	<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>Código: F-AS-VP10-02</b>
	<b>ACTA DE SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha Aprobación: 03/07/2019</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 1</b>



<b>IPS:</b>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ		
<b>CODIGO:</b>	5400100371		
<b>NIT:</b>	800014918		
<b>Representante Legal:</b>	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ		
<b>Dirección:</b>	Av.11E No.5AN-71 GUAIMARAL		
<b>Teléfonos:</b>	0775743175		
<b>Fechas de visita / Asesoría</b>	17 DE DICIEMBRE 2020		

<b>Responsable de la Evaluación:</b>			
Nombres	Apellidos	C.C.	Firma
DIANA M	SALAZAR O	37292112	


En el Municipio de Cúcuta a los 17 días del mes de Diciembre de 2020 se realizó por medio de plataforma virtual, video conferencia con el prestador de la institución referenciada, para llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación del **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad** en cumplimiento de condiciones reglamentadas en el Decreto 780 de 2016.

**OBSERVACIONES**

Se deja constancia de que la actividad se inició a las 8:00 y se da por terminada el día -17- del mes de diciembre a las 12:00 (horas). Se lee, se aprueba, se firma por los que en ella intervinieron.

		
<b>Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA)</b> <b>Representante Legal de la Institución</b>	<b>(NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA)</b> <b>Responsable de recibir la Evaluación por parte de la Institución.</b>	<b>(NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA)</b> <b>Responsable de la Evaluación:</b>

<b>Observaciones:</b>
Se deja constancia de que el proceso de asistencia técnica y evaluación se realizó a través de reunión virtual, atendiendo a la declaración de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID – 19.


 <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER	<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>Código: P-AS-VP10-01</b>
	<b>SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC</b>	<b>Fecha Aprobación:</b> 03/07/2019
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página 1 de 5</b>

<b>NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD</b>				
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ				
<b>NIT</b>	800014918			
<b>CÓDIGO DEL PRESTADOR</b>	5400100371			
<b>DIRECCIÓN</b>	Av.11E No.5AN-71 GUAIMARAL			
<b>FECHA INSCRIPCIÓN</b>	<b>DE</b>	20030414	<b>HORA</b>	8:00
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ		<b>C.C.</b>	9092610
<b>FECHA DE VISITA/ASEORÍA</b>	<b>DE</b>	17 DICIEMBRE 2020	<b>TELEFONOS</b>	0775743175

**I. DECRETO 780 DE 2016 – RESOLUCIÓN 3100 de 2019**


<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>						
<b>ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD</b>			<b>C</b>	<b>No C</b>	<b>NA</b>	
<b>ASPECTOS GENERALES</b>						
1	La institución realizó reporte de circular N° 0012 de 2016.			x		
2	La institución realizó reporte en tiempos definidos por N° 0012 de 2016.			x		
3	Cuenta con cronograma para ejecución del PAMEC para el año de vigencia.			x		
4	El planeamiento del cronograma está determinado a un (1 año).					
5	Las fechas de ejecución de cada uno de los pasos de la ruta crítica están acorde a su cumplimiento a la fecha de la visita/asesoría			x		
<b>1. AUTOEVALUACIÓN</b>						
6	El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema Único de Acreditación.</li> <li>2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad.</li> <li>3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales.</li> <li>4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente.</li> </ol>			x		X X X
7	Si el enfoque de la autoevaluación es en estándares de acreditación se realizó autoevaluación cualitativa y cuantitativa.			x		
8	Si el enfoque de la autoevaluación es en estándares de acreditación existe evidencia de operatividad de los grupos de autoevaluación.			x		
9	Evidencia del periodo de implementación y evaluación del PAMEC, debidamente documentado.			x		



 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>Código: P-AS-VP10-01</b>
	<b>SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC</b>	<b>Fecha Aprobación: 03/07/2019</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 2 de 5</b>


<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
<b>ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD</b>		<b>C</b>	<b>No C</b>	<b>NA</b>
10	<p>Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC:</p> <p>Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares.</li> <li>2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.</li> <li>3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación.</li> <li>4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA.</li> </ol>	X  X  X X		
<b>2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR</b>				
11	Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.	x		
12	Si el alcance del PAMEC No es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta críticas del PAMEC.			x
<b>3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>				
13	Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.	x		
14	Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito.			x
<b>4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA</b>				
15	Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el periodo de implementación de dicho PAMEC	x		
16	<p>Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si el alcance es el mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de información para la Calidad, indicar la meta a cumplir.</li> <li>2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar.</li> <li>3. Si el alcance es el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente documentando en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente</li> </ol>			X  X  X



 <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> <small>NORTE DE SANTANDER</small>	<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>Código: P-AS-VP10-01</b>
	<b>SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC</b>	<b>Fecha Aprobación: 03/07/2019</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 3 de 5</b>


<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
<b>ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD</b>		<b>C</b>	<b>No C</b>	<b>NA</b>
	recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado.			
<b>5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA</b>				
17	Existe cronograma de auditorías internas.	X		
18	Resultado de las auditorías internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado.	X		
19	Existe informe de los principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo orientadas en la ejecución del PAMEC.	X		
20	Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación.	X		
21	Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas.	X		
<b>6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>				
22	Evidencia documental de la formación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzarla la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.	X		
<b>7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>				
23	Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.	X		
<b>8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>				
24	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye los seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna.	X		
<b>9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>				
25	Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad.			P
<b>10. COMITES INSTITUCIONALES E OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO</b>				



	<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>Código: P-AS-VP10-01</b>
	<b>SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC</b>	<b>Fecha Aprobación:</b> 03/07/2019
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 4 de 5</b>

<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
<b>ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD</b>		<b>C</b>	<b>No C</b>	<b>NA</b>
<b>26</b>	<p>La institución cuenta con los Comités de Obligatorio Cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS</li> <li>• COMITÉ DE URGENCIAS.</li> <li>• COMITÉ DE FARMACIA</li> <li>• COMITÉ ETICA HOSPITALARIA</li> <li>• COMITÉ TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</li> <li>• COMITÉ DOCENCIA SERVICIO</li> <li>• COMITÉ DE INFECCIONES</li> <li>• COMITÉ DE TRASPLANTES</li> <li>• COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(COVE)</li> </ul> <p>Para cada comité se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Acta de conformación.</li> <li>▫ Actas de reuniones (mensual).</li> <li>▫ Las acciones propuestas en cada reunión se ejecutan.</li> <li>▫ Se realiza seguimiento a las acciones planteadas o propuestas.</li> <li>▫ Existe un referente o responsable visible encargado de la operatividad del comité.</li> <li>▫ Se evidencia que los comités son funcionales para los procesos de calidad y ayudan al desempeño y objetivos asistenciales.</li> </ul>			
<p><b>ASPECTOS CRÍTICOS:</b> Aunque se está realizando simultáneamente la evaluación al plan de mejoramiento, es importante tener la información consolidada dentro de los tiempos establecidos por la institución. El prestador no soporta comités de obligatorio cumplimiento, manifiesta que emitieron circular interna, reprogramando de manera virtual y llevando periódicamente los comité de emergencias y copasst.</p>				
<p><b>ASPECTOS POSITIVOS:</b> Se evidencia información organizada de acuerdo con los pasos de la ruta crítica.</p>				
<p><b>OBSERVACIONES:</b> Se deja constancia de que el proceso de asistencia técnica y evaluación se realizó a través de reunión virtual, atendiendo a la declaración de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID – 19.</p>				



 <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> <small>NORTE DE SANTANDER</small>	<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>Código: P-AS-VP10-01</b>
	<b>SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC</b>	<b>Fecha Aprobación: 03/07/2019</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 5 de 5</b>

**RESULTADO DE LA EVALUACION DEL PERIODO ACTUAL:**


1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
NOMBRE IPS	NIT	CODIGO HABILITACIÓN	REALIZO AUTOEVALUACIÓN	SELECCIONO PROCESOS A MEJORAR	PRIORIZO LOS PROCESOS A MEJORAR	DIFINIO LA CALIDAD ESPERADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS	DIFINIO LA CALIDAD OBSERVADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS	FOMULO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA PARA LOS PROCESOS ESPERADOS	IMPLEMENTO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA PARA LOS PROCESOS ESPERADOS	IMPLEMENTO INDICADORES DE RESULTADOS PARA MEDIR LA GESTIÓN	REALIZO EVALUACION DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA	REALIZO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	RESULTADO DE CUMPLIMIENTO (BAJA, MEDIA, ALTA EJECUCIÓN)	ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD EVALUADA DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAM	ESCRIBA EL CARGO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC	CORREO ELECTRONICO DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC	TELEFONO DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ	800014918	5400100371	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	p/ por cronograma	ALTA	DIANASALAZAR	PLANEACIONCALIDAD	PLANEACION.CALIDAD@ERASMOMEZ.GOV.CO	3208313819

Los puntos del 4 al 13 escribir SI o NO

Relacione el resultado de cumplimiento del PAMEC de la entidad evaluada:

1: baja ejecución ( menos de cinco criterios cumplidos)	
2: media ejecución ( entre 6 y 8 criterios cumplidos)	
3: alta ejecución ( mayor de nueve criterios cumplidos)	X

OBSERVACIONES: ( relacione las observaciones que considere pertinentes, información para la superintendencia)

  
Representante Legal o Profesional Asignado

Miembro de la Comisión IDS