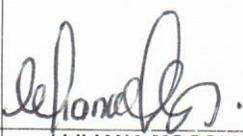


	ATENCIÓN EN SALUD	Código: F-AS-VF10-02
	ACTA DE SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	Fecha Aprobación: 14/02/2022
		Versión: 02
		Página 1 de 1

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ			
CODIGO:	5400100371		
NIT:	800014918		
Representante Legal:	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ		
Dirección:	Av.11E No.5AN-71 GUAIMARAL		
Teléfonos:	0775743175	5744940	
Fechas de visita / Asistencia	23 DE ENERO DE 2023		
Responsable de la Evaluación:			
Nombres	Apellidos	C.C.	Firma
YANETH SHIRLEY	GRISALEZ MARTINEZ	60398186	
<p>En el Municipio de Cúcuta a los 23 días del mes de Enero de 2023 se presentó en la Oficina de Vigilancia y Control del Instituto Departamental de Salud 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.</p> <p>OBSERVACIONES Se deja constancia de que la actividad se inició a las 8:30 am (horas) y se da por terminada el día 23 de del mes de Enero a las 12:30 m (horas). Se lee, se aprueba, se firma por los que en ella intervinieron.</p>			
			
Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA) Representante Legal de la Institución	(LILIANA MOGOLLON MELO CC. 37.328-294) Responsable de recibir la evaluación por parte de la Institución.	(NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA) Responsable de recibir la evaluación por parte de la Institución.	
Observaciones:			



ATENCIÓN EN SALUD

Código: F-AS-VP10-01

SEGUIMIENTO A COMPONENTES DE CUMPLIMIENTO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Fecha Aprobación: 14/02/2022

Versión: 02

Página 1 de 5

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

NIT	800014918		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	5400100371		
DIRECCIÓN	Av.11E No.5AN-71 GUAIMARAL		
FECHA DE INSCRIPCIÓN	2003/04/14	TELEFONOS	
REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ	0775743175	5744940
FECHA DE VISITA/ASISTENCIA	23 DE ENERO DE 2023	HORA VISITA/ASISTENCIA	8:30 AM

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 Único 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		
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:			



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.

Teléfono: IP PBX 5892105. (ext-199) NIT: 890500890-3 Email - director@ids.gov.co

	Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación:	X		
	1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares.	X		
	2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	X		
	3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación.	X		
	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
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	X		

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: F-AS-VP10-01
	SEGUIMIENTO A COMPONENTES DE CUMPLIMIENTO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	Fecha Aprobación: 14/02/2022
		Versión: 02
		Página 3 de 5

	resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado.			
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		
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 	X X X X X X		X



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
Teléfono: IP PBX 5892105. (ext-199) NIT: 890500890-3 Email - director@ids.gov.co

	<ul style="list-style-type: none"> • COMITÉ DE TRANSPLANTES • COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(COVE) <p>Para cada comité se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Acta de conformación. ▫ 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 CRÍTICOS:				
<p>ASPECTOS POSITIVOS:</p> <p>La Institución está comprometida con el componente de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad del SOGC, se recomienda continuar en el mejoramiento continuo para alcanzar los estándares superiores de calidad.</p>				
OBSERVACIONES:				



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD		Código: F-AS-VP10-01
	SEGUIMIENTO A COMPONENTES DE CUMPLIMIENTO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD		Fecha Aprobación: 14/02/2022 Versión: 02
			Página 5 de 5

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
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ	800014918	5400100371	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NOMBRE IPS	NIT	CODIGO HABILITACION	REALIZO AUTOEVALUACION	SELECCIONO PROCESOS A MEJORAR	PRIOORIZO LOS PROCESOS A MEJORAR	DEFINIO LA CALIDAD ESPERADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS	DEFINIO LA CALIDAD OBSERVADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS	FORMULO 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 RESULTADO PARA MEDIR LA GESTION	REALIZO EVALUACION DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA	REALIZO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	RESULTADO DE CUMPLIMIENTO (BAJA, MEDIA, ALTA EJECUCION)	ESCRIBO EL NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD EVALUADA DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAM	ESCRIBO EL CARGO DEL RESPONSABLE DE LA REALIZACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAM	CORREO ELECTRONICO DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAM	TELEFONO O DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAM

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)	ALTA

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

Yaneth Grisalez
 Representante Legal o Profesional asignado
 C.C. 57378.207

Yaneth Grisalez
 Miembro de la Comisión IDS
 C.C. 50.398.185



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
 Teléfono: IP PBX 58921105. (ext-199) NIT: 890500890-3 Email - director@ids.gov.co