


|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024   |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 1 de 19 |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>FECHA:</b>             | 20 DICIEMBRE DEL 2024   |
| <b>ACTIVIDAD:</b>         | EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO POLITICA DE CALIDAD   |
| <b>PROCESO VINCULADO:</b> | PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  |
| <b>RESPONSABLE:</b>       | BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ – ASESOR OGC   |
| <b>OBJETIVO:</b>          | PRESENTACION DE INFORME DE EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE CALIDAD HDSAP. |

## CONTENIDO DEL INFORME:


### 1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata-Huila ha desplegado valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención en salud, lo cual implica organizar y estructurar los procesos para cumplir las metas trazadas de una manera efectiva y eficiente. La prestación de servicios seguros, humanizados y alineados con el cumplimiento de altos estándares de calidad es un compromiso constante en la ESE, por lo cual, la estructuración de políticas que guíen el actuar del cliente interno en la institución y en el proceso de atención, y las cuales se integren con el direccionamiento estratégico institucional, es de vital importancia para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población.

El desarrollo de la Política de Calidad es una de las estrategias fundamentales en la mejora continua de los procesos, ya que enmarca el camino y la dirección que debe seguir la organización. Dicha Política abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo, la cual está enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de la entidad, además, proporciona las bases necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

— Salud Integral, Impacto Real —

*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".*

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 2 de 19           |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

## 2. JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

El desarrollo de la Política de Calidad es una de las estrategias fundamentales en la mejora continua de los procesos, ya que enmarca el camino y la dirección que debe seguir la organización. Dicha Política abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo, la cual está enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de la entidad, además, proporciona las bases necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## 3. OBJETIVOS:


### 3.1 GENERAL

Propender por la mejora del nivel de calidad, haciendo el mejor esfuerzo por ser una institución competitiva y de excelencia, logrando el reconocimiento en el ámbito regional y nacional.

### 3.2 ESPECÍFICOS

Prestar servicios de salud integrales, centrados en el usuario y su familia, garantizando condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia, eficacia y efectividad; identificando y reduciendo los riesgos que puedan resultar de los procesos asistenciales y administrativos procurando la satisfacción del paciente y su familia.

Diseñar e implementar un modelo de mejoramiento continuo de calidad transversal a toda la organización, que promueva la integración sistémica de las diferentes áreas de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, permitiendo que los procesos de calidad sean efectivos y eficientes, transformen la cultura de la mejora y sea sostenible en el tiempo.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024   |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 3 de 19 |

Identificar las necesidades y expectativas de los clientes y con base en ello diseñar y planear los procesos institucionales.

Cumplir con los lineamientos de la normatividad del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Garantizar la gestión de los recursos humanos, físicos, técnicos, locativos y financieros necesarios que apunten al mejoramiento continuo de la calidad.

Velar por el cumplimiento de las demás políticas institucionales que apoyen el mejoramiento de la calidad.


#### 4. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

- **Seguimiento:** Evaluaciones de adherencia a buenas prácticas de seguridad del paciente.
- **Medición:** Formatos: Listas de chequeo, reporte de eventos adversos, protocolo de Londres (gestión del evento adverso). Verificación e inspección de adherencia a la cultura de seguridad organizacional en rondas de seguridad del paciente.
- **Análisis:** De acuerdo a los resultados de las rondas de seguridad, de las evaluaciones de adherencia a buenas prácticas de seguridad y del reporte de eventos adversos, se puede realizar un estudio y seguimiento a la cultura de seguridad organizacional.
- **Evaluación:** Adherencia a la cultura de seguridad organizacional en todos los procesos y procedimientos institucionales, eficiencia y eficacia de la política de seguridad del paciente.

##### A. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es adecuado implementar como indicadores los siguientes:

**Proporción de Usuarios Satisfechos con la atención:** Número de usuarios que calificaron como satisfactoria la atención institucional /total de usuarios que respondieron la pregunta\*100

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA<br/>LA PLATA HUILA</b>                                   | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y<br/>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO<br/>INSTITUCIONAL</b> | <b>Página:</b> 4 de 19           |

**Proporción de usuarios que recomendarían la institución a un familiar o a un amigo:** Número de usuarios que recomendarían el Hospital a un familiar o amigo / total de usuarios que respondieron la pregunta\*100

**Proporción de clientes corporativos satisfechos:** Número de clientes corporativos satisfechos la calidad del servicio / total de clientes corporativos que respondieron la pregunta\*100

**Proporción de aceptación de la referencia:** Total de referencias aceptadas/total de referencias solicitadas \*100


**Proporción de usuarios atendidos puntualmente:** Número de usuarios atendidos puntualmente/ total de usuarios que se evaluó la puntualidad\*100 (Desagregado por consulta, apoyo diagnóstico y cirugía ambulatoria)

**Proporción de PQR asociadas a impuntualidad:** Numero de PQR por puntualidad / total de PQR\*100

**Promedio de tiempo de la atención de urgencias de paciente clasificado como triage III:** Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita la atención para la consulta de urgencias clasificadas como Triage III y el momento en el cual es atendido por parte del médico / Total usuarios atendidos en consulta de urgencias de Triage III del periodo correspondiente.

**Promedio de tiempo de la atención de urgencias en paciente clasificado como triage II:** Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita atención para la consulta de Urgencias clasificadas como Triage II, y el momento en el cual es atendido por parte del médico/ Total usuarios atendidos en consulta de urgencias de Triage II del periodo correspondiente.

**Promedio de tiempo de la atención de urgencias en paciente clasificado como triage I:** Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita atención para la consulta de Urgencias clasificadas como Triage I, y el momento en el cual es atendido por parte del médico/ Total usuarios atendidos en consulta de urgencias de Triage I del periodo correspondiente.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA<br/>LA PLATA HUILA</b>                                   | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y<br/>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO<br/>INSTITUCIONAL</b> | <b>Página:</b> 5 de 19           |

### Oportunidad en la programación de la cirugía.

**Índice de eventos Adversos (Institucional):** Número de eventos Adversos/Egresos institucionales\*1000

**Proporción de usuarios satisfechos con la humanización de la atención:** Número de usuarios satisfechos con la humanización de la atención /total de usuarios que respondieron la pregunta\*100


**Proporción de PQRS asociadas a una atención deshumanizada:** Número de PQRS asociadas a una atención deshumanizada/total de PQRS\*100

Periodicidad: Mensual

Evidencia: Informe mensual de indicadores.

### INDICADORES DE GESTIÓN DE CALIDAD - SIC

| NOMBRE INDICADOR   | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo  | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre |
|--|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|
| Proporción de Usuarios Satisfechos con la atención   | 100%  | 100%    | 99%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   | 99%        | 99%     |
| Proporción de usuarios que recomendarían la institución a un familiar o a un amigo               | 100%  | 99%     | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 99%   | 100%   | 100%       | 99%     |
| Proporción de aceptación de la referencia  | 20%   | 29%     | 28%   | 44%   | 40%   | 29%   | 62%   | 43%    | 55%        | 43%     |
| Proporción de usuarios atendidos puntualmente  | 83%   | 85%     | 79%   | 83%   | 84%   | 80%   | 80%   | 79%    | 82%        | 82%     |
| Proporción de PQR asociadas a impuntualidad  | 11%   | 25%     | 50%   | 9%    | 6%    | 17%   | 27%   | 0%     | 0%         | 30%     |
| Promedio de tiempo de la atención de urgencias de paciente clasificado como triage III (minutos) | 54,44 | 55,96   | 51,85 | 33    | 36,63 | 34,42 | 37,1  | 26,73  | 25,21      | 24,75   |
| Promedio de tiempo de la atención de urgencias en paciente clasificado como triage II (minutos)  | 16,42 | 27,44   | 23,84 | 17,39 | 17,81 | 23,36 | 23,8  | 15,54  | 19,60      | 13,99   |
| Promedio de tiempo de la atención de urgencias en paciente clasificado como triage I (minutos)   | 17,33 | 25,69   | 16,85 | 16    | 23,9  | 23,08 | 29,9  | 21     | 37,76      | 20,78   |
| Oportunidad en la programación de la cirugía   | 98%   | 100%    | 84%   | 81%   | 90%   | 92%   | 91%   | 86%    | 73%        | 98%     |
| Índice de eventos Adversos (Institucional): Número de eventos                                    |       |         |       |       |       |       |       | 0,007  | 0,007      | 0,010   |
| Proporción de usuarios satisfechos con la humanización de la atención:                           | 100%  | 100%    | 96%   | 99%   | 98%   | 100%  | 96%   | 100%   | 100%       | 100%    |
| Proporción de PQRS asociadas a una atención deshumanizada  | 10    | 1,8     | 19,04 | 9,09  | 12,5  | 41,37 | 20    | 26,31  | 35,71      | 20      |

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024   |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 6 de 19 |

## A. ANALISIS GENERAL DE INDICADORES 2024

### 1. Proporción de usuarios satisfechos con la atención

- a. En lo transcurrido del año 2024 la satisfacción de los usuarios oscilo entre el 99 y 100% según reporte del SUAI, lo que indica que las estrategias de mejoramiento han surtido el efecto esperado en el mejoramiento.

### 2. Proporción de usuarios que recomendarían la institución a un familiar

- a. En todo el año se evidencia un alto grado (Mayor del 95%) de satisfacción de los usuarios con la atención recibida, pero aun así en los comités de SIAU y calidad se trabaja en la elaboración de estrategias que mejoren el servicio y la satisfacción de los usuarios.

### 3. Proporción de la aceptación de Referencia

- a. Es evidente la eficacia del departamento de referencia y contrarreferencia el cual realiza el proceso dentro de los estándares establecidos.

### 4. Proporción de usuarios atendidos puntualmente

- a. La mayor cantidad de quejas referentes a impuntualidad o retrasos en la atención provienen del servicio de urgencias, por lo que ha empezado a implementar estrategias para mejorar los tiempos.


### 5. Proporción de PQRS asociadas a puntualidad

- a. Se realizó mensualmente el análisis del comportamiento del indicador de puntualidad, encontrando los servicios y los profesionales quienes repiten reporte de quejas de impuntualidad y se abordan para generar la oportunidad de mejora, aún estamos en proceso de seguimiento empleando el ciclo PHVA.

### 6. Promedio de tiempo de la atención de urgencias de pacientes clasificados como Triage I, II y III

— Salud Integral, Impacto Real —



|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 7 de 19           |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

- a. Los retrasos en los tiempos de atención se observan en los usuarios clasificados como Triage III para lo cual se deben diseñar estrategias de seguimiento a los tiempos de atención de los médicos y los procedimientos por parte de enfermería.

## 7. Índice de eventos adversos

- a. El presente indicador ha fluctuado en el transcurso del año es importante mencionar que en el comité mensual de seguridad del paciente se socializa el comportamiento de dicho indicador y lo más relevante es que se realiza el análisis de cada uno de ellos identificando las oportunidades de mejora y elaborando los respectivos planes de intervención.

## 8. Proporción de usuarios satisfechos con la humanización de la atención

- a. El presente indicador se ha mantenido por encima del 97% en el transcurso del año.

## 9. Proporción de PQRS asociadas a la atención deshumanizada.

10. El programa de humanización interviene permanentemente a el personal colaborador de la institución con capacitaciones, en busca de desarrollar y/o incrementar el grado de apropiación mejorando la atención al usuario y en caso de quejas personalizadas la profesional responsable de humanización realiza la intervención directa o a treves de la empresa contratada.

## B. MEJORA

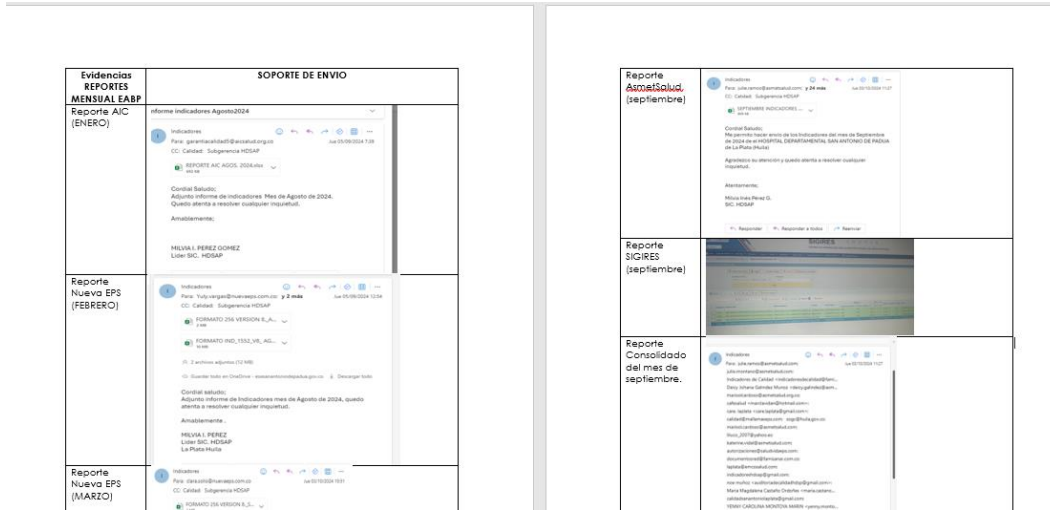
Dentro de las mejoras en la desviación de indicadores encontramos la gestión de los líderes de los equipos primarios de mejoramiento junto a los líderes de los servicios los cuales se realimenta la información en los comités de calidad y reuniones de autocontrol, así como call center a las EAPB de la inasistencia de las citas por primare vez y control por especialidad afectando la oportunidad en la asignación de citas.



**FORMATO DE INFORME**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**  
**LA PLATA HUILA**  
**PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y**  
**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO**  
**INSTITUCIONAL**

**Fecha:** 05/11/2024  
**Código:** MDE-GPDI-GD-F-004  
**Versión:** 03  
**Página:** 8 de 19

**SOPORTE DE EVIDENCIAS ENVIADOS A LAS EAPB**  
**INDICADORES DE GESTIÓN (SIC)**



CONTROLADO

**PAMEC PROGRAMA DE AUDITPRIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.**

Dentro del cronograma de auditoria la ESE HDSAP, cuenta con una autoevaluación de los estándares de acreditación con un puntaje de 2.8


**AUTOEVALUACION DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**  
**ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA**

**ESTANDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACION**

|                       |                        |                      |                        |                            |                          |
|-----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| DERECHOS DE PACIENTES | SEGURIDAD DEL PACIENTE | ACCESO               | REGISTRO E INGRESO     | NECESIDADES DE INGRESO     | PLANEACION               |
| EJECUCION DEL TIO     | EVALUACION DE LA       | SALIDA Y SEGUIMIENTO | REF Y CONTRAREFERENCIA | DIRECCIONAMIENTO           | GERENCIA                 |
| TALENTO HUMANO        | AMBIENTE FISICO        | TECNOLOGIA           | INFORMACION            | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | ESTANDAR DE MEJORAMIENTO |

|  |   | 2016          | 2017          | 2018         | 2019          | 2020        | 2021         | 2022         | 2023         |
|--|---|---------------|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>PUNTAJE DE ESTANDARES EVALUADOS</b> | ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL          | 1,78          | 1,68          | 1,78         | 1,78          | 1,7         | 1,82         | 2,59         | 2,8          |
|  | ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO             | 2,2           | 1,6           | 1,6          | 1,7           | 1,2         | 2,2          | 2,5          | 3,19         |
|  | ESTANDARES GERENCIA                     | 0             | 1,7           | 1,8          | 1,8           | 1,0         | 1,7          | 2,4          | 2,9          |
|  | ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO  | 1,7           | 1,3           | 1,6          | 1,6           | 1,1         | 1,7          | 1,9          | 2,29         |
|  | ESTANDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO | 1,7           | 1,4           | 1,8          | 1,8           | 1,2         | 2,2          | 2,5          | 2,9          |
|  | ESTANDARES GESTION DE LA TECNOLOGIA     | 1,3           | 1,2           | 2,1          | 2,1           | 1,7         | 1,6          | 1,6          | 2,64         |
|  | ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION   | 1,6           | 1,5           | 2,0          | 2,0           | 1,5         | 2,3          | 2,3          | 2,76         |
|  | ESTANDARES DE MEJORAMIENTO              | 2,3           | 1,0           | 2,0          | 2,00          | 1,1         | 1,54         | 2,28         | 2,76         |
|  |   | <b>12,58</b>  | <b>11,4</b>   | <b>14,68</b> | <b>14,78</b>  | <b>10,5</b> | <b>15,06</b> | <b>18,07</b> | <b>22,24</b> |
|  |   | <b>1,5725</b> | <b>1,4225</b> | <b>1,835</b> | <b>1,8475</b> | <b>1,4</b>  | <b>1,9</b>   | <b>2,3</b>   | <b>2,8</b>   |



|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024   |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 9 de 19 |

Posterior a la socialización de autoevaluación explica de forma técnica cada uno de los estándares de acreditación y socialización por cada eje de gestión, puntaje obtenido y avances de cada estándar, con el objetivo de iniciar con la ejecución de las acciones de mejora planteadas por cada proceso.


| EJES DE GESTIÓN                          | Puntaje Obtenido | % Avance |
|--|------------------|----------|
| DERECHOS DE LOS PACIENTES                | 3,10             | 62%      |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE                   | 3,10             | 62%      |
| ACCESO AL PACIENTE                       | 2,70             | 54%      |
| REGISTRO E INGRESO                       | 2,00             | 40%      |
| NECESIDADES DE INGRESO                   | 2,80             | 56%      |
| PLANEACION DE LA ATENCION                | 2,70             | 54%      |
| EJECUCION DEL TRATAMIENTO                | 2,70             | 54%      |
| AVALUACION DE LA ATENCION                | 2,80             | 56%      |
| SALIDA Y SEGUIMIENTO                     | 2,80             | 56%      |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA            | 2,80             | 56%      |
| DIRECCIONAMIENTO                         | 3,10             | 62%      |
| GERENCIA                                 | 2,95             | 59%      |
| GERENCIA DEL TALENTO HUMANO              | 2,29             | 46%      |
| GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO             | 2,90             | 58%      |
| GESTION DE LA TECNOLOGIA                 | 2,60             | 52%      |
| SISTEMAS DE INFORMACION                  | 2,76             | 55%      |
| ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | 2,76             | 55%      |
| ESTANDAR DE MEJORAMIENTO                 | 2,76             | 55%      |

49,62

|  |            |
|--|------------|
| <b>PUNTAJE OBTENIDO</b>                      | <b>2,8</b> |
| <b>% GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO</b> | <b>55%</b> |

| Critero Grado de Implementación | NIVEL |
|---------------------------------|-------|
| 0 - 50 %                        | BAJO  |
| 51 - 80 %                       | MEDIO |
| 81 - 100 %                      | ALTO  |

- Se realiza socialización de 135 oportunidades de mejora con los líderes de los procesos asistencial y administrativo de la institución identificando un total de 135 oportunidades de mejora, de las cuales se priorizaron 49 OM para un total de 80 acciones de los 8 estándares de acreditación.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 10 de 19          |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

Se plantean 3 fechas para realizar seguimiento formal seguidos de la reunión de autocontrol y mejoramiento mensual esto con el objetivo de garantizar el cumplimiento a las OM, priorizadas para el año 2024.

**JUNIO DEL 2024**

**OCUBRE DEL 2024**

**NOVIEMBRE DEL 2024**


**DICIEMBRE DEL 2024.**

Posterior a la socialización de las oportunidades de mejora se priorizaron un total 49 OM Y acciones 80 por los 8 estándares (ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL, ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO, ESTANDARES GERENCIA, ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, ESTANDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, ESTANDARES GESTION DE LA TECNOLOGIA, ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION, ESTANDARES DE MEJORAMIENTO, se definieron los seguimientos a las acciones con los lideres de equipos primarios de mejoramiento, secundarios y terciarios de mejoramiento institucional.

| ESTANDAR / CRITERIO       | ESTANDAR / CRITERIO          | OPORTUNIDADES DE MEJORA  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| Derechos de los pacientes | Estándar 1. Código: (AIDP1)  | Documentar las estrategias existentes encaminadas al despliegue de los derechos y deberes, donde se comprendan sus objetivos, alcance, acciones que se realicen, enfoque de riesgo, indicadores de medición, escenarios donde se presentaran resultados para la toma de decisiones, entre otros.<br><br>Garantizar el despliegue de los derecho y deberes por parte de la oficina de atención al usuario a todos los colaboradores de la institución independientemente el tipo de contratación incluyendo servicios tercerizados, así como los usuarios y sus familias. |
|                           | Estándar 4. Código: (AIDP4)  | Fortalecer la comprensión del usuario de acuerdo a la información brindada por parte de la institución de los derecho y deberes.   |
| Seguridad el paciente     | Estándar 5. Código: (ASFP1)  | Avanzar en la documentación, implementación y medición sistemática de estrategias encaminadas al cumplimiento de la política y el programa de seguridad del paciente.  |
|                           | Estándar 6. Código: (ASFP2)  | Fortalecer el seguimiento periódico y sistemático de las acciones de mejora definidas en el análisis de los eventos adversos con el fin que logre afianzar la mejora y no repetición de los eventos adversos.  |
|                           | Estándar 7. Código: (ASFP3)  | Avanzar en la socialización de los paquetes instruccionales establecidos a todos los colaboradores de la institución.<br><br>Medición de adherencia de los paquetes instruccionales establecidos en la institución por medi de listas de chequeo.  |
| Acceso                    | Estándar 11. Código: (AAAC3) | Definir, socializar y monitorear el ciclo de atención definido teniendo en cuenta los servicios prestados y las necesidades de la población objeto.<br><br>Evaluat el grado de apropiación del Manual de Información y Atención al Ciudadano a los colaboradores y usuarios.   |
|                           | Estándar 12. Código: (AAAC4) | Garantizar que en el proceso definido para la asignación de citas se tenga en cuenta el derecho del usuario de solicitar la atención con el profesional de su preferencia. Así mismo realizar la monitorización y medición del cumplimiento de este derecho para la toma de decisiones que aporten al mejoramiento institucional.  |
|                           | Estándar 14. Código:         | Fortalecer el análisis de los resultados, de los indicadores específicos de oportunidad y tiempos de atención por servicio.  |

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 11 de 19          |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

Se realiza socialización de las oportunidades de mejora priorizadas identificando la ejecución y cumplimiento de las acciones de mejora cumplidas vs las acciones de mejora propuestas durante el 2024.

Total, oportunidades de mejora identificadas 49

Total, acciones propuestas 80

Total, acciones cumplidas 69

Enfoque 20


Implementación 20

Resultado 20

Evaluación 20

Total, estándares 8

| GRUPO DE ESTANDARES           | NUMERO DE ESTANDAR | PROCESO INSTITUCIONAL        |
|-------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Derechos de los Pacientes     | 3                  | Asistencial                  |
| Seguridad del Paciente        | 4                  |                              |
| Acceso                        | 4                  |                              |
| Registro e ingreso            | 2                  |                              |
| Planeacion de la Atencion     | 3                  |                              |
| Evaluacion de la Atencion     | 2                  |                              |
| salidad y seguimiento         | 1                  |                              |
| Referencia y contrareferencia | 1                  | Direccionamiento             |
| Direccionamiento              | 5                  |                              |
| Gerencia                      | 3                  | Gerencia                     |
| Talento Humano                | 7                  | Gerencia Talento Humano      |
| Gerencia del Ambiente Fisico  | 2                  | Gerencia del Ambiente Fisico |
| Gestion de la Tecnologia      | 3                  | Gestion de la Tecnologia     |
| Gerencia de la informacion    | 4                  | Gerencia de la informacion   |
| Mejoramamiento de la calidad  | 5                  | Mejoramamiento de la calidad |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>49</b>          |                              |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024  |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 12 de 19 |


## PRESENTACIÓN DEL ESTADO DE CUMPLIMIENTO PAMEC 2024

- Auto evaluación de estándares. Se presenta el documento donde se recolectaron las fortalezas y oportunidades de mejora de todos los estándares de acreditación, luego se presenta la hoja radar que consolidó la evaluación cualitativa de todos los estándares.
- Selección de estándares con oportunidades de mejora: Se presenta la carpeta y archivo en el cual se presentó el mapa de procesos y los procesos seleccionados a mejorar.
- Priorización de estándares objeto de mejora: Se comparte archivo Excel con las oportunidades de mejora OM identificadas y la calificación y matriz de riesgo, costo y volumen con al OM priorizadas.
- Definición de la calidad esperada en los estándares priorizados: Se determinó como calidad esperada superar las calificaciones obtenidas en la autoevaluación cuantitativa en un 10%.
- Medición inicial del desempeño de los estándares priorizados: Como medición inicial del desempeño se tomó las notas obtenidas en la evaluación cuantitativa.
- Plan de acción para el mejoramiento de los estándares priorizados: Se presenta el plan de mejora planteado con al OM priorizadas.
- Ejecución del plan de acción para el mejoramiento de los estándares y seguimiento: se presenta la matriz de seguimiento al plan de mejora.
- Aprendizaje de la organización para mantener y/o continuar mejorando la calidad alcanzada: Se presenta el aprendizaje que la institución logró con la implantación del mejoramiento.

Se concluye que se identificaron 135 OM, se priorizaron de estas 49, las cuales se plasmaron en 80 acciones, con 69 acciones ejecutadas 11 abiertas con un cumplimiento del 87%.

— Salud Integral, Impacto Real —

*"Documento no válido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".*

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 13 de 19          |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

## PRESENTACIÓN CRONOGRAMA DEL TRABAJO DEL PAMEC 2025


Se presento el cronograma a desarrollar para el PAMEC 2025, el cual se desarrollará a través de un modelo de mejoramiento y con los equipos de mejoramiento institucional que requieren la participación de todos los procesos.

| AUTOEVALUACION ENERO DEL 2025 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION<br>ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA |                           |                      |                        |                            |
|---|---------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
| DERECHOS DE PACIENTES   | SEGURIDAD DEL PACIENTE    | ACCESO               | REGISTRO E INGRESO     | NECESIDADES DE INGRESO     |
| EJECUCION DEL TTO   | EVALUACION DE LA ATENCION | SALIDA Y SEGUIMIENTO | REF Y CONTRAREFERENCIA |                            |
| TALENTO HUMANO  | AMBIENTE FISICO           | TECNOLOGIA           | INFORMACION            | MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |

|  |  | 1. SEMANA                      | 2. SEMANA | 3. SEMANA | 4. SEMANA | 5. SEMANA |
|--|--|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>PUNTAJE DE ESTANDARES EVALUADOS</b> | <b>ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL</b>          | ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL |           |           |           |           |
|  | <b>ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO</b>             |                                | 13 al 17  |           |           |           |
|  | <b>ESTANDARES GERENCIA</b>                     | DIRECCIONAMIENTO               |           |           |           |           |
|  | <b>ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>  |                                |           |           | 27 al 31  |           |
|  | <b>ESTANDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO</b> |                                |           |           | 27 al 31  |           |
|  | <b>ESTANDARES GESTION DE LA TECNOLOGIA</b>     |                                |           | 20 al 24  |           |           |
|  | <b>ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION</b>   |                                |           | 21 al 24  |           |           |
|  | <b>ESTANDARES DE MEJORAMIENTO</b>              | GERENCIA DEL TALENTO HUMANO    |           |           |           |           |
|  |  | 7 al 10                        |           |           |           |           |
|  |  | 8 al 10                        |           |           |           |           |
|  |  |                                |           |           |           | 2 al 3    |
|  |  |                                |           |           |           |           |

Este cronograma fue socializado en reunión con los equipos primarios de mejoramiento y comité de calidad.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>   | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>  | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>  | <b>Versión:</b> 03               |
|   | <b>LA PLATA HUILA</b>   | <b>Página:</b> 14 de 19          |
|   | <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> |                                  |

### AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS

Para el 2024 la oficina garantía de la calidad recibió un total de auditorías externas (24) De las diferentes EAPB, y entes de control como SSD Y SDM.

| AUDITORIAS EXTERNAS RECIBIDAS POR OGC 2024 |  |  |  |
|--|--|--|--|
| EAPB o ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL      | SERVICIO O AREA  | FECHA  | ATENDIO LA AUDITORIA                                 |
| D & G consultores                          | Auditoria al call center y barreras de acceso a los usuarios   | 13/02/2024   | <b>AUDREY SORAYA PEÑA RIVERA</b><br>Líder de Calidad |
| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL          | Revisión condiciones ambientales de la Ese Hospital Departamental San Antonio de Padua   | 18/03/2024   | <b>CARLOS USECHE</b><br>Líder ambiental              |
| ASMETSAJUD                                 | llevar a cabo verificación de las condiciones de habitación de los servicios ofrecidos a la EPS por el prestador en su portafolio. Con el fin contribuir al mejoramiento continuo de los procesos de | 11,12,13,14,15, 19,20,21/03/2024<br>01,02,03/04/2024 | <b>AUDREY SORAYA PEÑA RIVERA</b><br>Líder de Calidad |

| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL | llevar a cabo esta evaluación  | 19/03/2024 | <b>LILIANA CORTES ALBORNOZ</b><br>Epidemióloga           |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL | la verificación de:<br>1. La adherencia a la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue<br>2. La oportunidad, pertinencia y disponibilidad de pruebas de laboratorio para dengue.<br>3. Adherencia al Protocolo para la vigilancia en salud pública del Dengue | 19/03/2024 | <b>MARLENE MORENO CAVIEDES</b><br>Subgerente asistencial |
| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL | Revisión de compromisos, sobre a ruta materno perinatal  | 30/04/2024 | <b>MARLENE MORENO CAVIEDES</b><br>Subgerente asistencia  |

Se adjunta evidencia del consolidado de auditorías externa vigencia 2014. un total de auditorías externas (24)

De las diferentes EAPB, y entes de control como SSD Y SDM. EAPB sanitas, nueva EPS, Coosalud, salud total, AIC, entre otros.





**FORMATO DE INFORME**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**  
**LA PLATA HUILA**  
**PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y**  
**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO**  
**INSTITUCIONAL**

**Fecha:** 05/11/2024  
**Código:** MDE-GPDI-GD-F-004  
**Versión:** 03  
**Página:** 15 de 19



**CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS ASISTENCIALES 2024**

| TIPO      | AUDITORES                                  | ALCANCE                   | PARA QUIEN ESTA DIRIGIDO | AÑO  | PROCESO  | PROCESOS A AUDITAR Y/O DEPENDENCIAS               | 5 | 6 | 7 | 8 | 9           | 10 | 11 | RESPONSABLE                            | OBSERVACIONES |
|-----------|--|---------------------------|--------------------------|------|--|---|---|---|---|---|-------------|----|----|--|---------------|
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de calidad y mejoramiento continuo               | Seguridad al paciente                             | X |   |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de calidad y mejoramiento continuo               | Humanización                                      | X |   |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de servicios de farmacia                         | Referencia y contrareferencia                     | X |   |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión servicios de ginecobstetricia                    | Obstetricia                                       | X |   |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de servicios de farmacia                         | Farmacia  |   | X |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión servicio de apoyo diagnostico                    | Laboratorio                                       |   | X |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de atención al usuario y participación ciudadana | IAVI  |   | X |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión servicios de hospitalización información         | Hospitalización                                   |   | X |   |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión servicios de hospitalización información         | Unidad de Cuidado Intensivo                       |   |   | X |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de servicio quirúrgico ANB/ HOSP                 | Consulta Externa                                  |   |   | X |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de atención urgencias y servicios                | Urgencias   |   |   | X |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de atención al usuario y participación ciudadana | IAVI sistema de información y atención al usuario |   |   | X |   | SEGUIMIENTO |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de calidad y mejoramiento continuo               | Gestión de la información de historias clínicas   |   |   |   | X |             |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de servicio quirúrgico y ambulatorio             | Esterilización                                    |   |   |   | X |             |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |
| AUDITORIA | Control Interno, apoyos líderes de calidad | Autocontrol y seguimiento | Gerencia                 | 2024 | Gestión de servicio de apoyo diagnostico                 | Imágenes Diagnósticas                             |   |   |   | X |             |    |    | EQUIPO DE CALIDAD - LIDER DEL SERVICIO | CUMPLIDA      |

Se adjunta cronograma en Excel auditorias asistenciales 2024 las cuales tienen un cumplimiento del 100% de 15 planeadas se ejecutaron 15.

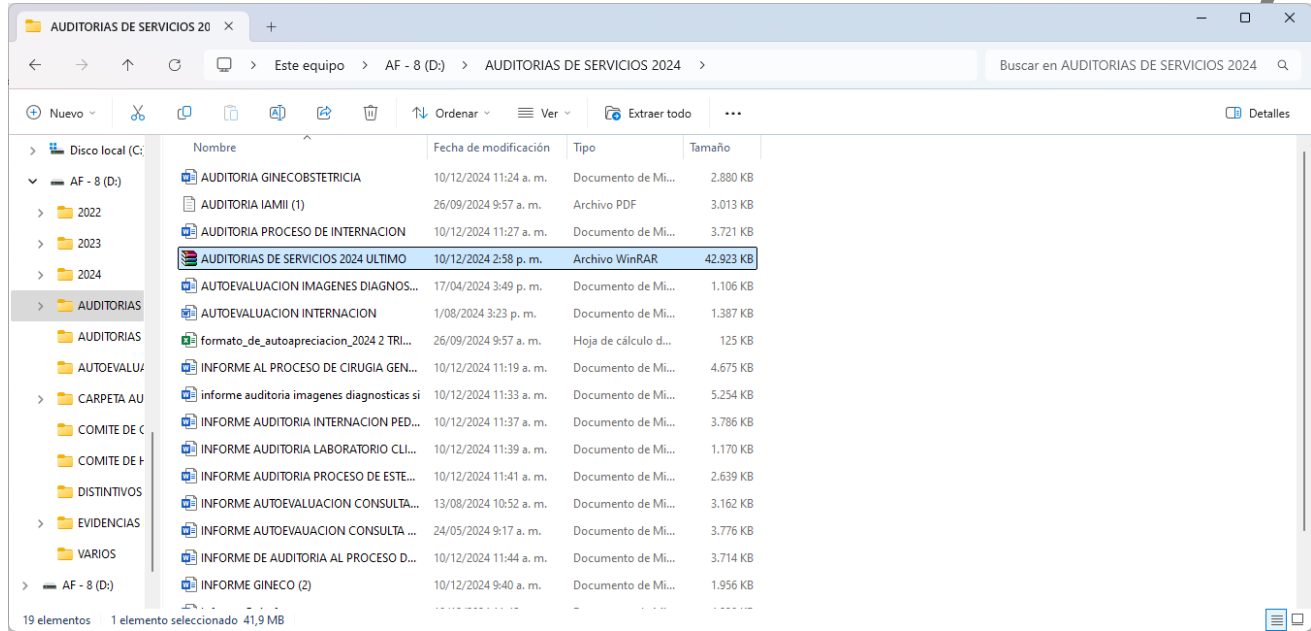
dentro de las auditorias se programaron 900 rondas de programa de seguridad del paciente cumpliendo al 100 % ejecutadas 938.



**FORMATO DE INFORME**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**  
**LA PLATA HUILA**  
**PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y**  
**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO**  
**INSTITUCIONAL**

**Fecha:** 05/11/2024  
**Código:** MDE-GPDI-GD-F-004  
**Versión:** 03  
**Página:** 16 de 19

## INFORMES DE AUDITORIAS INTERNAS



Se adjunta pantallazo de los informes de las auditorías realizadas según cronograma 2024.

## COMITÉ DE CALIDAD

Se cuenta con Res. 138 del 2021 con periodicidad mensual donde se analiza el seguimiento a indicadores mensual, se socializa las auditorias internas, externas, los servicios habilitados, avances del PAMEC, medición de adherencia de guías de práctica clínica entre otros temas asistenciales.


### ARTÍCULO QUINTO. CONFORMACIÓN

El Comité Institucional de calidad estará conformado por:

- El Gerente de la ESE o su delegado
- El Líder de Calidad de la institución – Acreditación.
- Líder de seguridad del paciente.
- Líder de Humanización
- Profesional del área de SIAU
- Medico auditor
- Profesional de Sistemas de información para la calidad
- Líder de Habilitación
- Profesional del área de mercadeo.

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024  |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004<br><b>Versión:</b> 03<br><b>Página:</b> 17 de 19 |

Dicho comité abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo, la cual está enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de la entidad, además, proporciona las bases necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Se adjunta presentación comité de calidad mes de NOVIEMBRE/24

se adjunta cronograma de comités de obligatorio cumplimiento realizados durante la vigencia 2024, seguimiento por el área e calidad de la institución.

| Nombre                            | Fecha de modificación | Tipo        | Tamaño   |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------|----------|
| ACTA COMITE DE CALIDAD DE ABRIL   | 11/12/2024 2:55 p. m. | Archivo PDF | 725 KB   |
| ACTA COMITE DE CALIDAD ENERO      | 11/12/2024 3:08 p. m. | Archivo PDF | 1.069 KB |
| ACTA COMITE DE CALIDAD JULIO      | 11/12/2024 3:18 p. m. | Archivo PDF | 1.046 KB |
| ACTA COMITE DE CALIDAD JUNIO      | 11/12/2024 3:07 p. m. | Archivo PDF | 932 KB   |
| ACTA COMITE DE CALIDAD MARZO      | 11/12/2024 3:06 p. m. | Archivo PDF | 725 KB   |
| ACTA COMITE DE CALIDAD MAYO       | 11/12/2024 3:12 p. m. | Archivo PDF | 1.942 KB |
| ACTA COMITE DE CALIDAD NOVIEMBRE  | 11/12/2024 3:19 p. m. | Archivo PDF | 1.419 KB |
| ACTA COMITE DE CALIDAD SEPTIEMBRE | 11/12/2024 3:19 p. m. | Archivo PDF | 320 KB   |
| ACTA COMITE DE CALIDD FEBREO      | 11/12/2024 3:08 p. m. | Archivo PDF | 725 KB   |
| ACTA DE COMITE DE CALIDAD OCTUBRE | 11/12/2024 3:13 p. m. | Archivo PDF | 320 KB   |
| ACTA DEL COMITE DE CALIDAD AGOSTO | 11/12/2024 3:18 p. m. | Archivo PDF | 320 KB   |

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

## FORMATO DE INFORME

Fecha: 05/11/2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA  
LA PLATA HUILA  
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO  
INSTITUCIONAL

Código: MDE-GPDI-GD-F-004


Versión: 03

Página: 18 de 19

| COMITE                          | RES. COMITE                | PERIODICIDAD | ACTAS 2024 | RESPONSABLE                           |
|---------------------------------|----------------------------|--------------|------------|---------------------------------------|
| COVE                            | RES.                       | MENSUAL      | 10         | EPIDEMIOLOGA                          |
| SIAU                            | DECRETO 1757 DEL 94        | MENSUAL      | 10         | COORDINADORA SIAU                     |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE          | RES. 292/2029 06 JUNIO     | MENSUAL      | 11         | LÍDER SEGURIDAD DEL PTE.              |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA   | RES. 36/2019 DEL 23 ENERO  | BIMENSUAL    | 5          | JEFE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA    |
| VIOLENCIA SEXUAL                | RES. 273/2015              | BIMENSUAL    | 7          | TRABAJADORA SOCIAL                    |
| HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS     | RES.390/2018 DEL 30 JULIO  | TRIMESTRAL   | 4          | LÍDER SEGURIDAD Y SALUD               |
| ETICA E INTEGRIDAD              | RES.001/2021               | MENSUAL      | 10         | LÍDER SIAU                            |
| IAMII                           | RES.761/2016 26 DIC        | TRIMESTRAL   | 3          | LÍDER IAMII                           |
| SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | RES. 508/2019 02 DICIEMBRE | MENSUAL      | 10         | LÍDER SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |
| PROA                            | RES. 378/2024              | MENSUAL      | 0          | LIDER DE EPIDEMIOLOGÍA                |
| FARMACOVIGILANCIA               |                            | MENSUAL      | 5          | COORDINADOR DE FARMACIA               |
| TECNOVIGILANCIA                 |                            | MENSUAL      | 5          | COORDINADOR DE FARMACIA               |
| HEMOVIGILANCIA                  |                            | TRIMESTRAL   | 1          | LÍDER DE LABORATORIO                  |
| COMITI DE CALIDAD               | RES. 138 DEL 2021          | MENSUAL      | 10         | LIDER DE CALIDAD                      |
| COMITÉ DE HISTORIAS CL.         | RES. 458 DEL 2028          | MENSUAL      | 8          | AUDITOR MEDICO                        |
| COMITÉ HUMANIZACIÓN             | RES. 197 DEL 2024          | BIMENSUAL    | 8          | LIDER DE HUMANIZACIÓN                 |


## CONCLUSIONES

1. Dentro de las conclusiones nos encontramos que el SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD, cumplió en un 98% las actividades programadas durante la vigencia del 2024.
2. Pendiente ejecutar dentro del PAMEC, la autoevaluación para vigencia 2025
3. Cierre de las 11 OM de mejora abiertas para el cierre del ciclo de aprendizaje organizacional.
4. El empoderamiento de los lideres de los procesos en los análisis y medición de indicadores tanto de la Res. 256 y 1552.
5. Ejecución de los planes de mejoramiento por los lideres de los servicios identificando las OM.

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>E.S.E<br/>HOSPITAL DEPARTAMENTAL<br/>SAN ANTONIO DE PADUA<br/><i>Salud Integral Impacto Real</i></p> | <b>FORMATO DE INFORME</b>  | <b>Fecha:</b> 05/11/2024         |
|   | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b><br><b>LA PLATA HUILA</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b><br><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b><br><b>INSTITUCIONAL</b> | <b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 |
|   |  | <b>Versión:</b> 03               |
|   |  | <b>Página:</b> 19 de 19          |

6. Seguimiento y cumplimiento de los comités de obligatorio cumplimiento
7. Participación de la reunión de autocontrol y mejoramiento de los equipos primarios, secundarios y terciarios.

Elaboro;



BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ  
**ASESOR OGC**

DOCUMENTO CONTROLADO

— *Salud Integral, Impacto Real* —

*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".*