
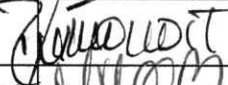







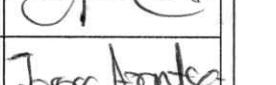


	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA1 de 8

LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño **CAPACITACION** **REUNION** **x**

ACTA NO. : 009 **FECHA: 28/09/2023** **HORA: 08:07 am**


Asistentes:

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Ruth Xiomara Rodríguez	Subgerente	Subgerencia Administrativa	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Doris Angarita Acosta	Asesor	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Nefer Leandro Mora	Líder	Jurídica	
Martin Eduardo Herrera León	Asesor	Control Interno de Gestión	
Gregorio Antonio Leal Castro	Profesional Universitario	Sistemas	
Jonathan A. Gelvez Ramos	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Leonel Duarte	Profesional Especializado	Oficina de Planeación y calidad	
Jorge Aponte	Profesional de Apoyo Referente Riesgos	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco	Profesional Apoyo Planeación	Oficina de Planeación y calidad	

Orden del Día:

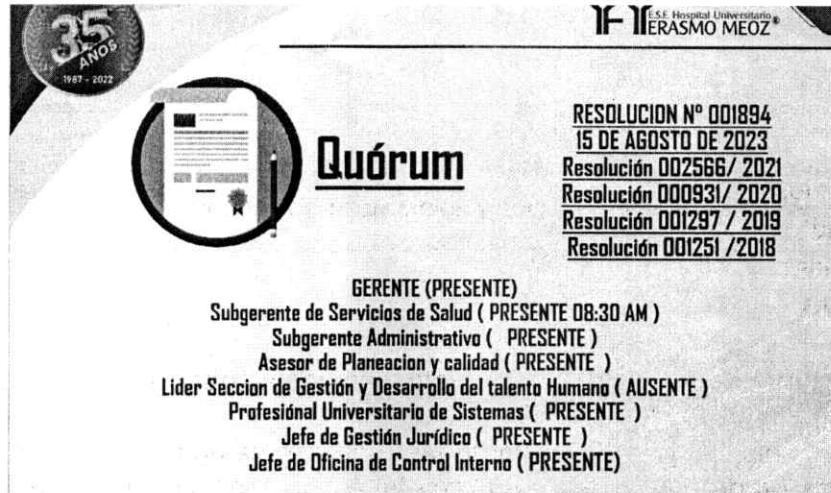
- 1 Apropiación Direccionamiento estratégico
- 2. Seguimiento a compromisos (Aprobación definitiva de TRD - Acciones de Autodiagnóstico MIPG)
- 3. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité
 - 3.1. Documentación Caja Menor
- 4. Ajuste cronograma de PAMEC vigencia 2023
- 5. Lineamientos del Sistema Integrado de Gestión SIG
- 6. Proposición y varios



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA2 de 8

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Como fase inicial de la sesión se realiza presentación de la verificación del quórum, con una participación inicial del 87.5% de los integrantes. Dejando como nota que a las 08:30 de la mañana realizo ingreso al link virtual la Dra. Maribel Trujillo Botello completando participación de 7 miembros de 8.



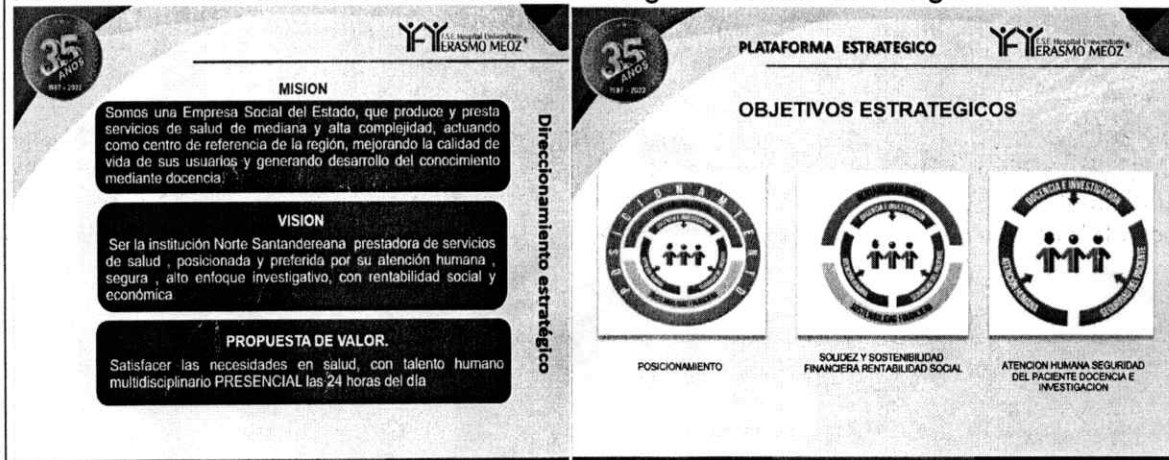
Se socializa la resolución 001894 de 15 de agosto de 2023 en el cual se realiza ajuste a la conformación modificando el cargo de Jefe de Gestión Jurídica e invitando a la Coordinación de docencia, de igual, forma se actualiza el Manual Operativo del modelo integrado de planeación y gestión.

Posterior a esta socialización se realiza ajuste de la presentación del quorum indicando la novedad y se continua con el orden del día a presentar:


TEMAS:


1. APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera



[Handwritten signature]

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA3 de 8



VALORES


RESPECTO: Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

HONESTIDAD: Actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

COMPROMISO: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

DILIGENCIA: Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

JUSTICIA: Actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



MODELO DE ATENCION DE LA INSTITUCION

Seguridad: Que el paciente no sufra daño durante la atención.

Eficiencia: Utilizar la cantidad adecuada de recursos.

Respeto: Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.

Mantener confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.

Entorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.

Joiner innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.

Orientado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.

Reconocer necesidades: Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Seguidamente se realizó el respectivo seguimiento a los compromisos del acta, descritos a continuación:

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Reportar Archivo Plano GT 001 código de integridad y buen gobierno	Gestión y desarrollo del talento humano	31 Agosto 2023
Fortalecer el cumplimiento del 100% de las acciones producto de autodiagnóstico de MIPG	Oficina de planeación y calidad	Septiembre 2023

En relación al primer compromiso se expone el siguiente Plan de trabajo propuesta por la Oficina de talento Humano y la Oficina de planeación y calidad

PROCESO:		PLAN DE TRABAJO CODIGO DE INTEGRIDAD		
FECHA DE REPORTE	OCTUBRE			OBSERVACIONES
	1 INFORME	VALIDACION	FECHA LIMITE DEL CARGUE	
ARCHIVO PLANO GT 001	06 DE OCTUBRE	09-12 OCTUBRE	Tentativo 17 octubre	Modificación circular 53-5 de 2022 Plan de trabajo: - Política de protección al denunciante - Política de Adopción al Programa de Transparencia y ética empresarial



1



LIDER	GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO			
JUNTA DIRECTIVA	PLANEACION			SARLAFT
	Jonathan Gelvez	Luis Eduardo Velasco / Ing. Aponte	Leonel Duarte	
Angie Peinado 02 de octubre 08:00 am	02 de octubre 08:00 am	04 de Octubre 08:00 am	04 de Octubre 08:00 am	Subgerente Administrativo y financiero / Profesional de apoyo 03 de Octubre 08:00 am

LIDER	GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO			
SGST	Prensa y comunicaciones	Docencia e investigación	Revisor Fiscal	Revisión General
	Martha Parra 03 de octubre 02:00 pm	05 de octubre 08:00 am	04 de Octubre 08:00 am	05 de octubre 02:00 pm

El plan de trabajo es aprobado por unanimidad por los miembros del comité.

Para el segundo compromiso, se establece el cumplimiento del 100% de los autodiagnosticos del Modelo Integrado de Planeacion y Gestion el cual integra las acciones de mejora cargadas en el Plan Unico de Mejora institucional PUM. Se sensibiliza a los lideres de politicas institucionales, lideres de procesos y jefes de oficina al cumplimiento oportuno de las actividades asignadas.

APROBACION DEFINITIVA DE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL

Conforme a los compromisos del acta de comité de Gestión y desempeño, superado los tiempos de presentar observaciones y/o adecuaciones, se da por Aprobacion Definitiva de las Tablas de retencion. Las tablas se presentaran ante la comision departamental designando a la Oficina de Planeacion y calidad, Coordinador de CEGDOC, Coordinador de archivo y estadística, Profesional Universitario Sistemas y Profesional de Sistema Integrado de Gestion como responsables de sustentar y apoyar los procesos de validacion.

Se vuelve a socializar la presentacion de las Tablas de retencion documental previamente revisadas por los lideres y coordinadores de oficinas, avaladas por lideres de procesos y confirmadas por la Oficina de Planeacion y calidad en relacion a estructura y coherencia con el Manual de Funciones y organigrama funcional

Las TRD adicionan ademas el documento de memoria descriptiva de la entidad al igual que los diferentes soportes y anexos para el proceso de validacion.



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA 5 de 8

ACTA

3. APROBACION DE DOCUMENTOS

De acuerdo a las estrategias diseñadas en el comité de Gestion y desempeño Los documentos a presentar en este comité, obtuvieron previamente la revision de las subgerencias validando la informacion expuesta de acuerdo a sus competencias. Los documentos asistenciales validados por la Subgerencia de Servicios de salud y los documentos administrativos validados por la Subgerente Administrativa.

PROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MANUAL DE GESTIÓN CLÍNICA ESE HUEM	X			Se crea documento identificando 5 líneas: fundamentos para gestión clínica, gestión de la seguridad, gestión del riesgo, monitorización del mejoramiento y cultura de la seguridad
MC-PR-008 PROCEDIMIENTO PARA VERIFICACION DE LA ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO		X		Se realiza ajuste a los criterios de Realización de <u>referenciación</u> que permite identificar criterios de adherencia unificados a las GPC se relacionan formatos
MC-PR-007 PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO DESISTIMIENTO INFORMADO		X		Se actualiza por mejoramiento revisión de auditores
MC-FO-005 FORMATO AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICA Y ADHERENCIA A GUIA DE PRACTICA CLÍNICA - ACTUALIZADO		X		Se actualiza los campos de auditoria y adherencia excluyendo GPC por especialidad y GPC rehabilitación
MC-FO-00x FORMATO ADHERENCIA GPC ESPECIALISTA	X			Se crea de acuerdo a necesidad
MC-FO-00x FORMATO ADHERENCIA GPC REHABILITACIÓN	X			Se crea de acuerdo a necesidad

PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-PR-004 PROCEDIMIENTO DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A SERVICIOS HOSPITALARIOS vs 08		X		Se actualiza ajustando las responsabilidades y ruta del proceso
DT-PT-002 PROTOCOLO DE CONSERVACION DE CONTROL DE CADENA DE FRIO VS 04		X		Se realiza identificación para el control de servicios que prestan las 24 horas
DT-PT-009 PROTOCOLO MANEJO DE GASES MEDICINALES		X		Identificación del manejo y revisión de las balas de oxígeno, contingencia y casos de actuación frente a una emergencia
DT-PT-012 PROTOCOLO PARA GESTION SEGURA DE MEDICAMENTOS VS 07		X		Se identifican los medicamentos de alto riesgo, preparación de medicamentos, responsabilidades, cambio de stickers
DT-PT-052 PROTOCOLO ADECUACION MEZCLA Y AJUSTE DE DOSIS DE PREPARACIONES MAGISTRALES ESTERILES		X		Inclusión de criterios de Gestión del riesgo de seguridad
DT-PT-058 PROTOCOLO DE CONCILIACION MEDICAMENTOSA		X		Criterios de comunicación para la conciliación medicamentosa.



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA6 de 8

ACTA

PROCESO:		ATENCION DE URGENCIAS		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
UR-PR-005 PROCEDIMIENTO DE REMISION		X		Se incluyen criterios de remisión acorde a la prestación de los servicios a servicios de quemados
UR-PR-006 PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA INTERCONSULTA		X		Se incluyen controles de seguimiento a la referencia Y lista de chequeo a valoración por especialista
UR-PR-007 PROCEDIMIENTO DE REMISION ORDEN DE SERVICIOS		X		Se incluyen controles de seguimiento a la referencia orden de cateterismo cardiaco, remisión a resonancias tomografias, terapia dialíticas, electromiografía mas neuroconduccion.
PROCESO:		ATENCION HOSPITALARIA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
3. PINZAMIENTO DEL CORDON 2023		X		Se actualiza se incluye criterios de ingreso, diagnostico, tratamiento, discriminación de materiales y equipos por procedimiento.
5. PROTOCOLO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO VS 04 2023		X		
6. PRTOCOLO DE PARTO HUMANIZADO 2023.		X		
7. PROTOCOLO DE POMEROY - 2023		X		
8. PROTOCOLO DE CESAREA - 2023		X		
9. PROTOCOLO LEGRADO ACTUAL 2023		X		
11. PROTOCOLO EPISIOTOMIA - EPISIORRAFIA 2023		X		
12. PROTOCOLO ABSCESO DE BARTHOIN		X		
PROTOCOLO PLANIFICACION FAMILIAR POSEVENTO OBSTETRICO		X		
PROCESO:		GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MANUAL ADMINISTRACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO		X		Se actualiza incluyendo los 7 riesgos articulando
MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		X		Articulación con la Gestión del riesgo institucional



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA 7 de 8

ACTA

PROCESO:

ATENCION DE URGENCIAS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
PROTOCOLO CODIGO BLANCO		X		Cambia de código Gris a código blanco se incluye sentencia 2022 y se re organiza la ruta de atención de víctimas de violencia de genero se incluye resolución de conformación del comité

- **3.1. Documentación Caja Menor**

PROCESO:

GESTION FINANCIERA

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
GF-MA-002 MANUAL DE CAJA MENOR		X		Se actualiza ajustando las responsabilidades y ruta del proceso
GF-PR-XXX PROCEDIMIENTO MANEJO DE CAJA MENOR PARA LA ESE HUEM	X			Se crea procedimiento por necesidad del proceso

Como punto del orden del día se realiza presentación del Manual de caja menor y procedimiento de caja menor, este ultimo es eliminado del proceso de adquisicion de bienes y servicios y trasladado a la Gestion financiera. La presentación de los dos documentos mencionados estuvo a cargo del Lider Financiero y previamente revisado por las dos Subgerencias de la Institucion.

Los documentos presentados en este comité de gestion y desempeño son aprobados en su totalidad

- **4. Ajuste cronograma de PAMEC vigencia 2023**

Se realiza presentación del ajuste a cronograma de PAMEC vigencia 2023, específicamente, el cambio realizado, se centra en el proceso de acreditacion cuya modificacion en el cronograma de autoevaluacion impacto a las demas etapas de la ruta critica PAMEC.

El cronograma en mencion, es aprobado en este comité de Gestion y desempeño con el objeto de su inmediato cumplimiento. La responsabilidad de la ejecucion del cronograma estará a cargo de la Oficina de Planeacion y calidad.

Ver Anexo. Cronograma Ruta critica PAMEC vigencia 2023

• **5. Lineamientos del Sistema Integrado de Gestión SIG**

Se actualizan los manuales del Sistema Integrado de Gestión articulando el Sistema Integrado de Gestión del riesgo.

Se socializa los manuales de manera sucinta con la estructura y responsabilidades de los diferentes subsistemas de Gestión del riesgo.

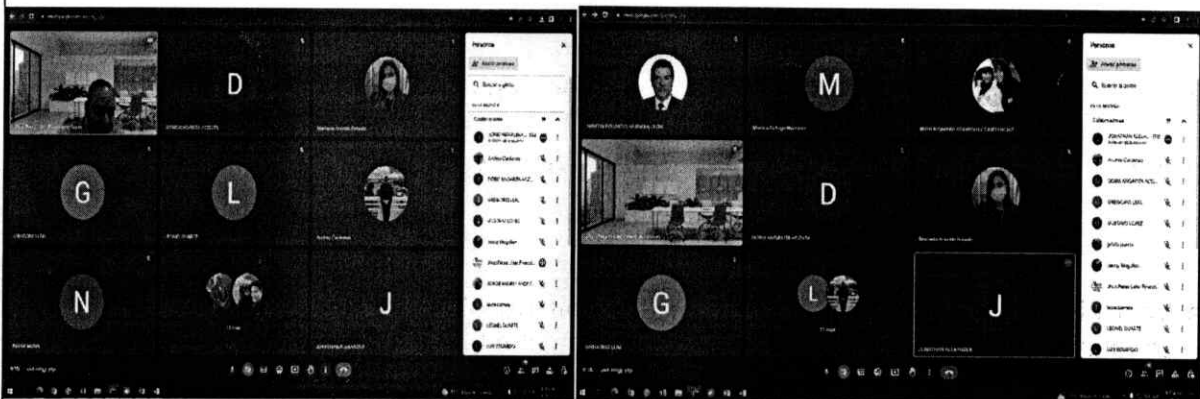
El sistema integrado de riesgos llevara al comité de control interno de gestión la política de administración del riesgo para su respectiva aprobación y actualización.

El despliegue de la Gestión del riesgo Institucional estará a cargo de la Oficina de Planeación y calidad.

Ante el comité se establece la necesidad de fortalecer las competencias del personal relacionado a los subsistemas de gestión del riesgo con el objetivo, para lo cual se aprovechara la asesoría en calidad incluyendo un espacio para la gestión del riesgo.

• **6. Proposición y varios**

Durante la Sesión del comité no se presentaron proposiciones y varios con el objetivo de poder avanzar con la siguiente reunión del Equipo de Direccionamiento y Gerencia



Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Gestionar la capacitación en riesgos a los apoyos y responsables del Subsistema de Gestión del riesgo	Asesor de Planeación y calidad	31 de octubre de 2023

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación



		CROMOGRAFÍA														
		Año 1-2023						Año 1-2024								
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
1	Autoevaluación	<p>COMO Describa los métodos, medios y estrategias para la realización de la actividad</p> <p>QUIEN Cargo de la persona responsable de la ejecución de la actividad</p> <p>DONDE Código de servicios, proceso o ubicación donde se realizará la actividad</p> <p>POR QUE O PARA QUE Escriba el o los propósitos de la actividad</p>														
		<p>Para realizar un diagnóstico básico que identifique problemas o fallos de calidad que afectan a UPELAD, analiza los aspectos que son importantes para la organización y son susceptibles de mejoramiento del SOSC.</p>														
2	Selección de estándares a mejorar	<p>COMO Estándares aplicables de Manual Único en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1</p> <p>QUIEN Profesional Apoyo acreditación</p> <p>DONDE Todos los procesos</p> <p>POR QUE O PARA QUE Evidenciar la correlación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de demostrar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.</p>														
		<p>COMO Sistema de Información: Todos los procesos Auditoría de procesos críticos relacionados con Acreditación: Gestión clínica, Comités Institucionales Auditoría de procesos críticos relacionados con Programa de Seguridad del paciente: Procesos Asistenciales Sistema Institucional de gestión del riesgo: Riesgos misionales</p> <p>QUIEN Profesional Apoyo acreditación Profesional Apoyo sistema de Información Planeación Seguridad de paciente Sistema Integrado de gestión</p> <p>DONDE Todos los procesos Todos los procesos Todos los procesos Programa Seguridad del paciente Todos los procesos</p>														
3	Priorización de estándares	<p>COMO Acreditación: Metodología asignada Sistema de Información: Se identifican indicadores de relevancia para el proceso de acreditación incluidos en la batería</p> <p>QUIEN Profesional Apoyo acreditación Profesional Apoyo sistema de Información</p> <p>DONDE Todos los procesos</p> <p>POR QUE O PARA QUE Evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de las líneas del SOSC</p>														
		<p>COMO Auditoría de procesos críticos relacionados con Acreditación: Se priorizan procesos asistenciales en relación a gestión clínica (adherencia a guías, diligenciamiento de historia clínica). Se priorizan todos los procesos en relación a comités institucionales Auditoría de procesos críticos relacionados con Programa de Seguridad del paciente: Listas de chequeo de Adherencia lavado de manos, limpieza y desinfección de superficies y equipos Sistema Institucional de gestión del riesgo: No aplica</p> <p>QUIEN Profesional Apoyo acreditación Profesional Apoyo sistema de Información Planeación Seguridad de paciente Sistema Integrado de gestión</p> <p>DONDE Todos los procesos Todos los procesos Programa Seguridad del paciente Todos los procesos</p>														
4	Definición de la calidad esperada	<p>COMO Acreditación: Calificación de autoevaluación con estándares de acreditación mayor o igual a 3.0, con corte a diciembre de 2022 Sistema de Información: Reporte oportuno del 80% de los indicadores e inclusión de los mismos en el tablero único de control de indicadores por proceso, asegurado su gestión y análisis Auditoría de procesos críticos relacionados con Acreditación: Diligenciamiento de historias clínicas superior al 95%, Adherencia a guías según guía específica 95% Cumplimiento de indicadores de desempeño de Comités superior al 85%</p> <p>QUIEN Profesional Apoyo acreditación Profesional Apoyo sistema de Información Planeación Seguridad de paciente</p> <p>DONDE Todos los procesos Todos los procesos Programa Seguridad del paciente Todos los procesos</p> <p>POR QUE O PARA QUE Definir la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del PAMEC</p>														
		<p>COMO Auditoría de procesos críticos relacionados con Programa de Seguridad del paciente: Adherencia a listas de chequeo superior al 95%</p> <p>QUIEN Seguridad de paciente</p> <p>DONDE Programa Seguridad del paciente</p>														
5	Medición inicial del desempeño	<p>COMO Acreditación: Calificación de autoevaluación con estándares de acreditación mayor o igual a 3.0, con corte a diciembre de 2022 Sistema de Información: Comportamiento de los indicadores de resolución identificados como prioritarios Auditoría de procesos críticos relacionados con Acreditación: La auditoría auditoría de historia clínica y adherencia a la guía manejo con diagnóstico al ingreso durante año 2022 Auditoría de procesos críticos relacionados con Programa de Seguridad del paciente: Análisis de resultados de indicadores de adherencia por lista de chequeo Sistema Institucional de gestión del riesgo: Análisis de cumplimiento Adherencia a la estrategia a riesgo mi control.</p> <p>QUIEN Sistema Integrado de gestión</p> <p>DONDE Todos los procesos</p>														
		<p>COMO Profesional Apoyo acreditación Profesional Apoyo sistema de Información Planeación Seguridad de paciente Sistema Integrado de gestión</p> <p>DONDE Todos los procesos Todos los procesos Programa Seguridad del paciente Todos los procesos</p>														

