

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 1 de 14

No. DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
01	18/02/2026	09:00 am	10:30 am
LUGAR: AUDITORIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:	x	
OBJETIVO:	REALIZAR EL COMITÉ DE CALIDAD MES DE ENERO DEL 2026. SOCIALIZANDO EL AVANCE DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL SOGCS.				
RESPONSABLE:	BLANCA NUBIA RODRIGUEZ/ JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS / CARLOS HERNAN MARTINEZ EMBUS				
AGENDA:	1. Verificar quórum. (Asistentes) 2. Compromisos anteriores 3. Socialización PAMEC 4. Socialización Indicadores de Calidad 5. Proposiciones y varios 6. Compromisos				

DESARROLLO Y TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN

1. Verificar quórum.

Se inicia reunión a las 08:00 am el día 18 de febrero del 2026, en el auditorio del Hospital Departamental San Antonio de Padua, reunión denominada Comité de Calidad mes de enero del 2026, se inicia con la verificación del quórum el cual se cumple gracias al compromiso de todos los colaboradores responsables de asistir al comité, (se anexa lista de asistencia debidamente firmada).

NOE MUÑOZ	COORDINADOR DE URGENCIAS
KATHERINE TOVAR	JEFE ENFERMERA

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 2 de 14

CINDY SANABRIA	COORDINADORA DE CIRUGIA
JULIANA RAMOS	JEFE ENFERMERA
LUZ MERY FIERRO	JEFE DE HOSPITALIZACION
AUDREY PEÑA	LIDER DE HABILITACION
MAGDA LORENA RINCON	JEFE DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN
FELIX MEDINA	QUIMICO
YESID MENA	INGENIERO BIOQUIMICO
DIEGO FERNANDEZ	TECNICO EN RADIOLOGIA
DIANA GONZALEZ	GESTIÓN ADMINISTRATIVA
YULY MEDINA RAMOS	CALL CENTER
LILIANA CORTEZ	EPIDEMIOLOGIA
ANA DELGADO	MEDICA GENERAL
CARLOS JOVANY USECHE	INGENIERO AMBIENTAL
ALICIA LOZANO	BACTERIOLOGA
LUISA FERNANDA CASTAÑEDA	SIAU
CAROLINA YASNO	HUMANIZACIÓN
CARLOS ANDRES PUYO	CONTROL INTERNO
GABRIEL LAMBIS	JEFE ENFERMERIA - REPRESENTANTE SUB GERENCIA
SUSANA ACOSTA	JEFE DE URGENCIAS
CINDY LORENA GUIJO	MEDICA
CLAUDIA CEDIEL	MEDICA AUDITORA UNICA DE CALIDAD
MONICA FLOREZ	SEGURIDAD DEL PACIENTE
BLANCA NUBIA RODRIGUEZ	COORDINADORA CALIDAD
JEISSON ALEXANDER TRUJILLO	LIDER SIC
CARLOS HERNAN MARTINEZ	LIDER PAMEC
LILIANA PALACIOS	SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUSENTES

--	--

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 3 de 14

2. Compromisos anteriores

REVISION DE COMPROMISOS			
COMPROMISOS PROGRAMADOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN
Realizar autoevaluación de acreditación de la resolución 5095 del 2018	Líder de PAMEC/ Equipo de calidad	Enero-Febrero	CUMPLIDO
Realizar el informe cualitativo y cuantitativo de la auto evaluación	Líder de PAMEC/ Equipo de calidad	Febrero	CUMPLIDO

3. SOCIALIZACION AVANCES PAMEC

En el marco del proceso de autoevaluación para la acreditación en salud conforme a la Resolución 5095, se presentó el informe institucional elaborado mediante la aplicación del instrumento "Hoja Radar", el cual permitió valorar los estándares en las dimensiones de enfoque, implementación y resultado. Esta metodología facilitó un análisis estructurado y cuantitativo del nivel de cumplimiento frente a los criterios exigidos, identificando fortalezas y oportunidades de mejora en cada grupo de estándares.

Fecha de Elaboración:	ENERO DEL 2026	Proceso o Comité:	GARANTIA DE LA CALIDAD
Fecha de Seguimiento:	2026	Líder de Proceso y Colaboradores:	BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ
GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION CUANTITATIVA		
ASISTENCIALES	1,4		
DIRECCIONAMIENTO	1,6		
GERENCIA	1,8		
TALENTO HUMANO	1,8		
AMBIENTE FISICO	1,7		
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1,5		
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,5		
MEJORAMIENTO	1,45		
SUMATORIA	12,82		
PROMEDIO	1,60		

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 4 de 14

Se socializaron las calificaciones de cada uno de los estándares, resultado cuantitativo evidenció una calificación promedio institucional de 1.60. El desglose por grupos de estándares fue el siguiente: Gerencia y Talento Humano obtuvo 1.8; Ambiente Físico 1.7; Direccionamiento 1.6; Gestión de Tecnología y Gerencia de la Información 1.5; Mejoramiento 1.45; y Asistenciales 1.14, siendo este último el componente más crítico y priorizado para fortalecimiento inmediato. Desde el análisis cualitativo se concluyó que la institución cuenta con abundante documentación técnica (guías, protocolos y manuales); sin embargo, se identifican falencias significativas en la ejecución efectiva de los procesos y en el soporte documental de evidencias que demuestren su cumplimiento real en la práctica asistencial y administrativa.

3.1 Socialización de Auditorías Internas 2026

Se presentó y socializó el cronograma de auditorías internas preventivas para la vigencia 2026, orientadas principalmente a los servicios asistenciales, con el propósito de identificar oportunamente falencias y establecer acciones correctivas antes de eventuales visitas de entes de control externos. Estas auditorías buscan fortalecer la cultura de autocontrol y mejorar la adherencia a protocolos institucionales

 CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS SERVICIOS ASISTENCIALES HDSAP 2026									
TIPO	AUDITORES	ALCANCE	PARA QUIEN ESTA DIRIGIDO	AÑO	GRUPO DEL SERVICIO	PROCESOS A AUDITAR Y/O DEPENDENCIAS	MES	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	ATENCIÓN INMEDIATA	SERVICIO DE URGENCIAS REVISOR CARRO DE PARTO	mar-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	ATENCIÓN INMEDIATA	PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - REVISOR TAB-TAM	abr-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	ATENCIÓN INMEDIATA	SERVICIO DE OBSTETRICIA - ATENCIÓN DEL PARTO - REVISOR CARRO DE PARTO	feb-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	SERVICIO DE FARMACEUTICO	may-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	jun-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA -SUBGERENCIA JEFES DEL SERVICIO	2026	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	jun-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCIÓN

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 5 de 14

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Unidad de Salud de Medellín CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS SERVICIOS ASISTENCIALES HDSAP 2026									
TIPO	AUDITORES	ALCANCE	PARA QUEEN ESTA DISEÑADO	AÑO	GRUPO DEL SERVICIO	PROCESOS A AUDITAR Y/O DEPENDENCIAS	MES	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA - SUBGERENCIA -LIDERES DEL SERVICIO	2026	QUIRURGICOS	SERVICIO DE EMERGENCIA GENERAL - REVISION CARRO DE PARO	feb-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCION
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA - SUBGERENCIA -LIDERES DEL SERVICIO	2026	PROCESO	PROCESO DE SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SAIU)	ago-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCION
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA - SUBGERENCIA -LIDERES DEL SERVICIO	2026	INTERVENCION	SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS - REVISION CARRO DE PARO	sep-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCION
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA - SUBGERENCIA -LIDERES DEL SERVICIO	2026	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA	oct-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCION
AUDITORIA INTERNA	EQUIPO GARANTIA DE LA CALID	AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO	GERENCIA - SUBGERENCIA -LIDERES DEL SERVICIO	2026	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	SERVICIO FISIOTERAPIA	oct-26	EQUIPO DE CALIDAD LIDER DEL PROCESO	AUDITORIA ESTA SUJETA A MODIFICACIONES Y CAMBIOS SEGUN NECESIDAD DE LA INSTITUCION
RESPONSABLE	BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ		COORDINADOR DE CALIDAD - SOG						
			AUDITORIAS PROGRAMAS / EJECUTADAS						

Dentro de los servicios priorizados se definió: en febrero, Obstetricia y atención del parto; en marzo, el servicio de Urgencias con énfasis en la revisión y verificación del carro de paro; en abril, el proceso de Referencia y Contrarreferencia; en mayo y junio, Farmacia, Laboratorio Clínico y Gestión Pre-transfusional; y en octubre, Fisioterapia y Terapia Respiratoria. Se enfatizó que cada auditoría deberá generar informe formal, plan de mejoramiento y seguimiento documentado.

3.2 Analisis ruta critica pamec 2026

En coherencia con el cronograma institucional adoptado, se presentó de manera detallada la Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) vigencia 2025, estructurada en nueve fases secuenciales que garantizan el desarrollo técnico, progresivo y sistemático del ciclo de mejoramiento continuo bajo el enfoque PHVA (Planear-Hacer-Verificar-Actuar).

FORMATO DE ACTA

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

Fecha: 25/01/2021

Código: MDE-GPDI-GD-F-001

Versión: 02

Página: 6 de 14

CRONOGRAMA RUTA CRÍTICA PAMEC 2026 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA													
No.	ACTIVIDAD	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	E. ASISTENCIAL	AUTOEVALUACIÓN 2025											
	E. GERENCIA												
	E. TALENTO HUMANO												
	E. AMBIENTE FÍSICO												
	E. INFORMACIÓN												
	E. TECNOLOGÍA												
	E. MEJORAMIENTO												
	INFORME CUALITATIVO												
2	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR												
3	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS												
4	DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA												
5	MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO												
6	FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
7	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
8	EVALUACIÓN PLAN MEJORAMIENTO												
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												ENERO

Durante los meses de marzo y abril se ejecuta la Selección de Procesos a Mejorar, fase en la cual se analizan los resultados de la autoevaluación para identificar aquellos procesos con mayor brecha frente a la calidad esperada, priorizando especialmente los componentes asistenciales por su impacto directo en la seguridad del paciente y la prestación del servicio.

Posteriormente, entre abril y mayo, se desarrolla la Priorización de Procesos, aplicando criterios de riesgo, impacto, frecuencia, viabilidad técnica y alineación estratégica institucional. Esta etapa permite concentrar recursos y esfuerzos en intervenciones de alto valor institucional.

En el mes de junio se establece la Definición de la Calidad Esperada, donde se determinan estándares internos, metas cuantificables e indicadores de seguimiento para cada proceso priorizado, alineándolos con normatividad vigente, guías clínicas y lineamientos ministeriales.

Durante los meses de agosto y septiembre se realiza la Medición Inicial del Desempeño, con el fin de establecer la línea base que permitirá comparar avances posteriores. Esta fase es fundamental para garantizar objetividad en la evaluación del impacto de las acciones implementadas.

En octubre se formula el Plan de Mejoramiento, documento técnico que incluye

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE ACTA	Fecha: 25/01/2021
	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-001 Versión: 02 Página: 7 de 14

actividades específicas, responsables, cronogramas, recursos necesarios e indicadores de seguimiento, asegurando trazabilidad y control institucional.

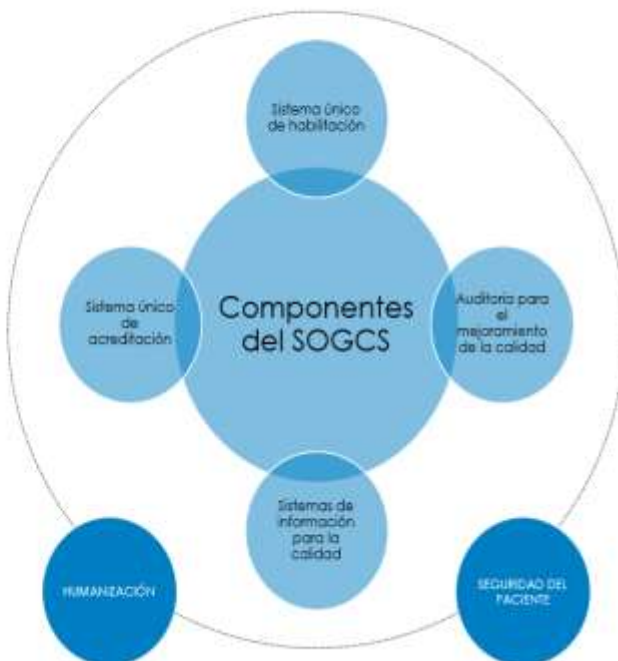
La Ejecución del Plan de Mejoramiento se desarrolla durante noviembre y diciembre, periodo en el cual los líderes de proceso implementan las acciones correctivas y preventivas definidas, bajo acompañamiento del equipo de calidad.

En diciembre se realiza la Evaluación del Plan de Mejoramiento, verificando el cumplimiento de metas, el cierre de brechas y el impacto generado en los indicadores definidos. Finalmente, el componente de Aprendizaje Organizacional se programa para enero del año siguiente, permitiendo realizar un análisis integral de resultados, lecciones aprendidas, ajustes metodológicos y estandarización de buenas prácticas, garantizando así la consolidación de una cultura institucional orientada al mejoramiento continuo.



APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

FORMATO DE INFORME		Fecha:	25/01/2021
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Código:	MDE-GPDI-GD-F-001
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		Versión:	02
		Página:	7 de 14
FECHA:	31 DE ENERO DEL 2021		
ACTIVIDAD:	INFORME GESTIÓN/APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PAMREC 2020		
PROCESO VINCULADO:	GARANTÍA DE CALIDAD		
RESPONSABLE:	BLANCA HUIBA RODRIGUEZ TAPIE ASISTENTE DE ENFERMERIA / CARLOS HERNAN MARTINEZ BARRALES JEFE DE PAMREC		
OBJETIVO:	Presentar la Evaluación de gestión del Proceso del Auditorio para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMREC) de la vigencia 2020, mediante el análisis de los resultados obtenidos, las acciones implementadas y el aprendizaje organizacional, con el fin de mejorar la calidad y la mejora continua de las procedimientos.		
CONTENIDO DEL INFORME:			
El programa de auditoría para el mejoramiento continuo es un mecanismo preventivo y continuo de evaluación, por lo cual se realiza la verificación de las acciones de mejora formuladas para la vigencia 2020, para garantizar estándares de acreditación en salud, haciendo énfasis al aprendizaje organizacional del cliente del PAMREC 2020, y a la vez el informe de gestión vigencia 2020.			



	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 8 de 14

3.3 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE COMITES ASISTENCIALES



COMITÉ DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

CRONOGRAMA DE COMITES						
ITEM	COMITÉ	RESPONSABLE	PERIODO DE EJECUCIÓN 2021			
			MES DEL AÑO			
			SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
1	Humanización (bimensual)	Lider Humanización	01/01/2021	08/01/2021		
	GAGAS (bimensual)	Ingeniero Ambiental	01/01/2021	08/01/2021		
2	Hemovigilancia (mensual)	Lider Laboratorio	01/01/2021	08/01/2021		
	Reactivovigilancia (mensual)		01/01/2021	08/01/2021		
3	Ética e Integridad (mensual)	Lider Sau - Lider Coll-center	01/01/2021	08/01/2021		
4	PROCA (mensual)	Lider Epidemiologia	01/01/2021	08/01/2021		
	Referencia y Contrareferencia (mensual)	Lider referencia	01/01/2021	08/01/2021		
5	Historias clínicas (mensual)	Auditoria Medica Calidad				01/01/2021
	Violencia Sexual y Genero (mensual)	Dra. Cindy Andrade (Psicologa)				01/01/2021

CRONOGRAMA DE COMITES						
ITEM	COMITÉ	RESPONSABLE	PERIODO DE EJECUCIÓN 2021			
			MES DEL AÑO			
			SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
6	Seguridad del Paciente (mensual)	Lider seguridad al paciente	01/01/2021	08/01/2021		
	Calidad (mensual)	Dra. Blanca Nubia (Psicóloga)	01/01/2021	08/01/2021		
7	COVE (mensual)	Epidemióloga	01/01/2021	08/01/2021		
	Infecciones (mensual)		01/01/2021	08/01/2021		
8	Farmacovigilancia (mensual)	Lider Farmacia	01/01/2021	08/01/2021		
	Tecnovigilancia (mensual)		01/01/2021	08/01/2021		
9	IAMI (trimestral)	Lider IAMI	01/01/2021	08/01/2021		
	Emergencias y desastres (trimestral)	Lider Seguridad en el trabajo	01/01/2021	08/01/2021		

Salud Integral, Impacto Real

Se recordó a los miembros del comité la importancia del cumplimiento estricto en la periodicidad, desarrollo y entrega oportuna de actas correspondientes a los 17 comités institucionales de carácter obligatorio. Se reiteró que estos espacios constituyen soporte fundamental para la gestión del riesgo, la toma de decisiones y la trazabilidad ante entes de inspección, vigilancia y control.

Se precisó que la periodicidad varía según el comité: algunos se realizan mensualmente, como Seguridad del Paciente, Historias Clínicas y COVE; otros de forma bimensual, como Humanización y GAGAS; y otros trimestralmente, como IAMI y Emergencias. Asimismo, se alertó sobre actas pendientes del mes de diciembre, particularmente en el proceso de Referencia y contra referencia, así como también el comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia que lo lidera el Dr. Félix, solicitando su entrega inmediata para mantener la trazabilidad documental al día.

Se socializa como va en cuanto al cumplimiento con las actas de los 17 comités asistenciales, los cuales unos deben de realizar actas de manera mensual, otro de manera bimensual y trimestral, se ha semaforizado para que tengan en cuenta los incumplimientos, se informa por

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 ACTA		Fecha: 25/01/2021
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-001
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 02
	LA PLATA HUILA		Página: 9 de 14
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

cada comité el estado de las actas y las fechas de los meses que han dado cumplimiento, es por ello que se solicita de carácter prioritario brindar estricto cumplimiento al proceso y las actas pendientes a la fecha son las del mes de Diciembre.

4. Socialización de Indicadores de Calidad.



MANUAL SIC 2026



El Ingeniero Jeisson Alexander Trujillo Suns presentó los avances relacionados con el Sistema de Información para la Calidad (SIC), incluyendo el nuevo Manual del Sistema adoptado mediante la Resolución 006 de 2026. Se destacó la importancia de fortalecer la calidad del dato como base para la toma de decisiones y el reporte confiable ante las entidades nacionales.

En cuanto a los indicadores normativos establecidos en las Resoluciones 256 y 1552, se presentó el consolidado de los meses de octubre noviembre y diciembre

	FORMATO DE ACTA	Fecha: 25/01/2021
	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-001 Versión: 02 Página: 10 de 14



REPORTE DE INDICADORES NORMATIVOS RES.256

Especialidad	Octubre	Noviembre	Diciembre	enero	Estándar
Medicina General	3,11	3,96	4,47	4,49	3
Anestesiología	6,34	8,92	6,76	6,17	5
Cirugía General	11,54	8,72	11,37	12,11	10
Medicina Interna	12,38	11,31	11,71	3,85	15
Pediatría	6,33	9,70	7,85	5,34	5
Ginecología	12,47	13,09	11,63	12,73	10
Obstetricia	12,03	12,33	12,47	11,50	8
Ecopgrafías	10,43	11,81	12,12	7,31	3
Imágenes Diagnósticas	5,03	5,28	5,68	3,95	3
Nutrición Clínica	8,32	8,51	7,90	4,69	10
Psicología	4,48	3,38	3,82	2,03	5
Trabajo Social	4,2	4,00	7,67	4,00	5
Urología	20,49	14,50	5,76	18,71	12
Oftalmología	9,97	8,97	13,27	10,89	15
Otorrino	19,21	13,52	15,69	20,10	10

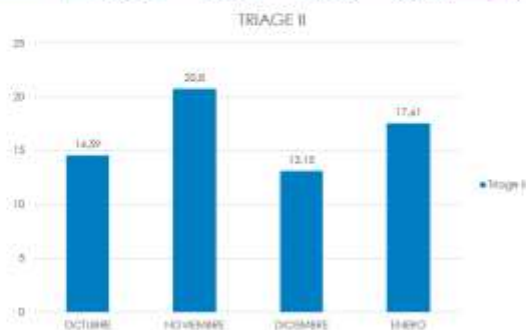
Salud Integral, Impacto Real

se evidenció que el indicador de Triage II cumple la meta establecida, con un tiempo promedio de atención de 17.61 minutos frente al estándar de 30 minutos.



REPORTE DE INDICADORES NORMATIVOS RES.0256

ESPECIALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	ESTÁNDAR	MEDIDA
Triage II	14,59	20,8	13,15	17,61	30	MINUTOS



Salud Integral, Impacto Real

Respecto a la oportunidad de asignación de citas en enero, se reportaron los siguientes promedios: Medicina General 4.49 días, Anestesiología 6.17 días, Cirugía General 12.11 días

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 ACTA		Fecha: 25/01/2021
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-001
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 02
	LA PLATA HUILA		
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		Página: 14	11 de

y Otorrinolaringología 20.10 días, siendo este último el servicio con mayor desviación frente al estándar de 10 días.



Adicionalmente, se informó sobre la detección de errores críticos en el registro de fechas dentro del sistema, evidenciándose casos en los cuales la fecha deseada por el usuario fue registrada con años incorrectos (por ejemplo, año 2202), generando inconsistencias graves en los reportes oficiales. Se enfatizó en la necesidad urgente de fortalecer los procesos de capacitación y validación del registro de información.

NOVEDADES ENCONTRADAS

- ☐ Revisar la fechas que se ingresan al sistema cuando se asignan las citas, para el mes de enero se evidencio los siguientes errores:

FECHA EN QUE SOLICITA LA CITA	FECHA EN QUE EL SOLICITANTE LE SEA ASIGNADA LA CITA	FECHA DE LA CITA	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE DIAS ENTRE LA FECHA PARA LA CITA Y LA FECHA PARA LA CITA QUE SE ASIGNA LA CITA	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE DIAS ENTRE LA FECHA EN QUE SE ASIGNA LA CITA Y LA FECHA EN QUE SE ASIGNA LA CITA
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	0	-10
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	12	-500
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	10	-6400
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	3	-10
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	12	-10
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	8	-93
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	17	-6400
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	18	-100
20/01/2021	20/01/2021	20/01/2021	8	-10

Salud Integral, Impacto Real

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 25/01/2021
	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-001
			Versión: 02
			Página: 12 de 14

6. Proposiciones y varios

Dentro de las proposiciones y varios se hace énfasis en la entrega oportuna de las actas de los comités de obligatorio cumplimiento, actas de auto control y mejoramiento, planes de mejoramiento.

7. Compromisos

RESPONSABLE	No.	COMPROMISO
LIDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS	01	Entrega inmediata de actas pendientes de diciembre, igualmente ya deben de estar las actas de la reunión de enero del 2026.
JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS	02	- Revisar los indicadores según el Cuadro Mando Normativo y Cuadro Mando Institucional - Reestructuración de Indicadores: El hospital maneja más de 382 indicadores. Se acordó concertar con los líderes de servicio su actualización y depuración

REDACTÓ: CARLOS HERNAN MARTINEZ EMBUS
 LIDER DE PAMEC
 ESE SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA

REDACTÓ: JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS
 LIDER DE SIC
 ESE SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA

APROBO: BLANCA NUBIA RODRIGUEZ
 ASESORA DE CALIDAD
 ESE SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA

FORMATO DE ACTA

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

Fecha: 25/01/2021

Código: MDE-GPDI-GD-F-001

Versión: 02

Página: 13 de 14

8. Anexos, asistencia y evidencias fotográficas.

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

Fecha: 18/01/2021
Hora: 8:30 AM
Actividad: Comité de Calidad

N°	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Nico Eulalia U.	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
2	Kathleen Lora Lora	80283661	Equipo Asesor	Asesor	
3	Orlando Sandoval R.	128120017	Equipo Asesor	Asesor	
4	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
5	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
6	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
7	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
8	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
9	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
10	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
11	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
12	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
13	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
14	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
15	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
16	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
17	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	
18	Juliana Reng	100100211	Equipo Asesor	Asesor	

Salud Integral, Impacto Real

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

Fecha: 18/01/2021
Hora: 8:30 AM
Actividad: Comité de Calidad

N°	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
2	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
3	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
4	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
5	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
6	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
7	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
8	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
9	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
10	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
11	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
12	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
13	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
14	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
15	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
16	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
17	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	
18	Carla Andara Poma	95200055	Equipo Asesor	Asesor	

Salud Integral, Impacto Real

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 ACTA	Fecha: 25/01/2021
	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-001 Versión: 02 Página: 14 de 14

Anexo. Evidencia fotográfica



— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"