

	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 17

No. DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
04	20/05/2026	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 ABRIL DEL 2026. SOCIALIZANDO EL AVANCE DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL SOGCS. REALIZAR SOCIALIZACION DE LA PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ESTANDARES DE ACREDITACION PAMEC				
RESPONSABLE:	BLANCA NUBIA RODRIGUEZ/ JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS / CARLOS HERNAN MARTINEZ EMBUS				
AGENDA:	1. Verificar quórum. (Asistentes) 2. Compromisos anteriores 3. Socialización de la priorización oportunidades de mejora estándares de acreditación PAMEC 4. Seguimientos de comités y actas de auto control. 5. Socialización sistema de información para la calidad. 6. Propositiones y varios 7. Compromisos				

DESARROLLO Y TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN	
1. Verificar quórum. Se inicia reunión a las 09:00 am el día 20 de mayo del 2026, en el auditorio del Hospital Departamental San Antonio de Padua, se da inicio con el comité de calidad mes de abril 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

	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 17

ELSA MARGARITA TRUJILLO	JEFE ENFERMERA
CRISTIAN RAMIREZ	COORDINACION DE FACTURACIÓN
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

	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 17

AUSENTES	

2. Compromisos anteriores

COMPROMISOS ANTERIORES			
COMPROMISOS PROGRAMADOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN
Estandarizar el formato y cronograma para la presentación de informes mensuales de productividad de los servicios asistenciales.	Líder del proceso, Coordinadora de enfermería	19 de mayo	En ejecución
Seguimiento al Plan de Mejora de Laboratorio Clínico (Res. 1619 de 2025) y cierre de hallazgos pendientes	Líder del proceso, Asesora de laboratorio	19 de mayo	cerrado
Revisión técnica de estándares de bioseguridad y bio contención en el laboratorio clínico.	Líder del proceso,	19 de mayo	cerrado
Iniciar la fase de Priorización de Procesos del PAMEC 2026, definiendo estándares y acciones de mejora con cada área.	líder del proceso, Líder de PAMEC	19 de mayo	cerrado
Garantizar el cumplimiento del cronograma de comités asistenciales sin permitir cancelaciones.	líder del proceso, líder de Calidad	19 de mayo	cerrado
Realizar el reporte de inasistencia de gestantes y recién nacidos al ente territorial con copia a Calidad y área técnica	líder del proceso, Centro de atención telefónica	19 de mayo	cerrado
Analizar e investigar la causa raíz del aumento de los días de espera en la oportunidad de Medicina General	líder del proceso, Call center	19 de Mayo	cerrado

	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 17

Depuración y corrección del sistema "Dinámica" para evitar errores en la marcación de rutas y tipos de citas	líder del proceso, Call center	19 de Mayo	cerrado
Definir y avanzar en los indicadores institucionales para las áreas de Referencia y Farmacia.	Líder de indicadores de calidad (Yeisson Trujillo) líder de referencia y de farmacia	19 de Mayo	cerrado

3. SOCIALIZACION PRIORIZACION OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE ACREDITACION PAMEC

La ruta crítica del PAMEC 2026 sigue un cronograma estructurado que abarca todo el año, encontrándose actualmente en la fase de Priorización oportunidades de mejora, El avance programado es el siguiente:

- Enero: Autoevaluación 2025.
- Febrero: Informe cualitativo.
- Marzo: Selección oportunidades de mejora.
- Abril (Fase Actual): Priorización oportunidades de mejora.
- Mayo - Junio: Definición de la calidad esperada.
- Junio: Medición inicial del desempeño.
- Julio: Formulación del plan de mejoramiento.
- Agosto - Septiembre: Ejecución del plan de mejoramiento.
- Octubre - Noviembre: Evaluación del plan de mejoramiento.
- Diciembre: Aprendizaje organizacional.

	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: 5 de 17



RUTA CRITICA PAMEC- 2026

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		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												
5	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO												
6	FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
7	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
8	EVALUACION PLAN MEJORAMIENTO												
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												

Salud Integral, Impacto Real

En la priorización de oportunidades de mejora quedan para trabajar 21 estandar durante la vigencia 2026, estos estandares priorizados son a aquellos que en la autoevaluación obtuvieron un apuntuación baja, y otros que no se están realizando y que se identificó que son procesos nuevos que de todas maneras debemos de incorporar y de trabajar con los líderes de áreas, a continuación se adjuntan y se describen por procesos para que cada líder tenga pleno conocimiento de su proceso,

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 17

		
GRUPO	CÓDIGO	PRIORIZACIÓN OPORTUNIDADES DE MEJORA / VIGENCIA 2026
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Estándar 1. Código: (AsDP1)	Garantizar el despliegue de los derechos y deberes por parte de la oficina de atención al usuario a todos los colaboradores de la institución independiente el tipo de contratación, incluyendo servicios tercerizados, así como los usuarios y sus familias.
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Estándar 5. Código: (AsSP1)	Teniendo en cuenta que se cuenta con la política de seguridad del paciente debidamente actualizada según la normatividad vigente, es importante socializar con todo el personal de la institución, por tal razón se debe de crear una estrategia de socialización, la cual ayude a llegar a un buen número de personal capacitado, que se logre concientizar y sensibilizar frente a la importancia de la seguridad del paciente; para ello es importante recordar que debe de quedar soportes que demuestren la realización del proceso, como son actas, videos, dispositivas, etc.
ACCESO	Estándar 3. Código: (AsAC1)	Debido a que se cuenta con el nuevo protocolo de acceso por el área de urgencias, es importante que sea socializado en primer lugar con todo el personal de urgencias quienes son los que más reciben usuarios y en condiciones complejas de salud, pero también es importante que el resto del personal del hospital conozca del protocolo y que ayuden a garantizar la accesibilidad sin barreras.
REGISTRO E INGRESO	Estándar 18. Código: (AsREG2)	Continuar brindando la información personalizada verbal, escrita, y otros medios posibles a través del equipo orientador del SIAU, para lo cual deben de dejar soportes como evidencias.
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES AL INGRESO.	Estándar 20. Código: (AsEV1)	Teniendo en cuenta que se cuenta con el protocolo evaluación integral de necesidades en urgencias (físicas, psicológicas, educativas, socioeconómicas), es necesario realizar la socialización con el personal asistencial de la entidad e involucrar al personal que apoye en atención al usuario.
PLANEACION DE LA ATENCIÓN	Estándar 33. Código: (AsPL11)	Fortalecer en todo el talento humano de la organización (administrativo y asistencial) la política de atención humanizada, la responsabilidad y compromiso del enfoque institucional que nos permita avanzar a un trato humano y digno a los usuarios, familia, comunidad atendida y entre los mismos funcionarios.
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Estándar 44. Código: (AsEJ4)	Avanzar en el proceso de capacitación con el equipo de salud, en la de identificación, notificación e intervención de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual."Protocolos, guías, documentos, etc".
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	Estándar 48. Código: (AsEVA2)	Continuar realizando el monitoreo y análisis de los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas, reclamos, identificar lo positivo para resaltarlo dentro del grupo de funcionarios, lo negativo se levanta plan de mejora y se debe de realizar seguimiento al mejoramiento de los indicadores.
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Estándar 51. Código: (AsSAL1)	Avanzar en el medición del proceso de egreso del paciente, validando oportunidad de todos los servicios involucrados asistenciales y administrativos, satisfacción del usuario y su familia, plan de cuidado al egreso, enlace con EAPB y lo demás requerido en el estándar.
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Estándar 53. Código: (AsREF1)	revisar los protocolos, guías, documentos, manuales, que estén actualizados según la normatividad vigente, verificar que efectivamente se apliquen en el proceso de referencia.
DIRECCIONAMIENTO	Estándar 77. Código: (DIR 2)	Debido a que se evidencia dificultad en la difusión del plan estratégico al talento humano, lo que genera desconocimiento de objetivos institucionales, es necesario fortalecer estrategias que ayuden a llegar con la información del plan estratégico y que sea comprendido el personal.
GERENCIA	Estándar 102. Código: (GER.13)	Se evidencia que no existe documentación que den lineamientos a la planeación, desarrollo y evaluación en relación con docencia del servicio, por tal motivo es indispensable que se elaboren los documentos según los criterios del estándar y la normatividad vigente.
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	Estándar 104. Código: (GER.13)	Teniendo en cuenta que se cuenta con el instrumento de medición de la satisfacción del personal que labora en la entidad, se aplicó en su debido momento pero no se cuenta con la tabulación, ni se cuenta con el resultado de los indicadores de satisfacciones necesario crear una estrategia que sea efectiva y que se logre generar dentro de la vigencia actual los resultados para que se tomen las medidas correctivas según lo que arrojen los resultados.
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	Estándar 117. Código: (TH14)	Implementar un proceso sistémico que coordine la relación docencia - servicio, el cual responda a los criterios del estándar en cuanto a la viabilidad de los convenios con las entidades de educativas.
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	Estándar 118. Código: (TH15)	Debido a que no se cuenta con documentos como guías, protocolos, manuales, que nos ayude a realizar seguimiento, supervisión, asesoría, análisis, relacionados con el acompañamiento al personal en las practicas formativas durante el contacto directo con el paciente.
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	Estándar 119. Código: (TH15)	se debe de elaborar un documento que estandarice el número de personas en prácticas formativas, y que garantice el respeto de los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	Estándar 123. Código: (GAF3)	Realizar sistemáticamente la evaluación del impacto ambiental teniendo en cuenta los procesos de gestión ambiental y cultura ecológica establecidos en la entidad
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	Estándar 125. Código: (GAF5)	fortalecer la capacitación con los usuarios y familiares, esto debido a que son personas que rotan diariamente y desconocen las salidas de emergencias, puntos de encuentro, señales de emergencia, entre otras.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 136. Código: (GT5)	Fortalecer y garantizarse las medidas de contingencia necesarias en equipos biomédicos y dispositivos, para garantizar la continuidad de los servicios

El compromiso inmediato es que el líder de PAMEC se reúna con cada uno de los líderes de los procesos mencionados para definir las acciones de mejora que quedarán formalmente dentro de la priorización. Se solicitó a los líderes disposición de tiempo para concretar estas actividades, ya que este PAMEC será la base para la evaluación de la gestión del Gerente al finalizar el año.

En el seguimiento de los comités asistenciales, se enfatizó la necesidad de cumplir estrictamente con el cronograma establecido, ya que la gerencia es "demasiadamente estricta" con las fechas y no permite cancelaciones. Durante la reunión se presentó un tablero de control (planilla de seguimiento) con los siguientes resultados para el mes de abril:

	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: 8 de 17



SEGUIMIENTO COMITES ASISTENCIALES

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 (bimestral)	Dra. CINDY DAMELA ANDRADE (psicóloga)		X											VIGENTE
	Seguridad del Paciente (bimestral)	Lider seguridad al paciente	X	X	X										NO VIGENTE
7	COVE (bimestral)	Epidemiología	X	X	X										VIGENTE
	Infecciones (bimestral)	Epidemiología	X	X	X										VIGENTE
8	Farmacovigilancia (bimestral)	Lider farmacia	X	X	X										VIGENTE
	Tecnovigilancia (bimestral)	Lider farmacia	X	X	X										VIGENTE
9	Emergencias y desastres (trimestral)	Lider seguridad en el trabajo													NO VIGENTE
	IAW (trimestral)	Lider IAW			X										VIGENTE

- Comités al día (Verde): Hemovigilancia, Reactivovigilancia, Ética y PROA.
- Comités pendientes o incumplidos (Rojo): GAGAS, Referencia y Contrarreferencia, Historias Clínicas, Calidad, Violencia Sexual y Género, Seguridad del Paciente, COVE, Infecciones, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- Situaciones específicas: Se aclaró que comités como Seguridad del Paciente, COVE, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia estaban programados para realizarse entre el día de la reunión y el día siguiente. La urgencia de completar estas actas era alta debido a una auditoría presencial externa programada para el día posterior al comité.

Actas de Autocontrol (Equipos Primarios de Mejoramiento)

LIDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MESES DEL AÑO 2026											
LIDER RESPONSABLE	AREA	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	X	X	X									
Dr. NOE MUÑOZ	Lider Urgencias	Dr. CLAUDIA CEDIEL												
JEFE TANIA ALEJANDRA	Lider referencia	Dr. CLAUDIA CEDIEL	X											
LUCINDA MINU	Central de esterilización	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. CINDY ANDRADE	X	X	X	X								
MAGDA LORENA RINCON	Lider hospitalización	Dr. MONICA FLOREZ	X	X	X	X	X							
CRISTIAN RAMIREZ	Lider facturación	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X										
JEFE MARIA EDITH FIESCO	Enfermería Dpto.	Dr. LILIANA PALACIOS												
ELSA MARIA TRUJILLO	Lider consulta externa	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	X	X										
LUISA FERNANDA CASTAÑEDA	Lider SIAU	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X	X	X								

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: 9 de 17

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
DIEGO FERNANDEZ	Líder imagenología	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	x	x	x									
NORIS PEREZ	Líder de pediatría	Dr. MONICA FLOREZ		x	x									
ALICIA LOZANO ESTEBAN-	Laboratorio clínico)	Dr. LUNA RAMIREZ			x									
SINDY SANABRIA	Líder Cirugía	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. CINDY ANDRADE	x	x	x	x								
MONICA ORTEGA	Líder UCI	Dr. LILIANA PALACIOS	x	x										
JULIANA RAMOS	Líder sala partos	Dr. LILIANA PALACIOS	x	x	x	x								
YULI MEDINA	call center	Dr. JEISSON TRUJILLO	x	x	x	x								

En cuanto al seguimiento de las actas de autocontrol (reuniones mensuales que cada líder realiza con su equipo de trabajo), se reportó un estado crítico con muchos servicios en rojo por no haber enviado los documentos o no haber realizado las reuniones. Los puntos clave discutidos fueron:

- Uso de formatos incorrectos: El servicio de Urgencias presentó sus actas en un formato inadecuado que debe ser cambiado. Por otro lado, el equipo del Dr. Noé realiza las reuniones pero utiliza un formato propio que debe migrarse obligatoriamente al formato institucional de calidad.
- Gestión de los líderes: Se mencionó que algunos líderes, como Cristian, realizaron reuniones hace semanas pero no han enviado el acta correspondiente. En contraste, se resaltó el compromiso de la UCI y Laboratorio, quienes han sido "juiciosos" y están al día.
- Participación de los "padrinos de calidad": Se hizo un llamado vehemente a los líderes para que inviten a los padrinos de calidad a estas reuniones de autocontrol. Su función es apoyar en la actualización de documentos, análisis de indicadores y reportes, pero se reportó que en ocasiones no son invitados o los padrinos no asisten, lo que dificulta el proceso de mejora continua.

Gestion del laboratorio clinico

La presentación del Comité de Calidad del Laboratorio Clínico, elaborada por María Luna Ramírez Hoyos en su rol de apoyo a calidad, reporta los avances del SGC frente a los hallazgos de la visita de la Secretaría de Salud 2025 bajo la Resolución 1619:2015. De 20 ítems identificados, 9 fueron subsanados, 5 están en proceso y 6 permanecen pendientes por requerir inversión institucional. Se consolidaron 13 acciones implementadas, incluyendo la elaboración de 6 documentos y

— 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: 10 de 17

formatos nuevos, 6 acciones de seguimiento y control, y 3 iniciativas de cultura y articulación con el equipo. Adicionalmente, se presentan los resultados de la autoevaluación con la herramienta BBB-INS (BSL-2): de 90 ítems evaluados, los cuales también ya fueron socializados en gerencia.

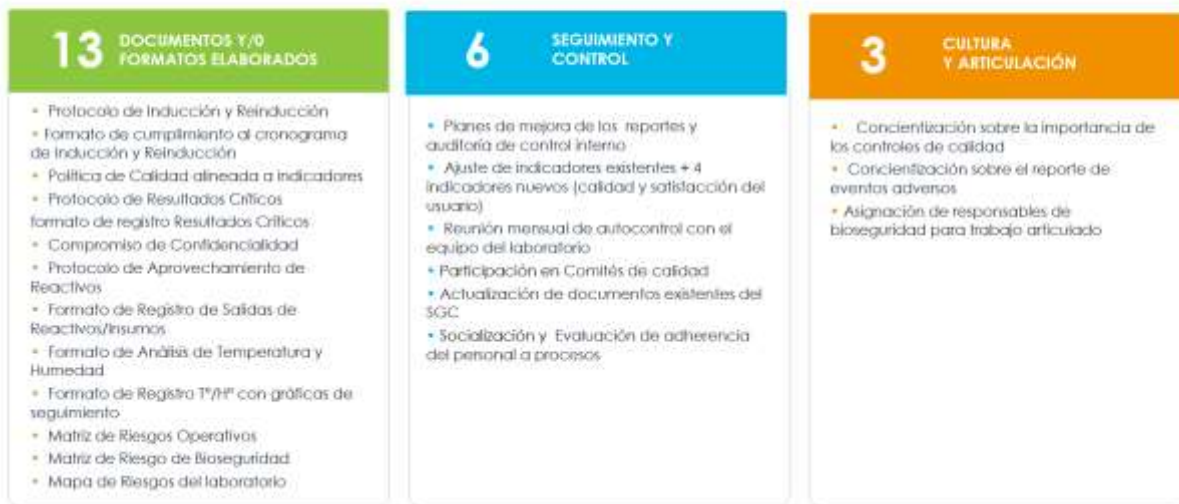
 Plan de mejora · Resolución 1619:2015 Huitzungos vivita Secretario de Salud 2023		
✓ SUBSANADOS 7 ítems • Profesional que cumple con el perfil para manejar el SGC. • Manual de Inducción y Reinducción. • Matriz de riesgos operativos y bioseguridad. • Mapa de riesgos del laboratorio coherente con la matriz. • Modificación Formatos T^a y H^a. • Formato de análisis T^a y H^a con gráficos para su seguimiento. • Formato de confidencialidad. • Indicadores de calidad y satisfacción del usuario. • Política de calidad con objetivos alineados a los indicadores, algunos ya existentes y otros se nuevas. • Aplicación de la autoevaluación herramienta BBB.	● EN PROCESO 5 ítems • Actualización de documentos existentes. • Socialización de documentos con el personal. • Evaluaciones de adherencia a procesos. • Diseño de trazabilidad para soporte de oportunidad de los exámenes que se remiten. • Documento de tecnología de la información propio del laboratorio.	⏸ PENDIENTE 6 ítems • Cabina de Bioseguridad. • Espacios adecuados de almacenamiento de reactivos e insumos. • Espacio y dotación adecuados para asegurar la integridad de todo tipo de muestras. (1 Nevera no cumple). • Servicio especializado para el transporte de muestras. • Evidencia de participación del laboratorio en la evaluación técnica de compra de insumos, reactivos, materiales y servicios. • Implementación en el software del laboratorio el reporte de la técnica y el par validador en los resultados.

	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 17



Consolidado de Avances

Acciones implementadas para fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad del laboratorio



Salud Integral, Impacto Real



Autoevaluación Herramienta BBB – INS (BSL-2)

LINEAMIENTOS NACIONALES DE BIOSEGURIDAD PARA LOS LABORATORIOS DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS MinSalud 2022
[Lineamientos de Bioseguridad y Biocontención](#)



Desglose de los 41 ítems en NO CUMPLE



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: 12 de 17

5. 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.

Oportunidad en la Asignación de Citas

- **Medicina General:** Se aclaró que existió un error de digitación previo que mostraba datos erróneos (cercanos a 11 días); la cifra real de abril fue de 2.04 días, cumpliendo con la meta de 3 días.
- **Especialidades (Res. 256):** De 7 especialidades medidas, solo Medicina Interna (6.6 días) cumplió la meta. El 86% de las especialidades superan la meta con un exceso promedio de 5.3 días.
- **Especialidades (Res. 1552):** De las 16 ofertadas, solo 4 cumplieron la meta (25%). Se resaltó que Ginecología está "disparada" con 14.7 días (meta: 10) y Urología se mantiene en 21 días.
- **Cumplimiento positivo:** Nutrición Clínica (6.4 días), Trabajo Social (3.3 días) y Psicología (4.7 días) se encuentran dentro de los rangos esperados.



REPORTE DE INDICADORES NORMATIVOS RES.1552 DE 2013



2. Desempeño en Urgencias (Triage II)

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: 13 de 17

- Se reportó un cumplimiento exitoso con un tiempo promedio de atención de 22.02 minutos.
- Este resultado representa una mejora significativa, reduciendo en 3 minutos el tiempo de espera respecto al mes de marzo (25 minutos), situándose un 26.6% por debajo del límite máximo permitido de 30 minutos.

3. Gestión de Citas Canceladas

- En abril se registraron 727 citas canceladas.
- El 51.9% (377 citas) fueron canceladas por la institución, principalmente debido a reprogramación interna (273 casos) y terminación de contratos (84 casos).
- Se explicó que gran parte de las reprogramaciones se debieron a la suspensión de citas para menores de 2 años por orden de la subgerencia y eventualidades con especialistas.

El ingeniero Jeisson Trujillo (líder de indicadores de calidad) presentó una nueva herramienta tecnológica diseñada para transformar la manera en que la institución gestiona sus datos. A continuación, se detallan los puntos clave de su intervención:

1. Naturaleza y Diseño de la Herramienta

- **Plataforma Web:** Se trata de una **aplicación web** de diseño propio a la que se accede mediante usuario y contraseña institucional
- **Tecnología utilizada:** El ingeniero explicó que utiliza herramientas de **Big Data de Google** para el desprendimiento y análisis de la información.
- **Módulos principales:** La interfaz cuenta con cuatro secciones fundamentales:
- **Dashboard (Tablero de control):** Muestra el cumplimiento de indicadores y el estado actual de forma visual.
- **Registro de indicadores:** Donde los líderes ingresan los datos mensualmente
- **Seguimiento:** Permite ver quiénes están cumpliendo con el reporte en tiempo real
- **Reporte detallado:** Facilita la búsqueda histórica de datos, fichas técnicas y observaciones de cada indicador para atender auditorías

2. Objetivos y Beneficios

- **Información en tiempo real:** El propósito es que los líderes de proceso dejen de depender de procesos manuales y tengan información veraz para la **toma de decisiones gerenciales rápidas**,
- **Calidad del dato:** La herramienta permite realizar **cruces de información** con otros sistemas de la institución

— 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: 14 de 17

(como Dinámica y Pymet) para validar que los datos reportados sean correctos y consistentes,

- **Automatización:** Se busca reducir el trabajo manual, permitiendo que tareas que antes tomaban un día se realicen en pocos minutos mediante el uso de herramientas modernas,

3. Alcance de los Indicadores

La herramienta está diseñada para cubrir diversos marcos normativos y necesidades internas:

- **Resolución 256:** Seguimiento a dominios de efectividad, seguridad, oportunidad y satisfacción.
- **Resolución 408:** Evaluación del comportamiento financiero y gastos operativos respecto a la unidad de valor relativo.
- **Indicadores Institucionales:** Seguimiento a áreas como UCI, Cirugía, Farmacia y Epidemiología,
- **Proyecciones Financieras:** El ingeniero destacó que a futuro se podrán realizar proyecciones estadísticas sobre retorno de inversión por especialidad, identificando cuáles generan más gastos y cuáles son más rentables para el hospital.

4. Estado Actual y Próximos Pasos

- **Avance del proyecto:** El desarrollo se encuentra aproximadamente al **90%**.
- **Fase de pruebas:** Se tiene programado un periodo de pruebas durante el próximo mes antes de solicitar a todos los líderes que comiencen el reporte oficial a través de la plataforma.
- **Acceso restringido:** Inicialmente, el acceso estará limitado a los líderes de proceso que alimentan la información y a los directivos para el monitoreo de las auditorías,

El equipo de calidad y la subdirección resaltaron que esta iniciativa es una acción de mejora excelente, ya que permitirá tener un control más efectivo y confiable de la gestión institucional

6. Propositiones 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

— 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: 15 de 17

RESPONSABLE	No.	COMPROMISO
Líder sistemas de información	01	Cuadro de Mando Institucional: Es necesario revisar los indicadores según el Cuadro de Mando Institucional y terminar la consolidación de los análisis y la actualización de estos con cada uno de los líderes de los servicios
Líder de PAMEC	02	Definición de Acciones de Mejora: El líder de PAMEC (Carlitos) debe reunirse con cada líder de proceso priorizado (como los de las áreas de Derechos de los pacientes, Seguridad, Acceso, entre otros) para definir formalmente las acciones de mejora que se incluirán en el plan
Líder de comités y líder de PAMEC	03	Actualización de Actas Pendientes: Los líderes de los comités que se encuentran en rojo (como GAGAS, Referencia, Historias Clínicas, Calidad, COVE, Infecciones, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia) deben ponerse al día con el envío de sus actas

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.

— 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

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: 16 de 17



Anexo. Evidencia fotográfica

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: 17 de 17

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: 20 Mayo 2026 HORA:					
ACTIVIDAD: Comité de Calidad Abril					
N°	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Dona P. Bonache	56128969	Admon	OPS	[Firma]
2	Carla Andrea Puga	12-290-442	Coor. Zol	OPS	[Firma]
3	Jessica Marcela R.	1002777237	Enfermera	Agremiada	Jessica R.
4	Gabriel Jumbo S.	1007438109	Agente	Agremiada	[Firma]
5	Charles X. Gabriel M.	55288888	Coor. Zol	Agremiada	Charles Gabriel M.
6	Alicia Lora E.	26-5092376	Psic.	Planta	[Firma]
7	Hedy S. R.	5177544	Psic.	OPS	[Firma]
8	Maria Antonia R.	36069310	Enfermera	planta	[Firma]
9	Ana Delgado I.	551200895	No. Go	Planta	[Firma]
10	Aracely Ana Gomez	36304035	Aux. Enf.	PERSONAL	[Firma]
11	Angelina M. Lora	26-071886	SG. SS	OPS	[Firma]
12	Felix A. Rojas	101401012	D. t.	Agremiada	Felix A. Rojas
13	Diego Sebastian R.	1008115324	traductor	Agremiada	[Firma]
14	Fusano J. R.	36130065	Enfermera	planta	[Firma]
15	Grady Lora Lora Torres	1008139168A	Medico C	Agremiada	Grady Lora Lora Torres
16	Yon Medino Ranco	1008139168B	Psicólogo	Agremiada	[Firma]
17	Javier V. Calcoinos	10081423385	Humana	Agremiada	[Firma]
18	Luisa Castaño	55131028	Profesional	Agremiada	[Firma]

Salud Integral, Impacto Real