



OBJETIVO	Establecer los lineamientos de Planificación, implementación, verificación y mejoramiento de la ESE HUEM generando resultados efectivos y eficientes centrados en los ejes de acreditación, integrando de manera sistémica los procesos organizacionales traducidos en aprendizaje organizacional.	ALCANCE	Inicia desde la identificación de autodiagnósticos y aplicación de la autoevaluación institucional, hasta lograr el aprendizaje organizacional basado en la disminución de brechas en las desviaciones encontradas.	CARGO RESPONSABLE DEL PROCESO	Asesor de planeación y calidad
-----------------	--	----------------	---	--------------------------------------	--------------------------------

RECURSOS DEL PROCESO	
HUMANOS	INFRAESTRUCTURA
Asesor de Planeación y calidad Profesional Especializado Calidad Profesional Referente de Acreditación Profesional Especializado Sistema Integrado de Gestión Profesional Referente de Seguridad del Paciente Profesional Referente de Humanización Profesional Referente de Gestión de Riesgo Profesionales Especializados apoyo de Planeación y calidad Profesionales Apoyo a la Gestión	Hardware Software Plan Único de Mejora PUM Software TUCI Tablero Único Control de Indicadores Equipos audiovisuales Canales de comunicación institucional Muebles y útiles de oficina Herramientas comunicativas y material de apoyo

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño

PLANEAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Ministerio de Salud y protección Social Superintendencia Nacional de Salud Instituto Departamental de Salud Secretaria de Salud Municipal ICONTEC	Portafolio de Servicios Plan de Acción Plan de Desarrollo Autoevaluación de habilitación Servicios Habilitados Autoevaluación de acreditación Informe de auditorias Política de calidad institucional Normatividad legal aplicable Resultados de indicadores Informes de comités institucionales	Cumplimiento del Marco Legal Posicionamiento de la Entidad Solidez y Sostenibilidad Financiera Rentabilidad Social Atención humana Oportunidad, accesibilidad y seguridad en la atención	Planificación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad	Autoevaluación Condiciones de Habilitación Autoevaluación Acreditación Cronograma SOGC Planes de trabajo Ejes de Acreditación Cronograma Ruta Critica PAMEC	Todos los procesos de la ESE HUEM	Decreto 1011 de 2016 Decreto 780 de 2016 Resolución 3100 de 2019 Resolución 5098 de 2018 Política Nacional de Seguridad del paciente. ISO 9001:2015 4. Contexto de la organización; 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto; 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño



CARACTERIZACION MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

<p>Gerencia y Direccionamiento Estratégico</p> <p>Procesos Institucionales</p> <p>Departamento Administrativo de la Función publica</p> <p>Sistema Único de Acreditación</p>	<p>Estructura Orgánica (Organigrama)</p> <p>Mapa de Procesos Institucional</p> <p>Plan de Calidad</p> <p>Manual de Acreditación</p>	<p>Atributos de Calidad Continuidad, Seguridad, Pertinencia, Oportunidad, Accesibilidad</p>	<p>Definición estrategias y de metodología de mejoramiento</p>	<p>Estructura de Mejoramiento Continuo</p> <p>Política de calidad</p> <p>Evaluaciones de las políticas institucionales</p> <p>Planes de Mejoramiento</p> <p>Ciclo de atención TUCI</p>	<p>Líderes de Procesos</p>	<p>ISO 9001:2015 5. LIDERAZGO 6. PLANIFICACIÓN 6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. 6.2 Objetivos de calidad y planificación. 6.3 Planificación y control de cambios.</p>
--	---	---	--	--	----------------------------	---

<p>Elaboro:</p> <p>Asesor de planeación y calidad</p>	<p>Revisó:</p> <p>Equipo interdisciplinario</p>	<p>Aprobó:</p> <p>Comité de Gestión y desempeño</p>
--	--	--

HACER						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Gerencia y Direccionamiento estratégico Todos los procesos	Lineamientos DAFP Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Normatividad Legal Vigente Norma técnica de Calidad ISO 9001:2015 Seguridad del Paciente Habilitación	Objetividad Organización Interpretación Coherencia	Implementación de estrategias mejoramiento continuo de la calidad institucional	Informes de autoevaluación Informes de auditoria Autoevaluación de acreditación Autoevaluación de MIPG Plan de acción institucional Planes de Trabajo Ejes de acreditación PAMEC	Todos los procesos	Estándares de acreditación del Manual de Acreditación Lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos; 5. Liderazgo y compromiso; 5.2 Política; 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización; 6. Planificación
Todos los procesos Servicios Habilitados	Estrategias para el cumplimiento de la política de calidad Planes de mejoramiento	Objetividad Oportuno Especifica Comprensible	Implementación de Guías de practica clínica y evaluación de adherencia	Estandarización de procesos GPC adoptadas Plan de Formación de GPC	Todos los procesos	Acorde con los requerimientos del proceso

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño

VERIFICAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
<p>Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad</p> <p>Control Interno de Gestión de Gestión</p>	<p>Informes de autoevaluación</p> <p>Informes de auditoria</p> <p>Autoevaluación de MIPG</p> <p>Autoevaluación de Acreditación</p> <p>Plan de acción institucional</p> <p>Seguridad del paciente</p> <p>Humanización</p> <p>Aplicativo Mejoramiento</p>	<p>Que responda al problema o la falla de calidad detectada</p> <p>Que el responsable de la realización de la acción sea idóneo</p>	<p>Monitorización de cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Informe de seguimiento de planes de mejoramiento</p> <p>Informe de seguimiento al registro de indicadores</p>	<p>Direccionamiento estratégico y gerencial</p>	<p>Estándares de Acreditación</p> <p>ISO 9001:2015 9 EVALUACIÓN DESEMPEÑO 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. 9.2 Auditorías Internas. 9.3 Revisión por la dirección</p>
<p>Todos los procesos</p> <p>Partes interesadas</p>	<p>Guías de Práctica Clínica</p> <p>Historia Clínica</p> <p>Procesos, procedimientos, manuales, protocolos Institucionales</p>	<p>Calidad en la prestación de servicios basada en Evidencia Científica</p>	<p>Monitorización de la calidad en la prestación del servicio</p>	<p>Auditoria de Historia Clínica</p> <p>Adherencia a GPC</p> <p>Auditoria de Paciente trazador</p>	<p>Todos los procesos</p>	<p>Acorde con los requerimientos del proceso y del servicio</p>

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño

ACTUAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
<p>Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad</p> <p>Control Interno de Gestión de Gestión</p>	<p>Informes de Calidad</p> <p>Rendición de Cuentas</p>	<p>Comprensibilidad</p> <p>Claridad</p> <p>Oportunidad</p>	<p>Comunicación de resultados</p>	<p>Piezas Graficas</p> <p>Informes de Acreditación</p> <p>Publicación de información relacionada a través del PECOS</p>	<p>Entes de Control</p> <p>Todos los procesos</p>	<p>Ley de Transparencia y acceso a la información</p> <p>Privacidad y seguridad de la Información</p> <p>Lenguaje Claro lineamientos de Función Publica</p>
<p>Gerencia y direccionamiento</p> <p>Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad</p> <p>Control Interno de Gestión de Gestión</p>	<p>Autoevaluación de estándares de habilitación</p> <p>Autoevaluación de Acreditación</p> <p>Auditorías internas y externas</p>	<p>Cierre de Brechas de calidad</p> <p>Coherente</p> <p>Claro preciso</p> <p>Oportuno</p> <p>Actualizado y estandarizado</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>cierres de ciclos y estandarización del mejoramiento</p>	<p>Plan de mejoramiento</p> <p>Acciones de mejoramiento</p>	<p>Todos los procesos</p>	<p>Que contenga las acciones clave que permitieron mejorar a la organización</p>

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño



MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

CODIGO: MC-CA-001

VERSION: 6

FECHA: MAY 2025

Página 7 de 8

CARACTERIZACION MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

INDICADORES	RIESGOS	NORMATIVIDAD
Ver ficha técnica de indicador	Ver mapa de riesgos	Ver normograma

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Autoevaluación de estándares de habilitación	Todos los procesos	Acta, formato de autoevaluación de estándares de habilitación del ministerio de salud y protección social	Oficina asesora de planeación y calidad
Autoevaluación con estándares de acreditación	Todos los procesos	correo institucional, presentación en comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos	Oficina asesora de planeación y calidad
Informe de comité de seguridad del paciente y eventos adversos	Oficina asesora de planeación y calidad	Acta y/o Informe por correo institucional	Oficina asesora de planeación y calidad
Informe de auditoría de historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica	Subgerencia de salud	Acta y/o Correo institucional	Oficina asesora de planeación y calidad (Medico Auditor de Calidad)
Resultados de indicadores	Gerencia Equipos primarios de Mejoramientos Equipo de Mejoramiento institucional	Acta, Correo electrónico institucional, aplicativos institucionales	Oficina asesora de planeación y calidad
Resultados de Planes de Mejoramiento	Gerencia Equipos primarios de Mejoramientos Equipo de Mejoramiento institucional	Acta, Correo electrónico institucional, aplicativos institucionales	Oficina asesora de planeación y calidad

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño



MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

CODIGO: MC-CA-001

VERSION: 6

CARACTERIZACION MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

FECHA: MAY 2025

Página 8 de 8

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
3	21 de Diciembre de 2011	1-11	Comité coordinador del sistema de control interno de gestión – SIG	Se actualiza documento por mejoramiento continuo del proceso
4	20 de Marzo de 2019	1-5	Comité coordinador del sistema de control interno de gestión – SIG	Se actualiza documento por mejoramiento continuo del proceso
5	27 de Abril de 2023	1-8	Comité de Gestión y desempeño	Se re estructura el ciclo del proceso en relación a la metodología PHVA y al ciclo de atención.
6	29 de Mayo de 2025	1-8	Comité de Gestión y desempeño	Revisión general del documento.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Asesor de planeación y calidad	Equipo interdisciplinario	Comité de Gestión y desempeño