

	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
03	15/04/2026	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 MARZO 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. Seguimientos de comités y actas de auto control. 5. Avances en el sistema de gestión de calidad del laboratorio clínico 6. Socialización sistema de información para la calidad. 7. Propositiones y varios 8. Compromisos				

DESARROLLO Y TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN

1. Verificar quórum.

Se inicia reunión a las 08:00 am el día 15 de abril del 2026, en el auditorio del Hospital Departamental San Antonio de Padua, reunión denominada Comité de Calidad mes de marzo 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).

CINDY SANABRIA	ENFERMERA
ELSA MARGARITA TRUJILLO	JEFE ENFERMERA
CRISTIAN RAMIREZ	COORDINACION DE FACTURACIÓN

	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

LILIANA PALACIO	LIDER SEGURIDAD DEL PACIENTE
ANGELICA MARIA LOSADA	SGSST
VIVIAN LORENA ESPITIA	APOYO A EPIDEMIOLOGIA
CAROLINA YASNO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CARLOS HERNAN MARTINEZ	PAMEC
YESID MENA	BIOMEDICO
YENNY ROCIO CERQUERA	COORDINADORA AGREMIACION
TANIA ANDRADE GUARNISO	ENFERMERA
BLANCA NUBIA RODRIGUEZ	ASESORA DE CALIDAD
ANA DELGADO	PLANTA
MARIA EDIT FIESCO	ENFERMERA
ALICIA LOZANO	BACTERIOLOGA
YULY ELCIRA MEDINA	COORDINADORA CALL CENTER
YOLANDA BAUTISTA A	APOYO PROFESIONAL
CARLOS ANDRES PUYO	ASESOR CONTROL INTERNO
SUSANA ACOSTA	ENFERMERA
JULIANA RAMOS CABRERA	ENFERMERA
MONICA ORTEGA HOYOS	ENFERMERA
CLAUDIA CEDIEL	MEDICA AUDITORA CALIDAD
CINDY LORENA GUIJO	MEDICA CONCURRENCIA
FELIX RENSO	QUIMICO
OSWALDO RUBIO	ASESOR
DIEGO FERNANDEZ	TEC RADIOLOGIA
YEINDALY HERNDEZ IBARRA	BIOMEDICA
CARLOS USECHE	ING.AMBIENTAL
GABRIEL LOMBIS S	SUBGERENCIA – ENFERMERO
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 14

2. Compromisos anteriores

COMPROMISOS ANTERIORES			
COMPROMISOS PROGRAMADOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN
Iniciar con la presentación de informes por servicio.	Líderes de proceso	MAYO	EN EJECUCIÓN
Seguimiento al plan de mejora auditoria laboratorio clínico Res. 1619 del 2025.	Líder de proceso	JUNIO	EN EJECUCIÓN
Avanzar en la revisión de los indicadores institucionales por áreas.	Líder de SIC / Líder del servicio	JUNIO	EN EJECUCIÓN

3. SOCIALIZACION AVANCES PAMEC

La socialización del estado actual de la Ruta Crítica del PAMEC 2026 destaca que la institución ha avanzado conforme al cronograma establecido, situándose actualmente en la transición hacia la priorización de intervenciones la doctora Blanca Rodriguez Sanz habla de puntos clave de avance y detalla cada uno de ellos en difirentes fases, Una fase inicial que resalta para el mes de marzo es que se completó con éxito la etapa de selección de procesos a mejorar. Esto se logró tras finalizar la autoevaluación institucional realizada con los líderes de cada área.

Por otra parte, los resultados de la autoevaluación que se realizaron en el ejercicio de autoevaluación de acreditación se analizaron un total de 135 estándares, de los cuales se seleccionaron 64 procesos para ser intervenidos y mejorados durante la vigencia.

- **Áreas Intervenidas:** Los procesos seleccionados incluyen componentes de los estándares de derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, así como procesos de direccionamiento, gerencia y gestión de la tecnología, entre otros.
- **Próximos Pasos:** El compromiso para el mes de abril es iniciar la Priorización de Procesos¹. Para esto, el equipo de calidad se reunirá con cada líder de proceso (tanto asistenciales como administrativos) para definir formalmente el estándar a trabajar y establecer la acción de mejoramiento correspondiente.

	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

		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												
4	DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA												
5	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO												
6	FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
7	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
8	EVALUACION PLAN MEJORAMIENTO												
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												

Con la exposicion de la información en el presente comité se aclara quela ruta crítica ya ha superado las etapas de autoevaluación e informe cualitativo, enfocándose ahora en trabajar de la mano con los líderes para definir la "calidad esperada" y la medición inicial del desempeño.

4. SEGUIMIENTO A COMITES ASISTENCIALES Y ACTAS DE AUTOCONTROL

El cumplimiento respecto a la realización de los comités asistenciales y la entrega de actas de autocontrol presenta un panorama de ejecución parcial, con un llamado urgente a la regularización del envío de soportes documentales.

A continuación, se detalla el estado de cumplimiento, según se presenta en el comité.

a) Seguimiento a Comités Asistenciales

El monitoreo institucional revela que, aunque los comités se están realizando, existe un retraso significativo en la recepción de las actas en la oficina de calidad.

Comités al día: Solo el comité de PROA (mensual) y los de carácter bimestral o trimestral como Humanización, GAGAS e IAMI muestran un registro completo de actas hasta marzo de 2026.

	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

Comités con pendientes: Procesos críticos como Hemovigilancia, Reactivovigilancia, Calidad y Referencia solo han reportado el acta de enero, teniendo pendientes las de febrero y marzo.

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

PLANILLA DE SEGUIMIENTO COMITES ASISTENCIALES														
ITEM	COMITÉ	RESPONSABLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE RESOLUCION
6	Violencia sexual y género (bimensual)	Dra. CINDY DANIELA ANDRADE		X										VIGENTE
	Seguridad del Paciente (mensual)	Líder seguridad al paciente	X	X										ACTUALIZAR
7	COVE (mensual)	Epidemiología	X											VIGENTE
	Infecciones (mensual)	Epidemiología	X											VIGENTE
8	Farmacovigilancia (mensual)	Líder farmacia	X	X										VIGENTE
	Tecnovigilancia (mensual)	Líder farmacia	X	X										VIGENTE
9	Emergencias y desastres (trimestral)	Líder seguridad en el trabajo												ACTUALIZAR
	IAMI (trimestral)	Líder IAMI			X									VIGENTE

Necesidad de actualización normativa: Se identificó que las resoluciones de los comités de Seguridad del Paciente y Emergencias y Desastres deben ser actualizadas.

	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 14

Se enfatizó que, por instrucción de la gerencia, no se pueden cancelar los comités programados y se debe respetar estrictamente el cronograma establecido para evitar la acumulación de pendientes en abril.

b) Actas de Autocontrol (Equipos Primarios de Mejoramiento)

Este proceso busca que cada servicio realice una reunión mensual para evaluar su desempeño bajo un paso a paso estandarizado.

LÍDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MESES DEL AÑO 2026											
LÍDER RESPONSABLE	ÁREA	PROFESIONALES DE APOYO CALIDAD 2026	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Dr. FELIX MENDEZ	Químico farmacéutico	Dr. CLAUDIA CEDIEL												
Dr. NOE MUÑOZ	Líder Urgencias	Dr. CLAUDIA CEDIEL												
JEFE TANIA ALEJANDRIA	Líder referencia	Dr. CLAUDIA CEDIEL	X											
LUCINDA MINU	Central de esterilización	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. CINDY ANDRADE	X											
MAGDA LORENA RINCON	Líder hospitalización	Dr. MONICA FLOREZ	X	X	X									
CRISTIAN RAMIREZ	Líder lactación	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X										
JEFE MARIA EDITH FRESCO	Enfermería Dpto.	Dr. LILIANA PALACIOS												
ELSA MARIA TRIJILLO	Líder consulta externa	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	X	X										

LÍDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MESES DEL AÑO 2026											
LÍDER RESPONSABLE	ÁREA	PROFESIONALES DE APOYO CALIDAD 2026	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
LUISA FERNANDIA CASTAÑEDA	Líder SIAU	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X	X									
DIEGO FERNANDEZ	Líder imagenología	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	X	X										
NORIS PEREZ	Líder de pediatría	Dr. MONICA FLOREZ												
ALICIA LOZANO ESTEBAN	Laboratorio clínico	Dr. LUNA RAMIREZ	X											
SINDY SANABRIA	Líder Cirugía	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. CINDY ANDRADE	X	X										
MONICA ORTEGA	Líder UCI	Dr. LILIANA PALACIOS	X	X										
JULIANA RAMOS	Líder sala partos	Dr. LILIANA PALACIOS	X	X										
YULI MEDINA	call center	Dr. JEISSON TRIJILLO	X	X	X									

	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

Se detalla el estado de entrega, en donde se evidencia que las áreas de Hospitalización, SIAU y Call Center registran un cumplimiento óptimo con las tres actas correspondientes al primer trimestre (enero-marzo). Otros servicios como Facturación, Cirugía, Sala de Partos y UCI han entregado hasta febrero, mientras que áreas como Laboratorio y Esterilización solo registran enero.

Se recuerda que la estrategia de fortalecimiento del hospital la cual busca involucrar activamente a la Jefe del Departamento de Enfermería para que lidere las reuniones mensuales con los jefes de cada servicio asistencial. El objetivo es asegurar la entrega de las 12 actas anuales obligatorias por servicio.

Se habla que cada servicio cuenta con un "padrino" o profesional de apoyo de calidad (como los doctores Claudia Cediel, Liliana Palacios o Mónica Florez) para facilitar la elaboración de estas actas, que suelen ser extensas.

Compromiso

Se solicitó a los líderes de proceso que no dejen acumular los reportes y que las actas enviadas incluyan siempre los compromisos y seguimientos pactados en cada sesión.

5. AVANCES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO

En el presente comité la doctora Blanca Nubia socializa el avance que ha tenido la doctora Luna, esto referente al seguimiento a hallazgos de la Auditoría Resolución 1619 de 2025. Se presentó el estado de cumplimiento de los hallazgos identificados, categorizados por su nivel de ejecución:

Muestra en la presentación del comité aspectos importantes como logros alcanzados, los procesos que se encuentran en ejecución y lo que hace falta por lograr.

Los detalla de la siguiente manera

Logros Alcanzados (Verde):

- Vinculación de Talento Humano: Se cuenta con una Bacterióloga Especialista en Gestión y Aseguramiento de la Calidad (Dra. María Luna Ramírez) para liderar el SGC del laboratorio.
- Gestión Documental y Riesgos: Se elaboró e implementó la matriz y mapa de riesgos, además de la creación del formato de compromiso de confidencialidad y el registro de

	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

control de temperatura y humedad (pendientes de codificación).

En Ejecución (Amarillo)

- Políticas y Manuales: Se trabaja en una política de calidad específica para el laboratorio, alineada al plan de desarrollo institucional.
- Bioseguridad: Está en proceso la autoevaluación de los estándares de bioseguridad, biocustodia y biocontención (las "3 Bs"), la cual consta de 90 ítems y requiere trabajo articulado con las áreas de SST y Gestión Ambiental.

Pendientes (Rojo):

- Inducción y Reinducción: Falta elaborar el manual específico para el seguimiento al desempeño técnico del personal de laboratorio.
- Participación en Compras: Se requiere formalizar la participación técnica del laboratorio en la evaluación para la compra de insumos y reactivos, asegurando que su concepto técnico sea vinculante.

Adicionalmente, habla sobre los desafíos de Infraestructura y Cumplimiento Complejo Se identificaron necesidades críticas que impactan la habilitación y la calidad:

- Equipamiento: Urgencia en la adquisición de una cabina de bioseguridad para microbiología (costo estimado de \$35 millones).
- Espacios: El área actual es limitada para el almacenamiento de reactivos y para asegurar la integridad de las muestras, lo que requiere un proyecto de ampliación.
- Transporte de Muestras: Se presenta dificultad para contratar un servicio especializado y certificado para el transporte de muestras en la región, por lo que se reforzará el cumplimiento estricto del embalaje normativo.
- Indicadores y Gestión de la Información (SIC) Se reorganizaron y unificaron los indicadores para mejorar el reporte: Se incluyeron nuevos indicadores de satisfacción del usuario y porcentaje de errores en digitación. Igualmente, se implementó el protocolo y formato para el registro de resultados críticos, con el fin de garantizar la comunicación efectiva con los servicios asistenciales.

Se muestra y evidencia el Informe de Novedades Técnicas - Marzo 2026 El área de microbiología reportó inconvenientes que afectaron la oportunidad de los resultados esto

	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 14

obedece a las causas que se relacionan a continuación:

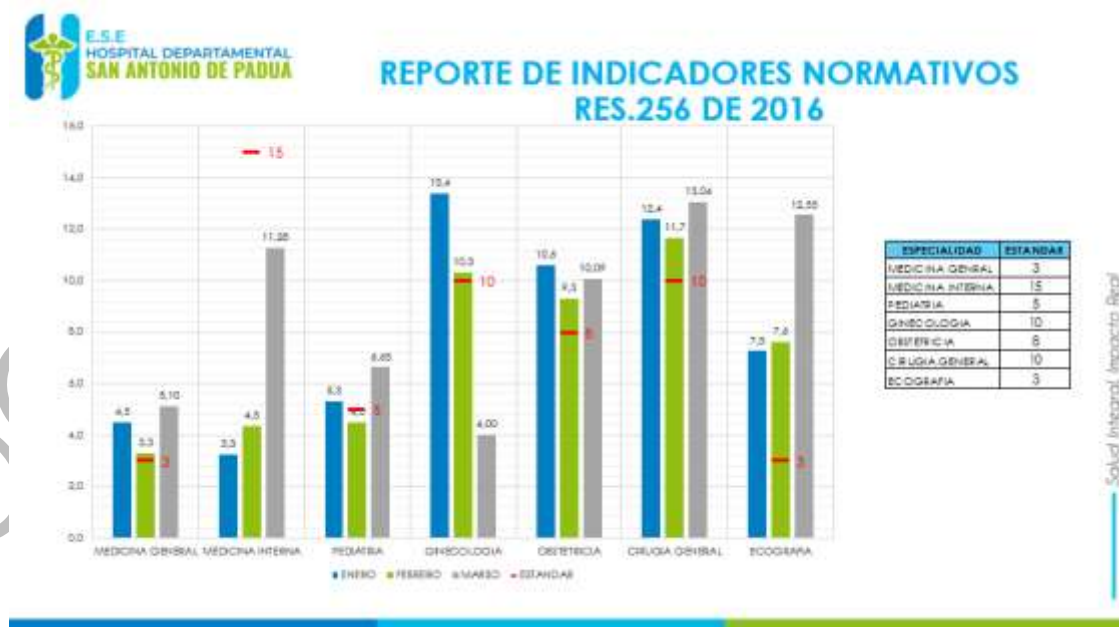
- Fallas en equipos: El equipo VITEK 2.0 presentó fallas por red eléctrica el 11 de marzo, y el equipo DENSICHECK estuvo fuera de servicio del 20 al 24 de marzo.
- Impacto: Estas fallas generaron demoras en el reporte de cultivos y urocultivos, además de costos adicionales para la institución al tener que mantener las cepas vivas durante la inoperatividad.
- Acción: Se elevará un requerimiento al proveedor para garantizar soporte técnico las 24 horas, conforme a las obligaciones contractuales

6. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

Dentro del presente comité hace presencia el líder SIC para socializar los avances referentes a los reportes de indicadores y los cuadros de mando institucionales. Se detallan de la siguiente manera.

Reporte de Indicadores Normativos (Resolución 256 de 2016)

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.



	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

Oportunidad en Especialidades (Resolución 1552 de 2013) En cuanto a la asignación de citas (incluyendo controles), se destacan los siguientes hallazgos:

- Cumplimiento Positivo: Ortopedia muestra una variación positiva, logrando estar dentro del estándar.
- Especialidades Críticas: Otorrinolaringología reporta 15.5 días de espera, mientras que Urología y Ginecología también presentan desbordamiento en la oportunidad.

Gestión de Citas y Ausentismo

- Citas Canceladas: En marzo se cancelaron 356 citas. De estas, 315 fueron canceladas por el usuario y 41 por la institución. Las causas institucionales principales incluyen reprogramación interna (24 casos) y errores del agente (5 casos).
- Inasistencia a Citas: Se registra un alto índice de incumplimiento por parte de los usuarios, liderado por Medicina General (25.75%), Obstetricia (11.18%) y Anestesiología (10.38%).
- Acción Preventiva: Debido a la inasistencia de gestantes y recién nacidos a sus controles, se determinó realizar un reporte estricto al ente territorial (con copia al área técnica) para salvaguardar la responsabilidad institucional ante posibles eventos adversos.

Por otra parte, se explica el avance de nuevos Indicadores de Gestión Tecnológica (Biomédica) Para fortalecer el cuadro de mando, se incorporaron cuatro indicadores específicos para el proceso de mantenimiento de equipos biomédicos: Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo. Oportunidad en la resolución de mantenimientos correctivos. Tasa de disponibilidad operativa de equipos críticos, porcentaje de equipos con hoja de vida actualizada y verificación metrológica vigente.

Dentro del comité también se hacen observaciones Técnicas y de sistemas en donde se discutió la necesidad de depurar la información generada por el software "Dinámico", ya que se han detectado errores en la marcación de citas (ej. pacientes no gestantes marcadas erróneamente en la ruta obstétrica) y confusión entre ecografías y consultas de especialidad.

	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 14

Compromisos del área:

- Investigar la causa raíz del aumento en los tiempos de espera para Medicina General.
- Citar a una reunión técnica con Sistemas, Facturación y los líderes de proceso para corregir las fallas en el reporte de inasistencias y marcación de rutas de atención.
- Avanzar en la definición de indicadores para los procesos de Referencia y Farmacia para el próximo comité

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.

7. 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.

8. Compromisos

RESPONSABLE	No.	COMPROMISO
	01	Estandarizar el formato y cronograma para la presentación de informes mensuales de productividad de los servicios asistenciales
	02	Seguimiento al Plan de Mejora de Laboratorio Clínico (Res. 1619 de 2025) y cierre de hallazgos pendientes
	03	Revisión técnica de estándares de bioseguridad y biocontención en el laboratorio clínico
	04	Iniciar la fase de Priorización de Procesos del PAMEC 2026, definiendo estándares y acciones de mejora con cada área
	05	Garantizar el cumplimiento del cronograma de comités asistenciales sin permitir cancelaciones
	06	Realizar el reporte de inasistencia de gestantes y recién nacidos al ente territorial con copia a Calidad y área técnica

— 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: 12 de 14

	07	Analizar e investigar la causa raíz del aumento de los días de espera en la oportunidad de Medicina General
	08	Depuración y corrección del sistema "Dinámico" para evitar errores en la marcación de rutas y tipos de citas
	09	Definir y avanzar en los indicadores institucionales para las áreas de Referencia y Farmacia

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

— 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

Anexos, asistencia y evidencias fotográficas.

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA					Fecha: 05/11/2024
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					Código: MDE-GPDI-GD-F-002
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA					Versión: 04
LA PLATA HUILA					Página: 2 de 2
PROCESO GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL					
FECHA: 75 de Abril 2026					HORA:
ACTIVIDAD: Cate de Salud Hilo					
N°	NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Quirica Sandoval	108139677	Enfermera	Agrupación	[Firma]
2	Elva Haranto Tostan	36380246	Enfermera	Agrupación	[Firma]
3	Carla Ramirez	1081405379	Enfermera	Agrupación	[Firma]
4	Liliana Polanco	1023880230	Enfermera	Agrupación	[Firma]
5	Angelica M. Lopez	26 921 376	Enfermera	CTD	[Firma]
6	Viviana Lopez Cepeda	1081397040	Enfermera	Agrupación	[Firma]
7	Mercedes Rodriguez	36384035	Enfermera	(Administrativa)	[Firma]
8	Carla Hanna Kato	17297547	PAE	Agrupación	[Firma]
9	Yara Maria	1006674612	Enfermera	OPS	[Firma]
10	Yany Rose Capota A	108140516	Enfermera	Agrupación	[Firma]
11	Carla Rodriguez	108139677	Enfermera	Agrupación	[Firma]
12	Paula Rosa Rodriguez	108140516	Enfermera	Agrupación	[Firma]
13					
14					
15					
16					
17					
18					

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"

	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

DOCUMENTO CONTROLADO

— 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"