

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: P-AS-VP10-01
	SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC	Fecha Aprobación: 03/07/2019
		Versión: 01
		Página 1 de 5

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD			
E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ			
NIT	800014918-9		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	5400100371-01		
DIRECCIÓN	Av 11E No 5AN-71 GUAIMARAL		
FECHA DE INSCRIPCIÓN	20030414	TELEFONOS	0775743175
REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ	C.C.	9092610
FECHA DE VISITA/ASISTENCIA	01-12-2021	HORA VISITA/ASISTENCIA	8:15

I. DECRETO 780 DE 2016 – CIRCULAR 012 DE 2016.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD				
ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD		C	No C	NA
ASPECTOS GENERALES				
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).	x		
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		
1. AUTOEVALUACIÓN				
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: 1. Sistema Unico de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad. 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 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	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		
10	Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC Si el enfoque es el Sistema Unico de Acreditación 1 La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2 La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA 3 Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación.	x x x x		

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: P-AS-VP10-01
	SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC	Fecha Aprobación: 03/07/2019
		Versión: 01
		Página 2 de 5

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD			C	No C	NA
4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA			X		
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR					
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
3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS					
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
4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA					
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	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: 1. Si el alcance es el mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de información para la Calidad, indicar la meta a cumplir. 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. 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 recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado				X X X
5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA					
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		

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-VP10-01
	SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC	Fecha Aprobación: 03/07/2019
		Versión: 01
		Página 3 de 5

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD				
ALCANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD		C	No C	NA
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 auditorias 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		
6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA				
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		
7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA				
23	Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada	x		
8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA				
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		
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL				
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.	x		
10. COMITES INSTITUCIONALES E OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO				
26	La institución cuenta con los Comités de Obligatorio Cumplimiento:			
	<ul style="list-style-type: none"> • COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS • COMITÉ DE URGENCIAS • COMITÉ DE FARMACIA • COMITÉ ETICA HOSPITALARIA • COMITÉ TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA • COMITÉ DOCENCIA SERVICIO • COMITÉ DE INFECCIONES • COMITÉ DE TRANSPLANTES • COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(COVE) 	X X X X X X X X X		
	Para cada comité se cuenta con:			
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Acta de conformación. 	X		

	ATENCION EN SALUD	Código: P-A5-VP10-01
	SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC	Fecha Aprobación: 03/07/2019 Versión: 01 Página 4 de 5

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD				
ALGANCE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD		C	No C	NA
	<ul style="list-style-type: none"> Actas de reuniones (mensual) Las acciones propuestas en cada reunión se ejecutan. Se realiza seguimiento a las acciones planteadas o propuestas. Existe un referente o responsable visible encargado de la operatividad del comité. Se evidencia que los comités son funcionales para los procesos de calidad y ayudan al desempeño y objetivos asistenciales 	X		
	ASPECTOS CRITICOS:			
	ASPECTOS POSITIVOS: Implementación de los pasos de la ruta crítica según cronograma institucional.			
OBSERVACIONES: 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.				



INSTITUTO
DEPARTAMENTAL
DE SALUD
CORTE DE SANTO ALBA

ATENCIÓN EN SALUD

Código: P-AS-VP10-01

Fecha Aprobación:

03/07/2019

Versión: 01

Página 5 de 5

SEGUIMIENTO COMPONENTES SOGC

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 HABILITACION	REALIZO AUTOLUACION	SELECCION PROCESOS A MEJORAR	PRIORIZACION PROCESOS A MEJORAR	DEFINICION CALIDAD PROCESOS	DEFINICION CALIDAD SERVICIOS	DEFINICION CALIDAD SERVICIOS	IMPLEMENTACION PLANES DE MEJORAMIENTO	IMPACTO INDICADORES RESULTADOS	REALIZO EVALUACION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	REALIZO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	RESULTADO DE CUMPLIMIENTO (BAJA, MEDIANA O ALTA)	ESCRIBIÓ NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD EVALUADA	ESCRIBIÓ EL CARGO DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD EVALUADA	COMPROBACION ELECTRONICA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO TO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC	COMPROBACION ELECTRONICA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO TO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC	TELEFONO DE CONTACTO PARA EL SEGUIMIENTO TO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FRASMO MEZO	890500810-1	5400100371-01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	ALTA	DIANA SALAZAR	PLANEACION	PLANEACION CA LIDAD@HEH.AS MEZO.GOV.CO	075743175		

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)

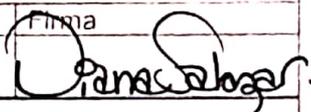
Pamec 2021

[Firma]
Representante Legal o Profesional asignado a

[Firma]
Miembro de la Comisión IDS c.c.37.292.112

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

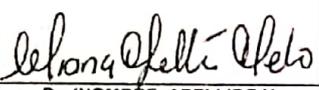
IPS: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ	
CODIGO:	5400100371-01
NIT:	800014918-9
Representante Legal:	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ
Dirección:	Av.11E No.5AN-71 GUAIMARAL
Teléfonos:	0775743175
Fechas de visita / Asistencia	01-12-2021

Responsable de la Evaluación:			
Nombres	Apellidos	C.C.	Firma
DIANA MARIA	SALAZAR OYCATÁ	37.292.112	

En el Municipio de Cúcuta a los 01 días del mes de diciembre de 2021 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 8:15a.m y se da por terminada el día -01 del mes de diciembre a las 12:00 (horas). Se lee, se aprueba, se firma por los que en ella intervinieron.

		
Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA Representante Legal de la Institución)	Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA Responsable de recibir la evaluación por parte de la Institución.	Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA Responsable de recibir la evaluación por parte de la Institución.

Observaciones:

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.