

	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 32

No. DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
05	17/06/2026	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 MAYO DEL 2026. SOCIALIZANDO EL AVANCE DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL SOGCS. SOCIALIZACION PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA VIGENCIA 2026				
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 planes de mejoramiento vigencia 2026 5. Auditorías internas 6. Seguimientos de comités y actas de auto control. 7. Socialización de estándares de acreditación con los lideres de proceso. 8. Sistema de información para la calidad. 9. Propositiones y varios 10. Compromisos				

	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 32

DESARROLLO Y TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN

1. Verificar quórum.

Se inicia reunión a las 08:00 am el día 17 de junio del 2026, en el auditorio del Hospital Departamental San Antonio de Padua, reunión denominada Comité de Calidad mes de mayo 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
GABRIEL LOMBIS S	SUBGERENCIA – ENFERMERO
MONICA ORTEGA HOYOS	ENFERMERA
ALICIA LOZANO	BACTERIOLOGA
YOLANDA BAUTISTA A	APOYO PROFESIONAL
LUCINDA MINU	ESTERILIZACION
LAURA VALENTINA CACERES	HUMANIZACION PSICOLOGA
YENNY ROCIO CERQUERA	COORDINADORA SGS
DIEGO FERNANDEZ	TECNOLOGO RADIOLOGIA
YULY MEDINA RAMOS	CALL CENTER
JEISSON ALEXANDER TRUJILLO	LIDER SIC
CINDY LORENA GUIJO TORRES	MEDICO
OSWALDO RUBIO	ASESOR
FELIX RENSO	QUIMICO
CARLOS USECHE	ING.AMBIENTAL
DIANA GONZALEZ	ADMINISTRATIVA
YEINDALY HERNDEZ IBARRA	BIOMEDICA
YURY MARCELA SANCHEZ	ENFERMERA
JULIANA RAMOS CABRERA	ENFERMERA
CLAUDIA GONZALEZ	ADMINISTRATIVA
CARLOS ANDRES PUYO	ASESOR CONTROL INTERNO
MARIA EDITH FIESCO	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: 3 de 32

CESAR GONZALEZ	SUBGERENTE
MONICA FLOREZ	PROFESIONAL DE APOYO
LILIANA PALACIO	LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
NUBIA BLANCA RODRIGUEZ	ASESOR DE CALIDAD
CARLOS HERNAN MARTINEZ EMBUS	LIDER PAMEC
AUSENTES	

2. Compromisos anteriores

COMPROMISOS ANTERIORES			
COMPROMISOS PROGRAMADOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN
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 del proceso, líder de indicadores de calidad	16 de Junio	En ejecución
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	Lider del proceso	16 de Junio	En ejecución
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 del proceso, líder de Pamec	16 de Junio	En ejecución

	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 32

3. SOCIALIZACION AVANCES PAMEC

Se reportaron los encuentros realizados por el Dr. Carlos Martinez con los líderes de procesos para el seguimiento del PAMEC. Se resaltó que aún quedan pendientes la mayoría de los procesos asistenciales debido a la alta carga laboral de los líderes, lo que ha dificultado agendar los espacios necesarios.

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

- Enero: Autoevaluación 2025.
- Febrero: Informe cualitativo.
- Marzo: Selección de procesos a mejorar.
- Abril: Priorización de procesos.
- Mayo – Junio (fase actual): 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 32



RUTA CRITICA PAMEC- 2026

 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Salud Integrales Respuesta Rápida		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	F. ASISTENCIAL	AUTOEVALUACIÓN 2025											
	E. GERENCIA												
	E. TALENTO HUMANO												
	E. AMBIENTE FISICO												
	F. INFORMACION												
	F. 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

Salud Integral, Impacto Real

4. SOCIALIZACION PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA

Teniendo en cuenta la programacion realizada en la ruta critica, para el mes de mayo esta la definicion de la calidad esperada, este proceso involucra a todos los lideres primarios ya que es de vital importancia cumplir con las responsabilidades asignadas en los comités, entregar de manera oportuna la informacion y desde luego informacion clara, correcta; adicinalmnete dentro del PAMEC esta el plan de accion con la priorizacion de 21 estandar los cuales seran socializados a continuacion para que cada lider tenga conocimiento del estandar, la oportunidad de mejora, la accion y el ciclo PHVA, en esta reunion se les brinda la informacion general y en el trascurso del mes, se concertaran reuniones directa con el lider del PAMEC y el lider o coordinador del equipo primario, para socializar, contextualizar y saber cuales son las acciones del ciclo PHVA que se requieren realizar con el objetivo de lograr el mejoramiento continuo del estandar clasificado como una mejora a intervenir en la vigencia 2026.

Salud Integral, Impacto Real



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
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO
INSTITUCIONAL

Página: 6 de 32

GRUPO/ESTANDAR	ESTANDAR / CRITERIO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	QUÉ/ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	CÓMO/PHVA
Derechos de los pacientes (SIAU)	Estándar 1. Código: (AsDP1)	Continuar con el proceso de divulgación de los derechos y deberes de tal manera los usuarios cumplan con sus deberes y desde luego hagan valer sus derechos, adicionalmente capacita al personal de la institución para que por conocimiento ayuden a garantizar los derechos de los usuarios ya que son la razón de ser de nuestra institución	Garantizar el despliegue de los derechos y deberes por parte de la oficina de atención al usuario a todos los colaboradores de la institución, usuarios y sus familias.	Correctiva	Realizar el cronograma de socialización y capacitación en derechos y deberes, dirigido a todos los colaboradores 1). Ejecutar jornadas de capacitación por áreas involucrando a todo el personal. 2). Socializar con usuarios/familias al momento del ingreso los derechos o deberes, entregando material impreso. 3). visibilizar los derechos y deberes en zonas estratégicas de la institución (cartelería, pantallas, admisión). 1). Soportar las informes con registros y evidencias documentales, fotográficas, etc 2). Soportar los informes de los colaboradores con la evaluación de pretest y postes 1). estandarizar el proceso, incluirlo en el plan de inducción/reinducción. 2). Retroalimentar al comité de calidad con resultados y reiniciar el ciclo con las correcciones necesarias.
Seguridad Del Paciente (LILIANA PALACIOS)	Estándar 5. Código: (AsSP1)	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.	Diseñar e implementar una estrategia de socialización de la política de seguridad del paciente, dirigida a todo el personal de	Correctiva	Definir cronograma de socialización de la política crear el pretest y postes.

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: 7 de 32

			la institución, que genere concientización y sensibilización.		1). dar cumplimiento al cronograma de socialización presenciales 2). Incluir la socialización en el proceso de inducción del personal nuevo.
					Verificar soportes, como actas, firmas de asistentes, evidencias fotográficas.
					1). Estandarizar la estrategia e incluirla en el proceso de inducción y reintroducción anual del personal
Acceso Noe)	(Dr. Estándar 09. 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 debido a que en esta área es la que mas usuarios reciben y en condiciones complejas de salud.	Diseñar e implementar una estrategia de socialización del nuevo protocolo de acceso, con prioridad en el personal del servicio de urgencias y orientada a garantizar la accesibilidad sin barreras.	Correctiva	Crear una estrategia de socialización del protocolo de acceso, donde se logre llegar a la mayoría del personal con la información, clara y precisa.
					Realizar la socialización del protocolo de acceso con el personal de urgencias Involucrar en la socialización a los vigilantes y personal de facturación.
					teniendo en cuenta las capacitaciones, se requieren de las actas o soportes que confirmen el cumplimiento de las mismas.
					dejar en el proceso de inducción y reintroducción institucionalizado la socialización del protocolo, esto debido a

	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: 8 de 32
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

					que aplica para todo el personal y es importante que se tenga en cuenta.
Registro e Ingreso Doctora Luisa, Carolina.	Estándar 18. Código: (AsREG2)	Continuar brindando la información personalizada verbal, escrita, y otros medios posibles, a través del equipo orientador del SIAU, y de humanización, para lo cual deben de dejar soportes como evidencias.	Fortalecer y estandarizar el proceso de información y orientación personalizada (verbal, escrita y otros medios) brindada por el equipo orientador del SIAU y de humanización a los usuarios, garantizando el registro sistemático de soportes y evidencias que demuestren la continuidad del proceso	Correctiva	1) Definir y estandarizar los medios disponibles: presencial, folleto, cartelería, teléfono, correo, canal digital. 2) Elaborar cronograma de actividades de información al ingreso del usuario
					1). retroalimentar al equipo orientador en la importancia del diligenciamiento del formato de socialización de actividades del sistema de información y atención al usuario. 2). Brindar información personalizada verbal, escrita (folleto, carta) y otros medios posibles según la necesidad del usuario, sin excepción, dejando constancia del proceso.
					3). Consolidar mensualmente los registros y remitir informe al coordinador SIAU
					soportar con documentos las acciones realizadas encaminadas a dar cumplimiento de las acciones", planillas, actas, fotos, etc.
Evaluación de necesidades de ingreso (LAURA MEDINA-SIAU)	Estándar 20. Código: (AsEV1)	Se cuenta con el protocolo evaluación integral de necesidades en urgencias (físicas, psicológicas, educativas, socioeconómicas), pero no se cuenta con un	Rediseñar e implementar el instrumento de caracterización de necesidades del usuario en Consulta Externa, integrando las dimensiones	Correctiva	teniendo en cuenta la satisfacción de los usuarios, continuar con el proceso o en su defecto buscar otras alternativas como retroalimentación para lograr mejorar la satisfacción del usuario.
					Tomar la encuesta actual que ya se aplica por el personal del SIAU, incluir la identificación de necesidades de salud de los pacientes, "Físicas, Psicológicas, ,Educativas

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

Código: MDE-GPDI-GD-F-001

Versión: 02

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

Página: 9 de 32

		instrumento que nos ayude a identificarlo o caracterizarlo en el momento de ingreso del usuario.	físicas, psicológicas, educativas y socioeconómicas dentro de la encuesta actual, para asegurar que la atención sea congruente con el perfil sociocultural del paciente desde su ingreso		,Socioeconómicas. una vez se tenga la encuesta debidamente ajustada, codificada, será compartida con el personal del SIAU para que realicen el proceso de diligenciamiento y la captura de la información. Realizar una revisión mensual de una muestra de encuestas para verificar que la información recolectada en el instrumento se vea reflejada la satisfacción del usuario, es decir una vez sea identificada la condición del usuario se debe de activar la atención preferencial en toda la institución. en el plan de atención médica y de enfermería Si se detecta que alguna pregunta no es clara para el usuario, realizar el ajuste técnico correspondiente. Si se detecta que fue efectiva la estrategia continuar con el proceso de identificación de necesidades de salud de los usuarios.
Planeación de la atención (Dr. Carolina)	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	Diseñar e implementar una estrategia de fortalecimiento y sensibilización de la política de atención humanizada, dirigida a todo el talento humano (administrativo y asistencial), que promueva el compromiso institucional	Correctiva	Elaborar cronograma de actividades de la atención humanizada para la vigencia 2026 dirigida al talento humano, usuarios y/o familiares, logrando la apropiación al finalizar el periodo. Tener en cuenta el cronograma institucional del plan de capacitaciones asignado a la política de humanización.

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: 10 de 32

		funcionarios.	hacia un trato humano y digno con usuarios, familias y entre los mismos funcionarios		Jornadas de sensibilización: Desarrollar actividades presenciales y/o virtuales por los diversos servicios (asistencial y administrativo). Inducción: socializar la política de atención humanizada como módulo obligatorio en los procesos de inducción para nuevos funcionarios. Estrategia comunicacional: Difundir mensajes clave a través, correo institucional y pagina web institucional.
					Evaluación de conocimiento: Aplicar prueba pretest y postesensibilización al personal para medir apropiación real de la política de humanización. Análisis de PQRSF: Revisar y comparar el número de quejas relacionadas con trato inadecuado respecto al período anterior.
					Reconocimiento: Implementar mecanismos de reconocimiento a servicios o funcionarios destacados en la aplicación del buen trato (mención en acta, publicación pagina web). Retroalimentación al equipo: Socializar los resultados obtenidos con los funcionarios, mostrando el impacto de las acciones en la satisfacción del usuario.

— 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

Código: MDE-GPDI-GD-F-001

Versión: 02

Página: 11 de 32

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

					Si los resultados son exitosos dar continuidad con la implementación de la política de humanización.
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO Dra CINDY ANDREDE RIVERA	Estándar 44. Código: (AsEJ4)	Asegurar que la evidencia documental de la atención a víctimas de violencia sea completa y oportuna, garantizando que cada intervención del equipo experto quede registrada bajo los criterios técnicos exigidos por la norma	Realizar un autocontrol periódico de los registros en historias clínicas de los casos atendidos, utilizando una lista de chequeo básica para verificar que no falte la notificación a autoridades ni la aplicación de la cadena de custodia	correctiva	Diseñar una lista de chequeo que contenga los 5 criterios específicos del estándar: adopción de guía de cadena de custodia, estrategias de detección, protocolo de notificación, capacitación y toma de correctivos
					Aplicar estrictamente la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente en los casos que aplique
					Asegurar que cada atención incluya la notificación a las autoridades y que quede constancia clara del reporte en la historia clínica del paciente
					Brindar consejería psicológica y espiritual respetando las creencias religiosas del usuario
					Revisar mensualmente una muestra de historias clínicas para controlar la adherencia a las estrategias de detección e intervención documentadas
					Verificar que el 100% de los profesionales del área hayan recibido la capacitación para detectar estos casos
					Tomar correctivos inmediatos ante cualquier desviación encontrada en los protocolos de notificación o en el manejo de pruebas
					Documentar las mejoras realizadas como evidencia de la gestión del proceso para las

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 32

					visitas de acreditación
Evaluación de la atención (SIAU)	Estándar 48. Código: (AsEVA2)	Continuar realizando el monitoreo y análisis de los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas, reclamos.	Garantizar el 100% del análisis de los comentarios realizados por los usuarios, gestionando el reconocimiento al personal ante los resultados positivos, lo negativo se reporta a los supervisores del contrato.	Correctiva	Elaborar el cronograma de apertura de buzón.
					1). Consolidar mensualmente Las PQRSF 2). Clasificar las PQR y garantizar la trazabilidad de las mismas. 3). Socializar en el comité de ética hospitalaria los resultados de las PQRSF,
					1). Elaborar el informe trimestral de las PQRSF 2). Diligenciar continuamente el seguimiento de las PQRSF a través del formato DI-PQ-F-002 PQRS 3). Acta de socialización en el comité de ética hospitalaria
					1). Los casos que son repetitivos o graves se pasan directamente al supervisor del contrato 2). Continuar con el seguimiento de las PQRSF y monitorear la satisfacción de los usuarios a través del comité de ética hospitalaria.
SALIDA Y SEGUIMIENTO JEFE MARIA EDITH	Estándar 51. Código: (AsSAL1)	Fortalecer la apropiación del Manual de Egreso mediante la socialización y concienciación del personal para asegurar	Socializar el manual de egreso centrado en la concientización sobre la seguridad del paciente al	correctiva	Programar sesiones de socialización del Manual de Egreso, realizarlo con mensajes claves de concienciación, y de lo

	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 32

		que la información entregada al paciente sea clara, completa y acorde a su nivel de comprensión	egreso, utilizando el Manual vigente como guía principal para la educación al usuario y su familia		que le puede pasar al usuario al no brindarle la información correcta.
					realizar jornadas de socialización con el personal de turno, en estas sesiones, cada profesional debe identificar su responsabilidad en el plan de cuidado escrito y en la provisión de información sobre signos de alarma.
					De manera aleatoria (el jefe) realizar preguntas al usuario o familiar si el personal le explicó con claridad su tratamiento y si conoce su fecha de seguimiento, evaluando así la labor del funcionario y la efectividad o claridad con que se le informo al paciente.
					Documentar los hallazgos, si el personal aún omite pasos del manual, se deben realizar refuerzos individuales, Si el proceso mejora, se debe estandarizar la inducción para que cada nuevo trabajador reciba el Manual de Egreso y la capacitación de concienciación desde su ingreso
Referencia y Contrarreferencia (YENNY)	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	Realizar revisión, y según los hallazgos proceder a actualizar, socializar los protocolos, guías, documentos y manuales del proceso de	Correctiva	Inventario Documental. Listar todos los protocolos, guías (GPC), manuales y procesos que rigen el servicio de Referencia y Contrarreferencia. Vigilancia Normativa.

— 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 32

		de referencia.	referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la normatividad vigente.		Identificar las últimas normas, decretos o resoluciones vigentes (locales y nacionales) aplicables al traslado de pacientes y gestión de red. Ajustar los documentos existentes o crear los faltantes, asegurando que estén alineados con la ley y las mejores prácticas clínicas. Socialización y Difusión. Publicar las versiones actualizadas en el repositorio institucional y asegurar su disponibilidad en los puntos de servicio. verificar los ajustes de los documentos que realmente fueron actualizados, manuales, protocolos, etc. si los documentos cumplen con los pasos de actualización, surtir el proceso de codificación, y resolución si es necesario.
DIRECCIONAMIENTO (INGE FELIPE)	Estándar 77. Código:	Fortalecer la apropiación y el conocimiento de la plataforma estratégica institucional, Aunque existe una resolución y capacitación inicial en inducción, es necesario garantizar que todos los colaboradores mantengan el conocimiento actualizado y comprendan cómo su	Implementar un Plan de socialización como refuerzo y apropiación de la Plataforma Estratégica, logrando llegar a los funcionarios por áreas para que sea más participativo y amena la retroalimentación, de esta manera se	correctiva	Crear un plan de capacitación que involucre al personal que ingresa nuevo y retroalimentación para el personal que ya esta laborando, de esta manera se estará recordando a los colaboradores la importancia de tener pleno conocimiento de la plataforma estratégica.

	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 32

		labor diaria contribuye al cumplimiento de la misión y visión a largo plazo	pueden apropiarse e interiorizar mejor el conocimiento de la plataforma estratégica.		Publicar la información. Colocar las piezas visuales (carteleras o infografías) en los lugares donde el personal pasa más tiempo. Entregar material de apoyo. Repartir tarjetas pequeñas o folletos fáciles de leer que resuman la misión y la visión de la organización, dejar pantallazos que salgan en todos los equipos con la misión, visión, etc. Ejecutar las jornadas de reintroducción o refuerzo utilizando los "flyers" (players) existentes y otros medios de difusión
					Evaluar la claridad. Verificar si la información enviada fue comprendida o si existen dudas frecuentes sobre algún tema específico. Revisar el alcance. Confirmar que la información llegó a todos los turnos, incluyendo el personal que trabaja de noche o los fines de semana.
					Reforzar el aprendizaje. Realizar actividades de repaso para el personal que todavía tiene dificultades para entender la estrategia. Hacerlo permanente. Incluir esta explicación sencilla dentro del proceso de bienvenida de cada trabajador nuevo que ingrese a la institución.
GERENCIA (Dra Camila)	Estándar 102Código: (GER.13)	La institución cuenta con documentación relacionada con la relación docencia-servicio, prácticas formativas e investigación; sin embargo, se evidencia que dicha	Revisar todos los convenios docencia-servicio vigentes suscritos por la IPS con instituciones educativas, verificando que incorporen	Correctiva	Revisar todos los convenios docencia-servicio vigentes y los documentos institucionales relacionados, garantizando que incorporen los criterios del Estándar.

	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: 16 de 32

		documentación no abarca de manera integral la totalidad de los criterios establecidos en el Estándar 102 (GER.14), lo que limita la operativización, seguimiento y evaluación efectiva de estos procesos en la práctica institucional.	explícitamente los seis criterios del Estándar, estos convenios deben reflejar la complejidad de los servicios ofertados (hospitalización, urgencias, cirugía, UCI, entre otros), garantizando que el personal en formación sea supervisado adecuadamente.		Según los hallazgos encontrados actualizar y complementar el marco normativo aplicable a la relación docencia-servicio en Colombia, incluyendo ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016. Al finalizar el proceso de actualización, Verificar el convenio que efectivamente estén los criterio del estándar y como soporte adjuntar el documento Si se identificaron dificultades en el proceso de actualización (resistencia de instituciones educativas, problemas jurídicos, etc.), documentar las lecciones aprendidas y ajustar la metodología para futuros procesos
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO (Doc Angelica)	Estándar 104 Código: (GER.13)	Articular entre el diagnóstico de clima organizacional y la ejecución del Programa de Bienestar e Incentivos, esto debido a que las actividades de bienestar no siempre responden a las necesidades y expectativas reales detectadas en las respuestas de la en cuenta del clima organizacional.	Estandarizar un Modelo Integral de Incentivos y Bienestar Social que unifique los criterios de reconocimiento por logros y obligue a la alineación de los planes de bienestar de los contratistas con la cultura del hospital. Esta acción responde directamente a la necesidad de "identificar y responder a las expectativas" del talento humano de forma equitativa	Correctiva	Diseñar el Plan de Incentivos: Crear un documento con metas claras y medibles para que el personal sepa exactamente cómo acceder a los reconocimientos Ajustar Requisitos Contractuales: Incluir en los convenios con agremiaciones y contratistas la obligación de presentar y ejecutar un Plan de Bienestar alineado al del hospital Ejecución Unificada: Realizar las actividades de bienestar e integración incluyendo a todo el personal, independientemente de su tipo de contrato, para fortalecer el sentido de pertenencia. Capacitación en Liderazgo: Ejecutar talleres para jefes de área en "comunicación asertiva" y "retroalimentación" para

	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: 17 de 32

					mejorar el flujo de información entre servicios solicitar y revisar los listados de asistencia y soportes fotográficos de las actividades de bienestar realizadas por los contratistas. Evaluar si las acciones implementadas están reduciendo las brechas detectadas en la encuesta de 2025. Según los resultados obtenidos, aplicar la nueva encuesta de clima organizacional para el año 2026, de forma anónima para fomentar la sinceridad y objetividad. Si los resultados son positivos formalizar el documento de incentivos como parte del Programa de Talento Humano para asegurar su continuidad en el tiempo
Gerencia del talento humano (Dra Camila)	Estándar 117. Código: (TH14)	seguimiento y análisis del impacto de los convenios docencia-servicio en la calidad de la atención. Aunque la IPS cuenta con estudiantes de convenio, no se ha formalizado un proceso que evalúe si esta relación realmente mejora la atención o si los costos de supervisión y recursos están equilibrados con los beneficios académicos y asistenciales recibidos	Integrar y operativizar el proceso de Docencia-Servicio, articulando los convenios y reglamentos actuales con herramientas técnicas de planeación, seguimiento y análisis de costo-beneficio, para garantizar que la relación académica aporte efectivamente a la calidad de la atención	Correctiva	Crear un documento sencillo que describa cómo se planearán y formalizarán las actividades de los estudiantes en la IPS, basándose en los compromisos ya firmados en los convenios.
					Socialización y Aplicación: Reunir a los Jefes de Servicio para implementar el uso de las fichas de seguimiento. Iniciar el registro del seguimiento a los estudiantes durante sus rotaciones en los servicios de segundo nivel (cirugía, medicina interna, etc.)

	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: 18 de 32

					Revisar que cada convenio vigente cuente con su respectivo análisis de costo-beneficio y evaluación de impacto al final de cada semestre. Impacto en la atención: Verificar si la presencia de estudiantes ha contribuido a una "atención en salud óptima" o si ha generado riesgos innecesarios Ajuste de convenios: Si el análisis muestra que el costo es mayor al beneficio o que hay fallas en la supervisión, renegociar las condiciones con la universidad o ajustar los cupos de estudiantes. Estandarización: Si el proceso funciona, formalizarlo como el método permanente de evaluación de docencia-servicio en la IPS.
Gerencia del talento humano (Dra Camila)	Estándar 118. Código: (TH15)	Completar, estandarizar e implementar los procesos documentados relacionados con la supervisión y acompañamiento del personal en práctica formativa en todos los servicios donde existe contacto directo con el paciente, garantizando la seguridad del mismo y el cumplimiento de las responsabilidades éticas y legales de la institución.	garantizar que si se llega a presentar en las practicas contacto directo del personal docencia del servicio con los pacientes se cumpla con las condiciones mínimas de seguridad.	Correctiva	Tener claridad a través de un documento, protocolo, manual, cuales son los lineamientos para los estudiantes frente a que tengan contacto directo con los pacientes, los documentos pueden ser de la universidad o de la institución).
					Ejecutar las actividades planificadas: levantar, actualizar, capacitar e implementar los procesos de supervisión en cada servicio, todo proceso debe de quedar escrito en el informe de la persona responsable de supervisar

	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: 19 de 32

					verificar que se realicen los informes correspondientes, que existan soportes documental del proceso Con base en los resultados de la verificación, estandarizar lo que funcionó, corregir lo que no se logró y establecer acciones de mantenimiento o nuevas oportunidades de mejora.
Gerencia del talento humano (Dra Camila)	Estándar 119. Código: (TH15)	Definir, formalizar e incorporar en el convenio docencia-servicio (mediante oficio o anexo técnico) el número máximo de estudiantes en prácticas formativas por usuario/cama/servicio, así como los lineamientos específicos para garantizar el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad durante el desarrollo de dichas prácticas.	Revisar y ajustar el convenio docencia-servicio vigente, estableciendo de manera explícita la relación numérica de estudiantes en prácticas formativas por usuario/servicio, e incluyendo los mecanismos que garanticen el respeto por la privacidad, dignidad y seguridad del paciente durante el proceso formativo	Correctivo	Medir los espacios: Realizar un recorrido por la institución para calcular cuántas personas caben cómodamente en los consultorios y habitaciones sin congestionar el paso ni incomodar al paciente. Definir los límites. Establecer por escrito el número máximo de estudiantes que pueden estar presentes según el tipo de procedimiento y el tamaño del área.
					Crear o ajustar el documento, una vez se tenga definido el número de estudiantes por jornadas dentro de la institución, incorporar y dejar claro en el convenio o documento cuantos estudiantes deben de estar en el servicio realizando. Entregar magnéticas. Asegurarse de que la universidad, instituto educativo, o con quien se tenga el convenio tenga pleno conocimiento del documento y se comprometan a cumplirlo.
					Realizar rondas de control. Visitar los servicios de forma sorpresiva para contar el número de estudiantes,

	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: 20 de 32

					verificar que no se supere el límite permitido y que no se vulnere la privacidad, dignidad y seguridad, Corregir. Si un estudiante o tutor incumple las normas de respeto y dignidad, tomar las medidas necesarias según el reglamento de la institución. Mejorar el manual. Actualizar el documento cada vez que la institución cambie su infraestructura o cambie la normatividad.
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO ING USECHE	Estándar 123. Código: (GAF3)	Realizar la evaluación del impacto ambiental teniendo en cuenta los procesos de gestión ambiental, cultura, ecológica establecidos en la entidad.	Dar continuidad al PEGIRASA, fortaleciendo el cuidado del medio ambiente, que consiste en identificar, planificar y actuar frente a las posibles afectaciones del medio ambiente, estableciendo reglas claras para minimizar impactos negativos y fomentar una cultura de responsabilidad ecológica.	Correctiva	Elaborar el plan de gestión ambiental para la vigencia 2026 Elaborar el cronograma de capacitación de gestión ambiental por parte de talento humano vigencia 2026
					Ejecutar campañas de cultura, a través de la tecnología crear flyer que motiven al personal a usar menos papel y a evitar el desperdicio de agua en baños y áreas de servicio. Aplicar las reglas ambientales. Poner en práctica los nuevos manuales de gestión ambiental en todos los procesos administrativos. Definir metas ecológicas. Establecer objetivos claros, como por ejemplo: "seguimiento y control de consumo de energía " o "reciclar los residuos de oficina". Crear programas sencillos que expliquen cómo separar residuos, manejo y uso adecuado de equipos y cómo manejar sustancias peligrosas.

	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: 21 de 32

					se soportan las actividades con actas, informes del plan anual de gestión ambiental los cuales son semestrales y se pasan al área de planeación con el objetivo de dar cumplimiento a la política de gestión ambiental, Corregir malas prácticas. Si se detecta que el consumo de energía subió, investigar la causa (como luces encendidas de noche) y tomar medidas para evitar que vuelva a pasar. Reconocer el buen desempeño. Premiar o felicitar públicamente a los servicios o áreas que mejor cumplan con las metas de reciclaje y ahorro.
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO (ANGELICA)	Estándar 125. Código: (GAF5)	Fortalecer el conocimiento, apropiación y respuesta práctica del personal asistencial y administrativo frente al plan institucional de emergencias y desastres, de manera que la capacidad de respuesta no dependa únicamente de la existencia documental del plan, sino de la conciencia real y el desempeño demostrado de cada funcionario en su rol durante una emergencia.	Diseñar e implementar un programa de fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo de emergencias y desastres, basado en formación práctica, simulacros con retroalimentación que permita pasar del cumplimiento documental al desempeño real evaluado del personal.	Correctiva	1. Actualizar el plan de emergencias con roles claros por servicio. 2. Diseñar cronograma de capacitaciones diferenciadas (código rojo, azul, evacuación, uso de extintores, primeros auxilios). 3. Definir indicador de evaluación (lista de chequeo de desempeño en simulacro). 4. Programar simulacros no anunciados en la vigencia.
					1. Ejecutar las capacitaciones programadas por servicio/área (inducción, reinducción y refuerzo periódico). 2. Realizar los simulacros de emergencia (incendio, evacuación, atención masiva de víctimas, según aplique al nivel de complejidad). 3. Difundir la información a usuarios y familiares sobre su rol en caso de emergencia, según lo



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: 22 de 32

					exige el estándar.
					1. Aplicar lista de chequeo de desempeño durante los simulacros (tiempos de respuesta, conocimiento de rutas de evacuación, uso correcto de alarmas y equipos). 2. Analizar desviaciones encontradas (funcionarios o servicios con bajo desempeño, fallas en comunicación, tiempos de evacuación superiores a lo esperado). 3.Recolectar hallazgos en acta de evaluación post-simulacro.
					Según los hallazgos encontrados realizar las siguientes estrategias: 1. Retroalimentar por servicios o a manera general los resultados obtenidos. 2. Ajustar el plan de emergencias y el cronograma de capacitación según las brechas detectadas (ej. reforzar un servicio específico, mejorar señalización, ajustar protocolos de comunicación). 3.Reforzar mediante nueva capacitación a los funcionarios o áreas con desempeño deficiente. Programar el siguiente ciclo de simulacros con los ajustes incorporados.

— 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: 23 de 32
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA (INGE YESSID)	Estándar 136. Código: (GT5)	Fortalecer y garantizar las medidas de contingencia necesarias en equipos biomédicos y dispositivos, para garantizar la continuidad de los servicios	dar continuidad al programa integral de respaldo para tecnología biomédica, que incluya contratos de mantenimiento de equipos biomédicos, para que brinden soluciones inmediatas, según sea el caso brinden el concepto técnico.	correctiva	Identificar equipos de alto impacto asistencial y definir necesidades de respaldo. Elaborar cronograma anual de capacitación.
					Ejecutar mantenimientos preventivos, verificar disponibilidad de repuestos y gestionar equipos sustitutos cuando aplique. Desarrollar jornadas de entrenamiento sobre manejo adecuado de la tecnología biomédica.
					Medir indicadores de disponibilidad y tiempos de respuesta ante fallas, Evaluar asistencia, y conocimiento adquirido.
					Actuar: Implementar acciones correctivas sobre las causas de indisponibilidad identificadas, Ajustar los contenidos y procedimientos de acuerdo con las oportunidades de mejora identificadas.
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN (ING YEISSON)	Estándar 153. Código: (GI12)	Revisar y actualizar indicadores normativos e institucionales con el objetivo de establecer un sistema integrado de información que permita generar resultados confiables para la toma de decisiones en el desarrollo de los procesos, así como los análisis de acuerdo con los periodos en los que se mide y obtienen los resultados.	generar un listo maestro de indicadores que permita evidenciar el comportamiento de los indicadores de los diferentes servicios.	correctiva	Recopilar los indicadores actuales. Hacer un listado de todas las medidas que usan las diferentes oficinas y servicios para evaluar su trabajo. Definir los niveles esperados. Establecer, junto a los jefes de cada área, cuál es la meta ideal y cuál es el rango mínimo aceptable para cada indicador. Diseñar el formato único. Crear una hoja de datos sencilla donde se explique qué se mide, cómo se calcula, cada cuánto se revisa y quién es el responsable. Establecer el calendario de análisis: Definir las fechas exactas en el año donde se sentarán a revisar si se cumplieron o no las metas.



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: 24 de 32

Actualizar las hojas de datos. Escribir la nueva información técnica en los formatos de cada indicador, asegurando que no falten las metas ni los rangos de cumplimiento.

Capacitar a los líderes. Enseñar a los líderes de cada servicio cómo deben registrar los datos y cómo realizar un análisis profundo cuando no se alcanza una meta.

Cargar la información en el sistema. Asegurar que los nuevos indicadores y sus metas estén disponibles en las computadoras o carpetas de gestión de la institución.

Auditar la calidad de los datos. Revisar que la información que se escribe en los indicadores sea real y que los cálculos matemáticos sean correctos.

Comprobar la oportunidad. Verificar que los análisis se estén realizando en las fechas programadas y que no se dejen acumular los resultados sin revisar.

Corregir indicadores mal diseñados. Si se nota que una meta es imposible de alcanzar o que no refleja la realidad del servicio, ajustarla para que sea un reto justo y posible.

Crear planes de acción. Si un indicador muestra resultados negativos, diseñar de inmediato actividades para mejorar ese desempeño en el siguiente periodo.

— 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: 25 de 32

MEJORAMIENTO	Estándar 158. Código: (MCC3):	Fortalecer el proceso de monitorización permanente de la calidad, garantizando la articulación continua entre la ruta crítica de calidad, el PAMEC, los comités de obligatorio cumplimiento, auditorías internas, comités de autocontrol, de manera que se evidencie de forma sostenida la búsqueda constante del mejoramiento continuo institucional.	continuar dando cumplimiento al proceso de monitorización permanente de la calidad, garantizando la articulación continua entre la ruta crítica de calidad, el PAMEC, los comités de obligatorio cumplimiento, auditorías internas, comités de autocontrol, y el plan de acción a los estándares priorizados.	correctiva	Elaborar la ruta crítica Elaborar el plan de auditorías internas Elaborar y socializar el cronograma de autocontrol Elaborar y socializar el cronograma de los comités de obligatorio cumplimiento
					Realizar seguimiento según lo programado en la ruta crítica, llevar un control y seguimiento que evidencie el cumplimiento de los comités de obligatorio cumplimiento de autocontrol y de auditorías internas.
					a través de los seguimientos verificar que se realicen las actas como soportes de los comités, de manera mensual informar a los líderes responsables quienes falta y quienes van al día, de esta manera se evita que se atrasen en los distintos comités
					se debe de cerrar la ruta crítica al finalizar el año teniendo en cuenta el cumplimiento del paso a paso del aprendizaje organizacional, cerrando el ciclo PHVA.

5. AUDITORIAS INTERNAS

Se presentaron los resultados de las auditorías realizadas bajo el cronograma interno:

- **Farmacia:** Se evidenciaron mejoras notables, incluyendo la separación del área administrativa del servicio farmacéutico, la semaforización de medicamentos y el uso de estibas para evitar que los insumos estén en el suelo.
- **Urgencias:** Se observaron cambios positivos en la infraestructura, limpieza del servicio y mantenimiento de paredes.
- **Ginecología y Cirugía:** Se destacó una mejor disposición del equipo de trabajo y la subsanación de fallas mínimas de infraestructura.
- **Laboratorio Clínico:** Se auditó bajo los estándares de habilitación; se autorizó la

— 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: 26 de 32

compra de una cabina necesaria y se está evaluando la reubicación del área de toma de muestras.

- **Pendientes:** Se encuentran programadas auditorías para la **UCI**, Terapia Respiratoria y un nuevo seguimiento a Cirugía

6. SEGUIMIENTO A COMITES ASISTENCIALES Y ACTAS DE AUTOCONTROL

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 mayo:



SEGUIMIENTO COMITES ASISTENCIALES

PLANILLA DE SEGUIMIENTO COMITES ASISTENCIALES																
ITEM	COMITÉ	RESPONSABLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESOLUCION	OBSERVACIONES
1	Humanización (bimensual)	Lider Humanización		X		X									VIGENTE	
	SAGAS (bimensual)	Ingeniero ambiental		X	X	X									VIGENTE	
2	Hemovigilancia (mensual)	Lider laboratorio	X	X	X	X									VIGENTE	
	Reactiva vigilancia (mensual)	Lider laboratorio	X	X	X	X									VIGENTE	
3	Ética (mensual)	Lider SIAU	X	X	X	X									VIGENTE	
4	Referencia y contra referencia (mensual)	Lider referencia	X	X	X	X									VIGENTE	
	PROA (mensual)	Epidemiología	X	X	X	X	X								VIGENTE	
5	Historias clínicas (mensual)	Medica auditora calidad	X	X	X										VIGENTE	
	Calidad (mensual)	Dra. Blanca Nubia @Psicóloga	X	X	X	X									VIGENTE	
6	Violencia sexual y género (bimensual)	Dra. CINDY DANIELA ANDRADE		X		X									VIGENTE	
	Seguridad del Paciente (mensual)	Lider seguridad al paciente	X	X	X	X									VIGENTE	
7	COVE (mensual)	Epidemiología	X	X	X	X									VIGENTE	
8	Infecciones (mensual)	Epidemiología	X	X	X	X									VIGENTE	
	Farmacovigilancia (mensual)	Lider farmacia	X	X	X	X									VIGENTE	
9	Tecnovigilancia (mensual)	Lider farmacia	X	X	X	X									VIGENTE	
	Emergencias y desastres (trimestral)	Lider seguridad en el trabajo				X									ACTUALIZAR	
	IAMI (trimestral)	Lider IAMI			X										VIGENTE	

	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: 27 de 32



SEGUIMIENTO ACTAS DE AUTOCONTROL

LÍDERES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO			MESES DEL AÑO 2020											
LÍDER RESPONSABLE	ÁREA	PROFESIONALES DE APOYO CALIDAD 2020	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Dr. FELIX MENDEZ	Química farmacéutica	Dr. CLAUDIA CEDIEL	X	X	X	X								
Dr. NOE MUÑOZ	Líder Urgencias	Dr. CLAUDIA CEDIEL	X	X	X	X								
JEFE TANIA ALEJANDRA	Líder referencia	Dr. CLAUDIA CEDIEL												
LUCINDA MINU	Central de esterilización	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. LAURA CAICREES	X	X	X	X								
JEFE MARIA FERNANDA	Líder hospitalización	Dr. MONICA FUORZI	X	X	X	X	X							
CRISTIAN RAMIREZ	Líder facturación	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X	X	X								
JEFE MARIA EDITH PISCO	Enfermería Opia.	Dr. LILIANA PALACIOS	X	X	X	X								
JEFE MARCELA	Líder consulta externa	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	X	X	X	X	X							
LISA FERNANDA CASTAÑEDA	Líder SIAU	Dr. CARLOS HERNAN MARTINEZ	X	X	X	X	X							
DIEGO FERNANDEZ	Líder imagenología	Dr. AUDREY SORAYA PEÑA	X	X	X	X								
NORES PEREZ	Líder de pediatría	Dr. MONICA FUORZI		X	X									
AUCIA LOZANO ESTEBAN-	Laboratorio clínico	Dr. LILIANA RAMIREZ	X	X	X	X	X							
SINDY SANABRIA	Líder Cirugía	Dr. CAROLINA YASNO - Dr. LAURA CAICREES	X	X	X	X	X							
MONICA ORTEGA	Líder SICI	Dr. LILIANA PALACIOS	X	X	X	X								
JULIANA RAMOS	Líder sala partos	Dr. LILIANA PALACIOS	X	X	X	X	X							
YULI MEDINA	call center	Dr. JESSON TRUJILLO	X	X	X	X								

Salud Integral, Impacto Real

- **Historias Clínicas:** La Dra. Claudia informó que el comité correspondiente al mes de abril ya fue realizado. El acta de mayo quedó programada para el 30 de junio. Debido a la dinámica de los comités, en septiembre se proyecta revisar lo acumulado de meses anteriores para asegurar la continuidad.
- **Comités en Alerta (Rojo):** Según el reporte de gestión, varios comités institucionales se encuentran en estado crítico y deben actualizar sus actas de manera urgente: GAGAS, Referencia, Historias Clínicas, Calidad, COVE, Infecciones, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- Seguridad y Salud en el Trabajo: El acta de este comité, liderado por Angélica, también se reportó como pendiente de entrega en la sesión.

7. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

El **Sistema de Información para la Calidad (SIC)** fue un punto central en el comité de junio, enfocándose tanto en el cumplimiento normativo de indicadores como en la modernización de la captura de datos. A continuación, se detalla la información presentada:

1. Reporte de Indicadores Normativos (Resolución 256 y 1552)

Se socializaron los resultados correspondientes al mes de mayo sobre la oportunidad en la asignación de citas:

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: 28 de 32

- **Medicina General:** Presentó un excelente desempeño con una oportunidad de **1.32 días**.
- **Medicina Interna:** Se mantuvo entre **5 y 6 días**, cumpliendo con el estándar institucional de 15 días.
- **Ecografías (Punto Crítico):** Registró un desfase significativo de **13 días**, cuando el estándar normativo es de apenas 3 días (10 días de retraso).
- **Otras Especialidades:**
 - **Urología:** Desfasada con una asignación a **19 días**.
 - **Cirugía General:** Registra **14 días** (estándar de 10 días).
 - **Pediatría:** Reportó **7 días**.
 - **Imágenes Diagnósticas:** Se situó en **5 días** (estándar de 3).

2. Indicadores de Urgencias y Gestión de Citas

- **Triage II:** Se destacó una mejora progresiva en el tiempo de atención, logrando **23.58 minutos** en mayo, cifra que se mantiene por debajo del estándar de 30 minutos (en meses anteriores fue de 26 y 25 minutos).
- **Estadísticas de Citas (mayo):** De un total de 51,284 citas, se reportó un 10.11% de cancelaciones (534 citas) y un 8.35% - 8.7% de incumplimiento (441 citas).
- **Causas de Incumplimiento:** Se identificó que gran parte del ausentismo ocurre en las citas de postparto y recién nacido, debido a que las madres a menudo no son conscientes de la importancia de estas consultas. Se estableció el compromiso de reforzar la educación a las gestantes.

3. Evolución Tecnológica: Nueva Plataforma Web

El área de sistemas informó sobre un cambio importante en la gestión de la información para facilitar la labor de los líderes:

- **Automatización:** Se está desarrollando una **plataforma web** donde los líderes registrarán sus datos directamente.
- **Propósito del Análisis:** Se enfatizó la diferencia entre "dato" e "información"; el objetivo de la plataforma es que el comité tenga capacidad de analizar y retroalimentar los resultados para la toma de decisiones, no solo presentar cifras de manera pasiva.

Luego de explicar esto es necesario identificar a la propiedad de información que se reporta por servicio. Adicional se explica que, en el momento del presente comité, se poseen errores

4. Avance de Indicadores Institucionales

- **Consolidación:** De los 75 indicadores existentes, se han revisado 56 indicadores

— 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: 29 de 32

institucionales.

- **Nuevos Indicadores:** Se incluyeron 5 indicadores específicos para el área de **nutrición clínica**, tales como la disponibilidad de fórmulas y el porcentaje de recuperación nutricional.
- **Apoyo en Recolección:** El ingeniero solicitó mayor apoyo de los líderes de procesos (Urgencias, Referencia, etc.) para que la información suministrada sea precisa y no solo datos aislados, especialmente en temas como interconsultas.

8. Compromisos

RESPONSABLE	No.	COMPROMISO
Lideres de proceso	01	Los líderes de los comités que se encuentran "en rojo" (incluyendo GAGAS, Referencia, Historias Clínicas, Calidad, COVE, Infecciones, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia) deben ponerse al día con el envío de sus actas
Auditoria	02	Se estableció realizar el acta correspondiente al mes de mayo el día 30 de junio
Pamec	03	reunión con los líderes de procesos priorizados (Seguridad, Acceso, Derechos de los pacientes) para definir formalmente las acciones de mejora del plan
Líder sic	04	Sistemas debe terminar el cuadro de mando normativo e institucional para que los líderes alimenten los datos directamente, automatizando las fichas técnicas
Subgerencia	05	Revisar las causas del alto incumplimiento en este servicio para tomar correctivos

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 Código: MDE-GPDI-GD-F-001 Versión: 02
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Página: 30 de 32
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

9. Anexos, asistencia y evidencias fotográficas.

	FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA	Fecha: 05/11/2024 Código: MDE-GPDI-GD-F-002 Versión: 04
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Página: 2 de 2
	PROCESO GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

FECHA: 17/06/2026 **HORA:** _____
ACTIVIDAD: Comité de Calidad Hospital

Nº	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Yury Paredes Gomez	1.081418711	Enfermera	Agremiación	[Firma]
2	Juliana Ronda Cabrera	1081408556	Enfermera	Agremiación	[Firma]
3	Claudia Gonzalez	1081404371	Asesora	Agremiación	[Firma]
4	Carlos Andres Puyo	12.280.492	Cont. Int.	O.P.S.	[Firma]
5	Maria Esthela Flores	26048310	Enfermera	Planta	[Firma]
6	Charla B. Calderon	5506898	Med. Asist. Social	Agremiación	[Firma]
7	Cesar E. Gonzalez D.	7686457	Enfermera	Planta	[Firma]
8	Yrónica Ibarra B.	02146112	Rel. Apoyo	Agremiación	[Firma]
9	Liliana Palao	02146112	Rel. Apoyo	Agremiación	[Firma]
10	Nelson Rodriguez	1081404371	Asesora	O.P.S.	[Firma]
11	Cal. Hen. Naranjo	12277512	Paramo	Agremiación	[Firma]
12					

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: 31 de 32

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: 05/11/2024

Código: MDE-GPDI-GD-F-002

Versión: 04

Página: 2 de 2

FECHA: 17 de Junio 2020

HORA:

ACTIVIDAD: Comité de Calidad mes de Mayo

Nº	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Cindy Sambrano Dela	1081396797	Enfermera	Agremiación	[Firma]
2	Gabriel Lombis S	1047438109	Apoyo	Agremiación	[Firma]
3	Monica Ortega	1080762517	Enfermera	Agremiación	[Firma]
4	Alicia Lazo E	26.509.376	Psicólogo	Agremiación	[Firma]
5	Yolanda Benítez A	26529525	Apoyo	Agremiación	[Firma]
6	LINDA MORA	1081570630	IAK	Agremiación	[Firma]
7	Jaura V. Caldera	1081423385	Humanización	Agremiación	[Firma]
8	Yenny Pocio Cargueta	1081419016	Coordinadora	Agremiación	[Firma]
9	Diana Fernandez	1081157234	Psicóloga	Agremiación	[Firma]
10	YUM Madro Ramos	1081375256	Udo	Agremiación	[Firma]
11	Jerson Alexander Trujillo S	1075277506	Udo sic	Agremiación	[Firma]
12	Cindy Lorena Guayo Torres	1081396784	Medico	Agremiación	[Firma]
13	Oscevaldo Rivas P.	12249610	Asesor	O.P.S	[Firma]
14	Felipe A. M. del P.	1019010462	D.T.	Agremiación	[Firma]
15	Carlos Z. Contreras	1024508441	Ing. Electrónica	O.P.S	[Firma]
16	Wendy Lugo P.	524548	Abili	O.P.S	[Firma]
17	Diana P. Concha	55178.869	Admon	O.P.S	[Firma]
18	Yanetelie Hernández T.	55.157.219	Ases. Admin	Desconocido	[Firma]

— 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"

— 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: 32 de 32

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"