

	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 11

No. DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
02	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 FEBRERO 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 febrero 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).

ANA DELGADO	MEDICA GENERAL
TANIA ALEJANDRA ANDRADE	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 11

GABRIEL TAMBIS	ENEFEMERO – SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA
CARLOS ANDRES PUYO	ASESOR CONTROL INTERNO
YESID MENA	INGENIERO BIOMEDICO
CLAUDIA CEDIEL	MEDICA AUDITORIA DE CALIDAD
VIVIAN LORENA ESPITIA	APOYO EPIDEMIOLOGIA
AUDREY SORAYA	ASESORA HABILITACIÓN
OSWALDO RUBIO	ASESOR
ALICIA LOZANO	BACTERIOLOGIA
LUISA CASTAÑEDA	SIAU
JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS	LIDER SIC
CINDY DANIELA ANDRADE	PSICOLOGA
YULY MEDINA	LIDER CALL CENTER
MANELA ORTEGA HOYOS	ENFERMERA
CINDY SANABRIA	ENFERMERA
YENNY ROCIO CERQUERA A	COORDINADORA SINDICATO
FELIX MENDEZ C	QUIMICO
MARIA LUNA RAMIREZ	APOYO CALIDAD LABORATORIO
MONICA FLORES	PROFESINAL DE APOYO
LILIANA PALACIO	LIDER SEGURIDAD DEL PACIENTE
CARLOS USECHE	ING AMBIENTAL
CRISTIAN RAMIREZ	COORDINADOR DE FACTURACION
ELSA TRUJILLO	ENFERMERA
NORYS N. PEREZ	ENFEMERA PEDIATRICA
CARLOS MARTINEZ EMBUS	ACREDITACION
BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ	CALIDAD
AUSENTES	

	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 11

2. Compromisos anteriores

REVISION DE COMPROMISOS			
COMPROMISOS PROGRAMADOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN
Revisar que resolución de comités asistenciales, de obligatorio cumplimiento.	Líder de PAMEC/ Equipo de calidad/ Líder del proceso	MARZO	CUMPLIDO
Revisar indicadores según cuadros de mandos institucionales y normativos.	Líder de SIC / Líder del servicio	MARZO	EN EJECUCIÓN

4. 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. A corde al cronograma de ruta crítica que se presenta en el comité; para el mes de febrero se realizo el informe cualitativo sobre los estandares de acreditación calidad,

		CRONOGRAMA RUTA CRITICA PAMEC 2026 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA											
No.	ACTIVIDAD	ENERO	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	E. ASISTENCIAL	AUTOEVALUACIÓN 2025											
	E. GERENCIA												
	E. TALENTO HUMANO												
	E. AMBIENTE FISICO												
	E. INFORMACION												
	E. TECNOLOGIA												
	E. MEJORAMIENTO												
	INFORME CUALITATIVO		X										
2	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR			X									
3	PRIORIZACION DE PROCESOS				X								
4	DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA					X							
5	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO						X						
6	FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO							X					
7	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO								X	X			
8	EVALUACION PLAN MEJORAMIENTO										X	X	
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												X

Dentro del comité se explica que en el mes de marzo seleccionan los procesos a mejorar, teniendo en cuenta el analisis cuantitativo y cualitativo de la vigencia, y posteriormente

	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 11

adelantar la priorización de procesos para el año 2026. Respecto al seguimiento de comités y su periodicidad; al momento del presente comité, se evalúa el cumplimiento oportuno del reporte de las actas de cada uno de ellos.

PLANILLA DE SEGUIMIENTO COMITES ASISTENCIALES														OBSERVACIONES
ITEM	COMITÉ	RESPONSABLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	RESOLUCION
1	Humanización (bimensual)	Líder Humanización		☒		☐		☐		☐		☐	☐	VIGENTE
	GAGAS (bimensual)	Ingeniero ambiental		☐		☐		☐		☐		☐	☐	VIGENTE
2	Hemovigilancia (mensual)	Líder laboratorio	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
	Reactivovigilancia (mensual)	Líder laboratorio	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
3	Ética (mensual)	Líder SIAU	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
4	Referencia y contrareferencia (mensual)	Líder referencia	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
	PROA (mensual)	Epidemiología	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
5	Historias clínicas (mensual)	Medicina auditiva calidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE
	Calidad (mensual)	Dra. Blanca Nubia (Psicóloga)	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VIGENTE

Se espera el reporte en cumplimiento de los comités para finalizar el mes de febrero; Humanización, GAGAS, Hemovigilancia, reactivovigilancia, Ética, referencia y contrareferencia, PROA, Historia Clínica, y Calidad.

Por otra parte, se verifica el cumplimiento del reporte de las actas de autocontrol de equipos primarios, se describen el cumplimiento a la fecha del presente comité las siguientes áreas.

LÍDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MES:											
LÍDER RESPONSABLE	ÁREA	PROFESIONALES DE APOYO CALIDAD 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Dr. FELIX MENDEZ	Química farmacéutica	Dr. CLAUDIA CEDIEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr. NOEMIOÑOZ	Líder Urgencias	Dr. CLAUDIA CEDIEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Líder referencia	Dr. CLAUDIA CEDIEL	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LUCINDA MINU	Control de esterilización	Dr. CAROLINA YASINO - Dr. CINDY ANDRADE	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MAGDA LORENA RINCON	Líder hospitalización	Dr. MONICA FLORES	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CRISTIAN RAMIREZ	Líder facturación	Dr. CARLOS HERIAN MARTINEZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LUZ MERY FERRO	Enfermería Dpto.	Dr. LUJANA PALACIOS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ILSA MARIA TRUJILLO	Líder consulta externa	Dr. AUDREY SORAYA PERA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	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 11

LÍDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MES											
LÍDER RESPONSABLE	ÁREA	PROFESIONALES DE APOYO CALIDAD 2026	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
LUISA FERNANDA CASTAÑEDA	Lider SIAU	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DIEGO FERNANDEZ	Lider imagenologia	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NORIS PEREZ	Lider de pediatria	Dr. MONICA FLOREZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ALICIA LOZANO ESTEBAN	Laboratorio clinico	Dr. LUNA RAMIREZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SINDY SANABRIA	Lider Cirugia	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. CINDY ANDRADE	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MONICA ORTEGA	Lider UCI	Dr. LILIANA PALACIOS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
JULIANA RAMOS	Lider sala partos	Dr. LILIANA PALACIOS	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
YULI MEDINA	call center	Dr. JESSON TRUJILLO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. Áreas con Cumplimiento en Febrero

De acuerdo con los registros visuales, solo tres áreas muestran haber cumplido con el acta de autocontrol correspondiente al mes de febrero:

- ✓ Hospitalización: Bajo la responsabilidad de Magda Lorena Rincón
- ✓ SIAU: Bajo la responsabilidad de Luisa Fernanda Castañeda
- ✓ Cirugía: Bajo la responsabilidad de Sindy Sanabria

2. Áreas con Cumplimiento Solo en Enero

Varias áreas cumplieron con el acta en el primer mes del año, pero aparecen como pendientes para el mes de febrero:

- ↪ Referencia
- ↪ Central de Esterilización
- ↪ Imagenología
- ↪ Sala de Partos

3. Áreas sin Registro de Cumplimiento (Enero y Febrero)

Las siguientes áreas no presentan cumplimiento en ninguno de los dos meses evaluados en las tablas de seguimiento:

— 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: 6 de 11

- Químico Farmacéutico (Dr. Félix Méndez)
- Urgencias (Dr. Noé Muñoz)
- Facturación (Cristian Ramírez)
- Enfermería Dpto. (Luz Mery Fierro)
- Consulta Externa (Elsa María Trujillo)
- Pediatría (Noris Pérez)
- Laboratorio Clínico (Alicia Lozano Esteban)
- UCI (Mónica Ortega)
- Call Center (Yuli Medina)

En este punto se resalta el apoyo técnico: Cada líder de equipo primario cuenta con un profesional de apoyo de calidad asignado llamado "padrino del servicio" (como las doctoras Claudia Cediell, Mónica Flórez, Liliana Palacios, entre otros) para facilitar estos procesos de gestión, se resalta que se brinda el acompañamiento sin embargo el cumplimiento de las actividades planteadas en los comites de autcontrol son responsabilidad de cada lider.

El doctor Carlos, hace referencia a la presentacion de informes de la resolucion 408 los cuales justifica su presentacion mediante los certificados de cumplimiento.



COMITÉ DE GESTIÓN

ÁREA	RESPONSABLE	FECHA
Administración	Dr. Carlos Méndez	25/01/2021
Atención al Paciente	Dr. Noé Muñoz	25/01/2021
Atención Médica	Dr. Félix Méndez	25/01/2021
Atención de Emergencias	Dr. Noé Muñoz	25/01/2021
Atención de Urgencias	Dr. Félix Méndez	25/01/2021
Atención de Pediatría	Dr. Noé Muñoz	25/01/2021
Atención de Laboratorio	Dr. Félix Méndez	25/01/2021
Atención de UCI	Dr. Noé Muñoz	25/01/2021
Atención de Call Center	Dr. Félix Méndez	25/01/2021

COMITÉ DE CALIDAD

INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATO	RESULTADO
Atención al Paciente	Atención al Paciente	100	100
Atención Médica	Atención Médica	100	100
Atención de Emergencias	Atención de Emergencias	100	100
Atención de Urgencias	Atención de Urgencias	100	100
Atención de Pediatría	Atención de Pediatría	100	100
Atención de Laboratorio	Atención de Laboratorio	100	100
Atención de UCI	Atención de UCI	100	100
Atención de Call Center	Atención de Call Center	100	100

	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 11

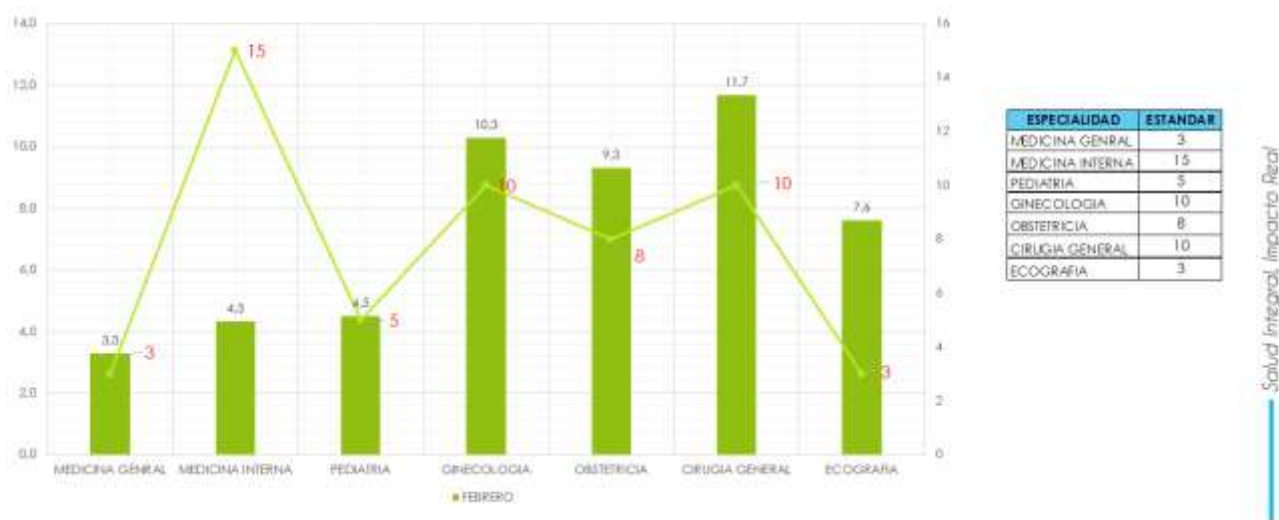
Luego, se presenta el informe de sistemas de informacion para la calidad El Ingeniero Jeisson Alexander Trujillo Suns presentó la siguiente información:

1. Reporte de Oportunidad y Citas (Res. 256 y 1552)

Expuso que varias especialidades se encuentran desbordadas en cuanto a la oportunidad de citas de primera vez, se señala que Ginecobstetricia, Cirugía General, Ecografía y Pediatría están fuera de los estándares de oportunidad



REPORTE DE INDICADORES NORMATIVOS RES.256 DE 2016



En la Res. 1552, añadió que Otorrino y Psicología (esta última con un desborde de 7.9) también presentan dificultades

Comparación con la presentación: Esta información respalda los cuadros de mando donde se busca "terminar la consolidación y actualización de indicadores con cada uno de los líderes" para mejorar estos tiempos.

2. Triage y Urgencias

Lo que dijo: Informó que el cumplimiento en Triage 2 es positivo, con un promedio de 16 minutos en febrero, disminuyendo frente a los 17 minutos de enero, y manteniéndose muy

Salud Integral, Impacto Real

Página: 8 de 11

ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	ESTÁNDAR	MEDIDA
Triage II	17,61	16,46	30	MINUTOS

	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: 9 de 11

4. Estrategia de Mejora vía WhatsApp

Lo que dijo: Resaltó que el uso de WhatsApp ha sido fundamental para disminuir el incumplimiento, ya que facilita la confirmación y cancelación oportuna por parte del usuario. Sin embargo, advirtió que el canal se desborda cuando se abre la agenda, por lo que propuso asignar a una persona dedicada exclusivamente a este medio.

5. Depuración de Tableros de Indicadores

Se explicó el avance en la simplificación de los indicadores institucionales para hacerlos más eficientes.

- Laboratorio Clínico: Se redujeron de 14 a 10 indicadores, integrando la satisfacción del usuario y la oportunidad en reportes.
- Seguridad del Paciente: Los indicadores de caídas y eventos adversos que antes estaban en una matriz normativa de la UCI, ahora se integraron como institucionales para un mejor seguimiento.
- Nuevo Indicador: Se comprometió a desarrollar, junto con ingeniería, un indicador para medir la hora de inicio real de la consulta de los especialistas para combatir la impuntualidad.

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
LIDER DE EQUIPO PRIMARIO	01	Entrega inmediata de actas pendientes de diciembre y enero, así como también de equipos primarios de 2025
JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS	02	- Terminar consolidación y actualización de indicadores con líderes de servicio - Revisar causas de citas canceladas por la institución y personalizar seguimiento

	FORMATO DE ACTA	Fecha: 25/01/2021 Código: MDE-GPDI-GD-F-001 Versión: 02
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Página: 10 de 11
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

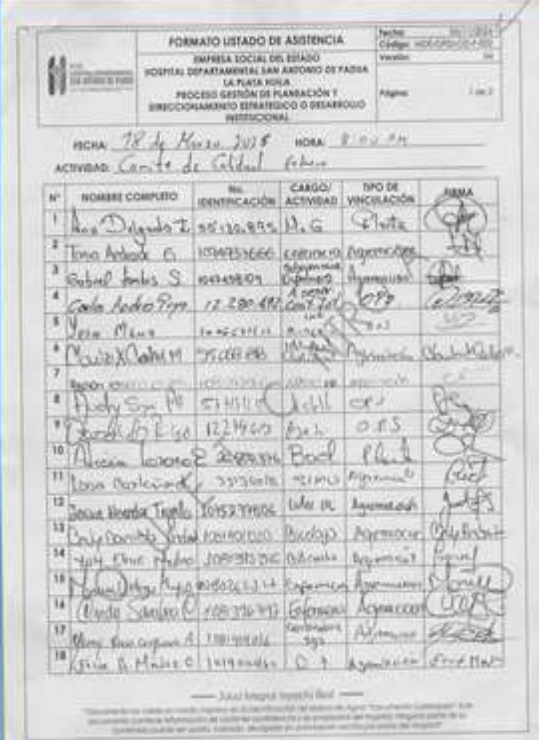
		- Evidenciar avances en el sistema de calidad del laboratorio clínico.
		-

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

8. Anexos, asistencia y evidencias fotográficas.





	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: 11 de 11

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"