

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)				SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
Estandares	Grandes temas	PROCESO RESPONSABLE	RESPONSABLE	Responsable	Estado	Responsable	Estado
Direccionamiento	1. Direccionamiento estrategico	GESTION GERENCIAL	DR. ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir: Misión, visión, Objetivos Estratégicos, Políticas, Mapa de Procesos, Plan Estratégico. Las evidencias reposan en la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	2. Apoyo a las funciones y formacion de la junta directiva	GESTION DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las encuestas de capacitación para la Junta Directiva; donde cada uno de sus miembros diligenció dicha encuesta. Para el 26 de noviembre dentro del orden del día se tenía establecido la capacitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad" pero por inconvenientes administrativos no se llevó a cabo, se reprograma para la próxima Sesión de Junta que posiblemente será el día 29 de Octubre de 2018.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las encuestas de capacitación para la Junta Directiva el Día julio 09 de 2018. Se realizó el Día 29 de octubre Formación a los Miembros de Junta Directiva por la Dra. Sandra Patricia Rangel Guerrero quedando evidencia en acta; Se envió vía correo electrónico las siguientes capacitaciones: el día 01 de diciembre Capacitación en Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; el Día 04 de diciembre de 2018 Decreto único en Salud; se realizó invitación a los miembros "Fortalecimiento de Capacidades Técnicas de los miembros de Junta Directiva, en el Proceso de Evaluación de Gerentes"
	3. Socialización, aprobación y seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de la Autocalificación de estándares de Acreditación	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La aprobación de los Planes de acción del PAMEC se aprobaron en comité de calidad el día 20 de junio de 2018. La evidencia reposa en la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La aprobación de los Planes de Acción del Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad se realizó el día 20 de junio de 2018 en Comité de Calidad.
Gerencia	4. Direccionamiento estrategico	GESTION GERENCIAL	DR. ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de direccionamiento estratégico con el fin de definir: Misión, visión, Objetivos Estratégicos, Políticas, Mapa de Procesos, Plan Estratégico. Las evidencias reposan en la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	5. Revisión, actualización y aprobación de las caracterizaciones de procesos	LIDERES DE CADA PROCESO/GESTIÓN DE LA CALIDAD	LIDERES DE LOS PROCESOS/ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó cronograma de actualización de caracterizaciones con cada uno de los líderes de los procesos; se está a la espera de realizar la revisión y ajuste del Mapa de Procesos.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las caracterizaciones de los procesos de acuerdo al nuevo Mapa de Procesos de la E.S.E.
	6. Diseñar y ejecutar estrategias de visibilización del modelo de gestión de calidad	GESTION DE LA CALIDAD/COMUNICACIONES	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La semana del 17 al 22 de septiembre de 2018 se realizó la semana de la calidad donde se ejecutaran actividades tendientes a visibilizar el Modelo de Gestión de la Calidad integrado. HSEQ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La semana del 17 al 22 de septiembre de 2018 se realizó la semana de la calidad donde se ejecutaran actividades tendientes a visibilizar el Modelo de Gestión de la Calidad integrado. HSEQ
	7. Establecer un protocolo para prevenir, controlar y reportar comportamientos agresivos y abusivos en la ESE HRMB.	GESTION SIAU	ALBA LUCIA CASTILLO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó Protocolo para prevenir controlar y reportar comportamientos agresivos en la E.S.E HRMB; aprobado por comité de ética hospitalaria el día 22 de noviembre de 2018 con código PR03-008 del día
	8. Gestión de los convenios docencia - servicio	GESTION GERENCIAL	DR CESAR BARAJAS/DALVA VARGAS REMOLINA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La Ing. Angélica Realizó el Manual de Gestión Docencia Servicio, esta en revisión por subdirección científica y falta anexar algunos conceptos de Historia Clínica
	9. Socialización, aprobación y seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de la Autocalificación de estándares de Acreditación	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La aprobación de los Planes de acción del PAMEC se aprobaron en comité de calidad el día 20 de junio de 2018. La evidencia reposa en la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La aprobación de los Planes de Acción del Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad se realizó el día 21 de junio de 2018 en Comité de Calidad.
	10. Definir las competencias y funciones requeridas en la cada uno de los procesos misionales del HRMB (considerando los nodos)	GESTION DE TALENTO HUMANO	DRA NATALIA DELGADO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	La Oficina de Talento Humano Entregó los perfiles del proceso Misional.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)				SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
Estandares	Grandes temas	PROCESO RESPONSABLE	RESPONSABLE	Responsable	Estado	Responsable	Estado
Talento Humano	11. Adoptar, involucrar y desplegar lineamientos de plataforma estratégica a los enlaces: elementos de la plataforma estratégica del HRMB, código de ética, SG -SST, código de buen gobierno entre otros.	GESTION DE TALENTO HUMANO	DRA NATALIA DELGADO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Una vez esté diseñado y aprobado mediante acto administrativo el Direccionamiento estratégico se realizará el respectivo despliegue a todos los Grupos de Interés.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Esta pendiente lanzamiento. Mas sin embargo control interno Socializó con el Proceso de vigilancia y Proceso de Limpieza y desinfección el Nuevo Direccionamiento Estratégico. La Ing. Angélica el día 21 de diciembre se envió a través de Gestión Documental la Presentación del Direccionamiento Estratégico a todo el Personal de la E.S.E.
	12. Establecer y documentar un proceso para investigaciones	GESTION GERENCIAL	DR CESAR BARAJAS/DALVA VARGAS REMOLINA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	EL proceso Médico Apoyo a la Oficina de Calidad diseño protocolo y formatos para investigación; se envió a comité de ética para su respectiva aprobación.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	El protocolo de Investigación se aprobó en Comité de Etica el Día 22 de Noviembre de 2018 con Código PR13-001
	13. Estandarizar requisitos mínimos para procesos de investigación	GESTION GERENCIAL	DR CESAR BARAJAS/DALVA VARGAS REMOLINA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	EL proceso Médico Apoyo a la Oficina de Calidad diseño protocolo y formatos para investigación; se envió a comité de ética para su respectiva aprobación.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	El protocolo de Investigación se aprobó en Comité de Etica el Día 22 de Noviembre de 2018 con Código PR13-001
	14. Fortalecer la medición de indicadores mensuales de Seguridad del Paciente	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/DRA. MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza mensualmente comité de seguridad del paciente donde se presenta los eventos adversos por tipo y por servicio. Se dispuso en las carteleras Institucionales de cada uno de los servicios los indicadores; con el fin que los colaboradores esten informados de los eventos adversos más frecuentes que se presentan en la Institución.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se establecieron los indicadores por tipo de evento adverso y por servicio. Socializándolos en las carteleras informativas de cada servicio.
	15. Fomentar inducción específica del estándar de Seguridad del Paciente	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/DRA. MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se está realizando inducción específica en el tema de Programa de Seguridad del Paciente por la Enfermera Apoyo a la Oficina de Calidad. Las evidencias reposan en la Oficina de Talento Humano.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza la inducción específica en el Tema de Seguridad del paciente dentro de la ruta de inducción establecida por la E.S.E. Se realiza pre test y post test en el tema.
	16. Fortalecer la cultura del reporte de situaciones asociadas a la Seguridad del Paciente por parte del personal médico y administrativo.	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/DRA. MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron capacitaciones en el Programa de Seguridad del Paciente en los meses de mayo y junio de 2018, según cronograma previamente establecido. Asistieron 175 colaboradores. Se tiene programado para el mes de noviembre realizar la segunda capacitación.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	En los meses de Mayo, Junio, Noviembre y Diciembre de 2018 se realizaron capacitaciones en el Programa de Seguridad del Paciente. Arreglar certificación.
	17. Actualizar el procedimiento de asignación de citas, socialización, implementación y evaluación. seguimiento	GESTION AMBULATORIOS	JAIME OROSTEGUI OSSES-JEFE EMILSE GAMBOA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se esta revisando el procedimiento de asignación de citas médicas con el fin de realizar los ajustes pertinentes.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron los ajustes correspondientes al procedimiento de asignación de citas.
	18. Diseñar estrategias para la socialización del procedimiento de asignación de citas a los usuarios.	GESTION AMBULATORIOS	JAIME OROSTEGUI OSSES-JEFE EMILSE GAMBOA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Una vez esté actualizado el Procedimiento se realizará la respectiva socialización.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la respectiva socialización del Procedimiento de Asignación de Citas.
	19. Fortalecer la entrega de los planes caseros	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/JEFE DALVA VARGAS	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se esta realizando la actualización de los planes caseros, con el fin de entregarlos al paciente y su familia en último trimestre del año en vigencia.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se actualizaron y se socializaron los planes caseros. Se anexa certificación.
	20. Fortalecer el sistema de remisión a los programas de pyp, brindando un servicio integral desde los servicios hospitalarios, observación y urgencias, creando estrategias para direccionar a programas de pyp en hospitalización.	GESTION SALUD PUBLICA	JEFE ALEJANDRA MARTINEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza rondas en los servicios los lunes y jueves de cada semana canalizando a pacientes para los servicios de Promoción y Prevención.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza rondas en los servicios los lunes y jueves de cada semana canalizando a pacientes para los servicios de Promoción y Prevención.
	21. Educación al personal de hospitalización, observación y urgencias en los programas de pyp	GESTION SALUD PUBLICA	JEFE ALEJANDRA MARTINEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizan capacitaciones y talleres ludicoprácticos mensualmente en los diferentes servicios de la Institución.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizan capacitaciones y talleres ludicoprácticos mensualmente en los diferentes servicios de la Institución.
	22. Definir y adquirir material para evaluar al paciente que se encuentra en programa de crecimiento y desarrollo.	GESTION SALUD PUBLICA	JEFE ALEJANDRA MARTINEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se solicito a Subdirección científica la compra de implementos para la evaluación de los menores que ingresan a la consulta de control de crecimiento y desarrollo basados en la normatividad 3280.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se adquirieron juguetes ludico practicos para la consulta de crecimiento y desarrollo.
	23. Implementar mecanismos de seguimiento para los usuarios: llamadas telefónicas y seguimiento a tratamiento o usuarios inasistentes. (Odontología)	GESTION SERVICIOS AMBULATORIOS	DRA PATRICIA ATUESTA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se implemento el FORMATO CONTROL DE PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PENDIENTES, se evidencia la ejecución del actividad mediante los llamados telefónicos.
	24. Desarrollar, socializar, implementar los planes de atención de partos de emergencia en los servicios (hospitalización, ginecología, urgencia)	GESTION DE LA CALIDAD	DRA MARGARITA OLARTE/GINECOLÓGOS	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó un anexo a la Guía de Trabajo de Parto, se actualizó la Guía. Se realizó socialización al personal y se envió a la Oficina de DATIC para que ésta sea subida a la Intranet.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó un anexo a la Guía de Trabajo de Parto, se actualizó la Guía. Se realizó socialización al personal y se está disponible para su consulta en la Intranet.
	25. Socializar el procedimiento para consecución de consentimiento informado	GESTION DE LA CALIDAD	DRA MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	el 13 de noviembre se realizará la capacitación a cargo de FEPASDE dirigido a especialistas, médicos generales y enfermería. Se realiza auditoría en el servicio de Cirugía con el fin de verificar su cumplimiento.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la sensibilización del adecuado diligenciamiento del consentimiento informado por parte de SCARE FEPASDE el día 13 de noviembre de 2018.
	26. Socialización del manual de toma de muestras	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/JEFE DALVA VARGAS	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se tiene planeado realizar la socialización del protocolo de toma de muestra el 18 de octubre; por cuanto el 25 de septiembre se realizó la respectiva actualización.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó capacitación en el manual de toma de muestras el día 18 de octubre de 2018.
PACAS							

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)				SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
Estandares	Grandes temas	PROCESO RESPONSABLE	RESPONSABLE	Responsable	Estado	Responsable	Estado
	27. Verificar la oportunidad en la entrega de planes de cuidado	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO/JEFE DALVA VARGAS	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad que será ejecutada inmediatamente después de la actualización de los planes caseros.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se entregaron los planes caseros educando al paciente y su familia en su contenido
	28. Notificar al servicio competente los hallazgos encontrados durante el comité de historias clínicas para elaboración de planes de mejora	GESTION DE LA CALIDAD	DRA MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Los resultados de la Auditoría se llevan a comité de Historia Clínica donde son analizados y se define la persona o el servicio que debe realizar el plan de mejoramiento.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó una reunión con los médicos generales de consulta externa con el fin de notificarles los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas y los planes de mejoramiento.
	29. Actualizar el directorio de las eapb.	GESTION GERENCIAL	DRA. DIANA GOMEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se está consolidando la Información con el fin de realizar la actualización del directorio de las EAPB	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se consolidó la Información de la EAPB se envió el archivo a la Oficina de DATIC para que éste sea dispuesto en la Intranet.
	30. Implementar el análisis de incidentes y eventos adversos asociados a este estándar.	GESTION DE LA CALIDAD	DRA MARGARITA OLARTE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza mensualmente comité de seguridad del paciente donde se presenta los eventos adversos por tipo y por servicio y son analizados mediante el protocolo de Londres.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realiza mensualmente comité de seguridad del paciente donde se presenta los eventos adversos por tipo y por servicio y son analizados mediante el protocolo de Londres. Las actas de Comité de Seguridad del Paciente se encuentran disponibles en la Oficina de Calidad.
	31. Elaborar proceso estandarizado de la mejora continua, que incluya ac, ap, mejora, articulación de la mejora en todos los servicios, seguimiento a la mejora.	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se está diseñando el procedimiento de mejora continua, acciones correctivas, acciones preventivas.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se diseñó el proceso Y formato de reporte y de seguimiento a la mejora
Ambiente Físico	32. Actualizar el plan de emergencia de acuerdo a las disposiciones del CRUE	GESTION DE TALENTO HUMANO	DOCTOR AGUILAR E ING JOSUE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la actualización del Plan de Emergencias Hospitalarias esta pendiente reunión del Comité para su respectiva aprobación; posteriormente se realizará su estandarización por Calidad. Se incluyó dentro la actualización el nombre del responsable para la activación de emergencias y la capacitación para el personal del plan de emergencias.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se actualizó el Plan de Emergencias Hospitalarias el día 26 de diciembre de 2018
	33. Desarrollar mecanismos para culturizar al personal en la aplicación de los mecanismos de privacidad	GESTION DE LA CALIDAD	JEFE LILIANA CASTRO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	A partir del mes de junio se incluyó dentro del proceso de inducción específica la socialización de la Política de Humanización. Las evidencias reposan en la Oficina de Talento Humano.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	A partir del mes de junio se incluyó dentro del proceso de inducción específica la socialización de la Política de Humanización. Las evidencias reposan en la Oficina de Talento Humano.
	34. Identificar mediante lista de chequeo las condiciones requeridas para mejorar el ambiente físico de aislamiento	GESTION SALUD PUBLICA	JEFE YESIKA SILVA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la lista de chequeo de las condiciones de habitaciones con aislamientos.
	35. Incluir en el protocolo de aislamiento las identificaciones de las habitaciones y la política de uso.	GESTION SALUD PUBLICA	JEFE YESIKA SILVA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las tarjetas de aislamiento las cuales por anterior contienen las precauciones de ingreso al aislamiento y en la cara posterior contiene las patologías para las cuales están indicados los tipos de aislamientos.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las tarjetas de aislamiento las cuales por la cara anterior contienen las precauciones de ingreso al aislamiento y en la cara posterior contiene las patologías para las cuales están indicados los tipos de aislamientos. Se ajustó el protocolo.
	36. Identificar en los tableros de la red eléctrica de cada uno de los servicios	GESTION RECURSOS FISICOS	ING ANGELICA PLAZAS	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actualmente no se ha ejecutado con la actividad; debido a que por concepto técnico del electricista se requiere que no haya pacientes en los servicios porque al cortar la energía se afecta a los equipos que están conectados a los pacientes y se afectaría su integridad.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la identificación de los tableros de la red eléctrica de algunos servicios de la Entidad. Dicha actividad se debe hacer progresivamente para no traumatizar la atención en salud en los servicios.
	37. Unificar todas las políticas institucionales de su sistema de gestión.	GESTION GERENCIAL	DR ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas: HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	38. Actualizar el Plan de Emergencias, incluyendo el nombre del responsable para activación de emergencia.	GESTION DE TALENTO HUMANO	DOCTOR AGUILAR E ING JOSUE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la actualización del Plan de Emergencias Hospitalarias esta pendiente reunión del Comité para su respectiva aprobación; posteriormente se realizará su estandarización por Calidad. Se incluyó dentro la actualización el nombre del responsable para la activación de emergencias y la capacitación para el personal del plan de emergencias.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se actualizó el Plan de Emergencias Hospitalarias el día 26 de diciembre de 2018
	39. Estandarizar periodicidad de capacitación para el personal y ejecutar.	GESTION DE TALENTO HUMANO	DOCTOR AGUILAR E ING JOSUE	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó la actualización del Plan de Emergencias Hospitalarias esta pendiente reunión del Comité para su respectiva aprobación; posteriormente se realizará su estandarización por Calidad. Se incluyó dentro la actualización el nombre del responsable para la activación de emergencias y la capacitación para el personal del plan de emergencias.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se actualizó el Plan de Emergencias Hospitalarias el día 26 de diciembre de 2018

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)				SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
Estandares	Grandes temas	PROCESO RESPONSABLE	RESPONSABLE	Responsable	Estado	Responsable	Estado
	40. Definir y establecer la política de gestión de la tecnología con el direccionamiento estratégico.	GESTION RECURSOS FISICOS	DR ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas : HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	41. Determinar los objetivos, y el plan de acción para su cumplimiento, coherentes con las políticas.	GESTION RECURSOS FISICOS	DR ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas : HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	42. Asegurar la capacitación en uso de tecnologías cuando la rotación de personal es alta, en todas las áreas administrativas, y asistenciales, incluyendo la inducción en manejo software de historias clínicas.	GESTION RECURSOS FISICOS	ING RONEY E ING ANGELICA MTMTO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizan jornadas de capacitación al personal en el manejo de Historia Clínica. Se han realizado capacitaciones en el uso, manejo y limpieza de equipo médico; conocimientos básicos en Tecnovigilancia; se aplica una evaluación para medir su adherencia. Adicionalmente se tiene planteado un cronograma para capacitar al personal en tecnovigilancia.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizan jornadas de capacitación al personal en el manejo de Historia Clínica; Se anexan evidencias. Se han realizado capacitaciones en el uso, manejo y limpieza de equipo médico; conocimientos básicos en Tecnovigilancia; se aplica una evaluación para medir su adherencia. Adicionalmente se tiene planteado un cronograma para capacitar al personal en tecnovigilancia.
	43. Evaluar los planes de contingencia por fallo de equipos y documentar y socializar los pendientes.	GESTION RECURSOS FISICOS	ING RONEY E ING ANGELICA MTMTO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar. (Sistemas). En los servicios de cirugía y urgencias se realiza una revisión predictiva de los equipos y accesorios disponibles en cada servicio, dejando evidencia con formato firmado por el jefe del servicio. Los fallos se notifican al jefe del servicio.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se cuenta con el procedimiento de cambios de emergencia para DATIC. En los servicios de cirugía y urgencias se realiza una revisión predictiva de los equipos y accesorios disponibles en cada servicio, dejando evidencia con formato firmado por el jefe del servicio. Los fallos se notifican al jefe del servicio. Se cuenta con una Guía de Plan de Contingencia para asegurar la continuidad de la Atención debido a daño de los equipos médicos.
	44. Definir y establecer la política de para la puesta en funcionamiento de la tecnología con el direccionamiento estratégico.	GESTION GERENCIAL	DR. ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas : HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	45. Determinar los objetivos, y el plan de acción para su cumplimiento, coherentes con las políticas	GESTION GERENCIAL	DR. ARIEL JIMÉNEZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas : HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	46. Definir indicadores para evaluación y seguimiento de las tecnologías - mantenimiento	GESTION GERENCIAL	ING RONEY E ING ANGELICA MTMTO	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar. (Sistemas) Se tiene indicadores: Porcentaje de Cumplimiento de ejecución de mantenimiento preventivo de los equipos y Cumplimiento de ejecución de actividades de calibración de equipos.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Datic cuenta con indicadores del cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo, porcentaje de mantenimientos correctivos exitosos, Número de procesos de Baja Realizados entre otros. Mantenimiento cuenta con los siguientes indicadores: Porcentaje de Cumplimiento de ejecución de mantenimiento preventivo de los equipos, infraestructura y mobiliario y Cumplimiento de ejecución de actividades de calibración de equipos. Se anexa informe de resultados.
	47. Implementar proceso formal de seguimiento a las oportunidades de mejora realizadas	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se está diseñando el procedimiento de mejora continua, acciones correctivas, acciones preventivas.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se diseño el proceso y formato de reporte y de seguimiento a la mejora
	48. Unificar en el hospital y documentar los procedimientos para realizar identificación análisis y planes de mejoramiento	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se está diseñando el procedimiento de mejora continua, acciones correctivas, acciones preventivas.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se diseño el proceso y formato de reporte y de seguimiento a la mejora

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)				SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
Estandares	Grandes temas	PROCESO RESPONSABLE	RESPONSABLE	Responsable	Estado	Responsable	Estado
Gerencia de la Información	49.Contemplar aspectos de gestión de la información en el direccionamiento estratégico	DATIC	ING RONEY SUAREZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se han realizado 3 reuniones con el grupo de Direccionamiento estratégico con el fin de definir las políticas : HSEQ, Gestión Documental, Gestión de la Tecnología, Talento Humano, Atención Centrada en el Usuario, Seguridad del Paciente, Humanización, Gerencia de la Información, Comunicación y Gestión del Riesgo.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron las siguientes reuniones con el fin de formular el nuevo direccionamiento estratégico y Políticas: 13 de agosto de 2018, 27 de agosto de 2018, 03 de septiembre de 2018, 16 de octubre de 2018, 22 de octubre de 2018, 01 de noviembre de 2018, 14 de Noviembre de 2018. Se hizo revisión del Direccionamiento en las dos últimas fechas. El Direccionamiento Estratégico se aprobó mediante Resolución 284 del 30 de octubre de 2018.
	50.Completar la batería de indicadores	DATIC	ING. RONEY SUAREZ	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizaron avances en la construcción de la batería de indicadores institucionales. Actualmente se han definido 254 indicadores, se esta a la espera de la definición en algunos centros de costo y la revisión final para dar paso a la segunda fase del proceso.
	51.Definición del grupo de indicadores y su respectivo estándar para el manejo de cuadro de mando integral (resolución 256)	DATIC	ING RONEY Y JAIME OROSTEGUI	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Actividad pendiente por ejecutar	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se concertó con la Secretaria de salud los estandares meta de la Resolución 256 de 2016; siendo éste insumo para la Batería de Indicadores.
Mejoramiento de la Calidad	52.Asegurar un enfoque sistémico para el mejoramiento continuo de la calidad	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó autoevaluación con estandares del sistema único de acreditación, se formuló planes de acción y se realiza seguimiento.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se realizó autoevaluación con estandares del sistema único de acreditación, se formuló planes de acción y se realiza seguimiento.
	53.Retroalimentar a la organización, a los involucrados en los procesos de los resultados de los procesos	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Una vez se tengan los resultados de la ejecución del Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad en Salud se realizará la Respectiva socialización de resultados	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Para el mes de enero de 2019 ,una vez se tengan los resultados del PAMEC se realizará el Comité de Evaluación y Gestión del Desempeño; con el ánimo de socializar los resultados de la ejecución del PAMEC.
	54.Plantear mecanismos diferentes para difusión de resultados obtenidos de interés para proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades.	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Una vez se tengan los resultados de la ejecución del Programa de Auditoria para Mejoramiento de la Calidad en Salud se realizará la Respectiva socialización de resultados	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Se publicó en la Pagina Web Institucional el cumplimiento del PAMEC, y una vez sea enviado a la SUPERSALUD se enviará el reporte a las EPS.
	55. Seguimiento, evaluación y cumplimiento de los planes de mejoramiento para el II Semestre 2018.	GESTION DE LA CALIDAD	ING ANGELICA MARIA RUEDA	Jefe Oficina Asesora de Calidad	El primer seguimiento se está realizando el 30 de septiembre de 2018	Jefe Oficina Asesora de Calidad	El segundo seguimiento se realizó el 21 de diciembre de 2018.

ELABORADO POR: ING. ANGELICA MARIA RUEDA JIMENEZ
JEFE OFICINA ASESORA DE CALIDAD