Donde se tendrá en cuenta las fechas de vencimiento y los respectivo registro de INVIMA, garantizando su adecuado almacenamiento y rotación; en el laboratorio se manejará un kardex donde solo podrá haber un stock máximo de reactivo e insumos para el procesamiento de muestras de 2 meses, garantizando la no acumulación excesiva de reactivo e insumos en el laboratorio de patología, se levantará respectiva acta e informe de la actividad programada.		No de verificaciones programadas. Con acta	( asistente administrativa)

2. Archivo Proceso	
Objetó / Elaboró	SUBPROCESO DE PATOLOGIA
Revisó	OSCAR ALBERTO ACOSTA ARIAS
Resoró	SUBGERENCIA CIENTIFICA
Alílos	CINCO

Adaptación formato plan de mejoramiento aprobado según Resolución 261, 30 de abril de 2009

*[Handwritten signature]*  
 16.04.2019.

*[Handwritten mark]*





**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

Fusagasugá, 16 de Abril de 2019

**SUBGERENCIA CIENTIFICA C.INT.195-2019**

Doctor:  
**OSCAR ALBERTO ACOSTA**  
Control Interno  
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá  
La Ciudad

**ASUNTO: Entrega plan de mejoramiento Patologia.**

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito entregar a usted el seguimiento a plan de mejoramiento correspondiente a la auditoria realizada al servicio de Patologia. Lo anterior con el fin de dar a conocer las actividades propuestas para el año 2019.

Agradezco se tenga en cuenta para la aprobación por parte del comité de Control Interno.

Sin otro particular.

Cordialmente,

  
**ANDREI ROJAS MARTINEZ**  
**Subgerente Científico**

Copia: Archivo  
Folios Útiles: 1  
Anexos: 6 Folio Útiles - 1 CDC  
Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Subgerente Científico  
Elaboro: Adriana Cagua

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102



Recibi:  
Camilo S.  
16-04-18  
10:58 AM.





**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

Fusagasugá, 16 de Abril de 2019

**SUBGERENCIA CIENTIFICA C.INT.195-2019**

Doctor:  
**OSCAR ALBERTO ACOSTA**  
Control Interno  
E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá  
La Ciudad

**ASUNTO: Plan de mejoramiento con base en la auditoria Especial  
realizado por Control Interno.**

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito entregar a usted el plan de mejoramiento correspondiente al asunto de la referencia del subproceso de Patología, para su aprobación.

Para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Sin otro particular.

Cordialmente,

  
**ANDREI ROJAS MARTÍNEZ**  
**Subgerente Científico**

Copia: Archivo  
Folios Útiles: 1  
Anexos: 6 Folio Útiles - 1 CDC  
Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Subgerente Científico  
Elaboro: Adriana Cagua

16/4/2019

128.162.13.13/Message...



HSRFEI0000010472

128.162.13.13/Messagesoft/assets/ba... 1/1

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - NIVEL

Fusagasugá, Abril 15 de 2019

Doctor,  
ANDREI ROJAS MARTINEZ  
SUBGERENTE CIENTÍFICO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGÁ

**ASUNTO: ENTREGA FORMAL PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO DE  
PATOLOGÍA.**

Respetado doctor:

Extiendo a usted un cordial saludo, por medio de la presente hago entrega formal del plan de mejoramiento 2019 del servicio de patología del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ para poner a su consideración y aprobación del mismo.

Agradezco su apoyo y colaboración.

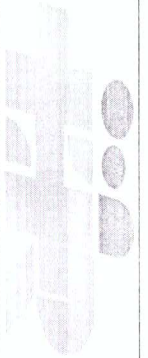
Cordialmente,

**DIMAS DENIS CONTRERAS VILLA.**  
LÍDER SERVICIO DE PATOLOGÍA.

Folios: 6  
Transcriptor: Karol Natalia Pardo Cortés

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGÁ  
Fecha: 15/04/2019  
Hora: 2:10 pm  
Recibido por: *[Handwritten Signature]*  
Subgerente Científico





HOSPITAL SAN RAFAEL - UNIDAD PASADISEÑA  
VIA PASADISEÑA, 1000 - PASADISEÑA, VALPARAISO  
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

### FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Cl-FT-03 V01  
1 de 5

FECHA:	PROCESO:	VIGENCIA:
PROCESO AUDITOR:	NOMBRE DE LA AUDITORIA:	PERIODO AVANCE:

N°	HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
1	Se encuentra material (Material como: Facturas/cuentas de cobro de una IPS diferente del Hospital, Formatos de detección de cáncer no correspondientes al Hospital, En el escritorio de la secretaria se encuentra registro de citologías leídas y Adhesivos de un laboratorio llamado "SERPAT") que no pertenece al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Se verificara periódicamente los documentos existentes en el laboratorio de patología y se informara de la existencia de documentación y material que no pertenezca al HSRF	No se deben encontrar material documental correspondiente a patologías y citologías diferentes de los pertenecientes al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Verificación trimestral de los documentos que reposan en el archivo y las gavetas de los escritorios y se levantara acta correspondiente de la auditoria	12 meses	No de actas de verificaciones realizadas.  No de verificaciones programadas con actas.	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso
2	Se encuentra material para	Se verificara	En el laboratorio no se deben	Verificación trimestral que las	12 meses	No de actas de las	Dr. Dimas Contreras

*R*

*Dr. Dimas Contreras*

FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

N°	HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCION	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
	procesar (Citologías) que no hace parte del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL procesándose en el laboratorio.	periódicamente en el laboratorio de patología que no se encuentre material para procesar que no pertenezca al HSRF	realizar ningún proceso que no tenga que ver con el E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	muestras para análisis y estudio de exámenes en el subproceso de patología (placas, bloque histológicos y otros), correspondan a usuarios y que estos que hayan sido citados por los profesionales asistenciales del Hospital san Rafael de Fusagasugá.		verificaciones realizadas.  No de verificaciones programadas con actas	villa, Líder del proceso
3	Kit de citologías que no son del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	Se verificará periódicamente los kits de citologías existentes en el laboratorio de patología sean de la HSRF	Todos los materiales de trabajo (como kit de citologías) deben pertenecer al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL.	Verificación trimestral de los materiales ( placas, bloque histológicos y otros ) pertenecan al laboratorio de patología del Hospital san Rafael de Fusagasugá y se levantara el acta correspondiente de la auditoria	12 meses	No de verificaciones realizadas con actas.  No de verificaciones programadas con actas.	Dr. Dimas Contreras villa, Líder del proceso
4	Cortes histológicos sin colorear, además de bloques sin cortar y muestras sin incluir.	Se harán los cortes histológicos inmediatamente se finalice el proceso de impregnación e inclusión de los tejidos	Realizar todo el proceso completo del sub proceso de patología, dentro de ello, todos los cortes histológicos de las muestras de los usuarios del E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL. Deben pasar por el proceso de coloración.	Se verificará Mensualmente el avance del proceso de inclusión, corte e inclusión de los tejidos para su respectivo análisis por parte del médico patólogo y el correspondiente ingreso de los resultados a la plataforma de DINAMICA para hacer entrega de los mismos a los pacientes y diferentes servicios médicos y especialistas de la institución cumpliendo con la oportunidad de 20 días hábiles desde la recepción de la muestra y paulatinamente reducir el tiempo de entrega final a 15 días hábiles. Para esto se implementara un formato de	12 meses	No. de patologías procesadas (Mes).  No. de patologías recepcionadas (Mes).	Dr. Dimas Contreras villa ( médico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes ( asistente administrativa )

2







### FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Nº	HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
5	Excesiva cantidad de insumos, en especial de cuchillas entre otros en el Servicio de patología.	Se realizará el estudio de necesidades de insumos y reactivos del servicio de patología en base al promedio de muestras procesadas en los últimos 3 años optimizando el uso racional de los recursos	El almacenamiento de insumos dentro de la oficina de patología, deben ser los estrictamente los necesarios.	Se realizará un estudio de necesidades reales de acuerdo al promedio de muestras procesadas en los últimos 3 años. , realizar los correspondientes pedidos a el almacén de solo los insumos y reactivos que se utilizaran en el corto plazo evitando la acumulación y almacenamiento excesivos de los mismos en el departamento de Patología del HSRF. mensualmente se	12 meses	Insumos gastados.  Cantidad insumos solicitados	Dr. Dimas Contreras villa ( medico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria ( Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes ( asistente administrativa)
9	Información personal de la Históloga en el computador de la secretaria correspondiente a trabajos prestados a otra IPS	Los computadores de Patología solo podrán ser utilizados para el trabajo inherente al servicio	Los documentos guardados en el computador deben ser solamente los que tienen relación con el proceso de patología	Se revisara trimestralmente la información contenida en los computadores del servicio y se levanta acta correspondiente de la auditoria	12 meses	No de verificaciones realizadas con actas.  No de verificaciones programadas con actas	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso
10	Retraso en digitación de resultados de patología.	Se digitará inmediatamente se genere el resultado por parte del patólogo, no deberán existir	No se debe encontrar solicitudes de patología, almacenadas sin digitar en el sistema.	Mensualmente se realiza un seguimiento de los ingresos de los resultados de patología en la plataforma institucional Dinámica, comparando la fecha de ingreso y recepción de espécimen y la fecha de ingreso	12 meses	Numero de patologías procesadas digitadas	Dr. Dimas Contreras villa , Líder del proceso

2



### FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Nº	HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
11	Retraso del descarte de muestras ya procesadas.	Semanalmente se realizará el descarte de las muestras que ya han sido procesadas y analizadas por el médico patólogo.	Las muestras ya procesadas no pueden quedar almacenadas en el laboratorio.	Mensualmente el médico patólogo hará una revisión del proceso de descarte, constatando las muestras que se encuentran en el departamento de patología las cuales deben coincidir con los casos que no se han procesado, analizado y registrado en el sistema, se levantará respectiva acta.	12 meses	No de muestras descartadas verificadas y realizados.	Dr. Dimas Contreras villa, Líder del proceso
12	Ausencia de los registros de control de las citologías procesadas en el sistema de dinámica, no se verifican si las citologías están facturadas.	Se verificará el número de factura de cada citología al ser recepcionadas en el servicio de patología	Que todas las patologías y citologías estén facturadas	Se implementará una casilla adicional al formato de entrega de citologías cervico uterinas donde cada puesto de salud deberá relacionar el número de la factura en casa muestra entregada en el servicio de patología, se informará (informe de verificación) mensualmente los hallazgos.	2 meses	No Citologías sin facturar (MES). No Citologías recibidas (MES).	Dwink Alexander Sanabria (Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes (asistente administrativa)
13	Peligro de vencimiento de los insumos por el alto almacenamiento.	Se mantendrá un stock mínimo de reactivo e insumos para el proceso de patologías y citologías	Sólo deberán estar almacenados en el laboratorio de patología los reactivo e insumos necesarios para el proceso de muestras patológicas y citológicas, los cuales no podrán exceder un stock máximo de 2 meses para	Se realizará bimestralmente un inventario detallado de las existencias de reactivo e insumos para el procesamiento de patología y citología en la bodega central del HOSPITAL y las existencias en el laboratorio de patología. Donde se tendrá	12 meses	No de verificaciones realizadas con acta. No de verificaciones programadas: Con acta	Dr. Dimas Contreras villa (medico Patólogo) Dwink Alexander Sanabria (Cito histólogo) y Karol Natalia Pardo Cortes (asistente administrativa)

2

*[Handwritten signature]*





HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ  
 INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
 CALLE 100 N.º 100 - FUSAGASUGÁ - CUNDINAMARCA

### FORMATO DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CL-FT-03 V01  
 5 de 5

Nº	HALLAZGO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
			su utilización de acuerdo a los lineamientos de reactivo vigilancia y terno vigilancia del HOSPITAL SANRAFAEL DE FUSAGASUGÁ	en cuenta las fechas de vencimiento y los respectivo registro de INVIMA, garantizando su adecuado almacenamiento y rotación; en el laboratorio se manejará un kardex donde solo podrá haber un stock máximo de reactivo e insumos para el procesamiento de muestras de 2 meses, garantizando la no acumulación excesiva de reactivo e insumos en el laboratorio de patología, se levantará respectiva acta e informe de la actividad programada.			

CC. Archivo Proceso	
Proyecto / Elaboro	
Reviso	
Asesoró	
Folios	5

Adaptación formato plan de mejoramiento aprobado según Resolución 261, 30 de abril de 2009

Genera de  
 16 Abril de 2019.