



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO


PASTO SALUD E.S.E

NIT.900091143-9

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

VERSION 13.0

SAN JUAN DE PASTO
2025

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	2

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
PASTO SALUD E. S. E.

Actualizado por:

Edwin Julio Bastidas Benavides
Profesional Especializado Área de la Salud

San Juan de Pasto

2025


	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	3

TABLA DE CONTENIDO

FORMATO 225 DEL 30 DE MAYO DE 2025	5
CONTROL DE CAMBIOS	5
INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS	8
2. ALCANCE	9
3. MARCO LEGAL	10
4. GLOSARIO.....	11
5. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	13
6. RUTA CRITICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	14
7. PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	15
8. POLITICAS	16
9. MAPA DE PROCESOS.....	18
10. AUTOEVALUACION	19
11. PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES OBJETOS DE MEJORAMIENTO	24
12. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS.....	26
13. DEFINICION DE LA CALIDAD OBSERVADA.....	27
14. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION	28
15. MONITORIZACION AL PLAN DE MEJORA.....	30
16. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA.....	31
17. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA	32
BIBLIOGRAFIA	33



FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	4


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT.900991143-9	SOLICITUD DE CREACIÓN, MODIFICACIÓN Ó ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS		
	VERSION 8.0	PROCESO / SERVICIO GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	CODIGO GSI-MDR

PROCESO	PROCEDIMIENTO	TIPO DE DOCUMENTO	
GESTION DE CALIDAD		PROGRAMA	
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	FECHA	TIPO DE SOLICITUD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	PR-AMC	30 de mayo de 2025	MODIFICACION/ACTUALIZACION
CAUSAS DE(Creación, Modificación o eliminación)	Causas, actualización del programa de acuerdo autoevaluación de Acreditación año 2024 e identificación de fuentes de mejora		
DESCRIPCION DE LAS MEJORAS	Plataforma estratégica de acuerdo a nuevo plan estratégico, actualización del mapa de procesos, conformación de los equipos de mejoramiento, gestión de acuerdo a la ruta PAMEC.		
SECCION MODIFICADA AL DOCUMENTO	Plataforma estratégica, políticas, mapa de procesos, autoevaluación, priorización de oportunidades de mejora, definición de la calidad esperada y definición de la calidad observada.		
		ACEPTADO	SI X NO
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORÓ	NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REVISÓ (Líder de proceso o jefe inmediato de acuerdo a la estructura organizacional de la empresa)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL (LA) GERENTE- APRUEBA	
CAROLINA BURBANO LAGOS	EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDES	DIEGO FERNANDO MORALES ORTEGÓN	
CARGO	CARGO	CARGO	Gerente
Profesional/Calidad	Profesional Especializado Área de la salud		
FIRMA	FIRMA	FIRMA	

Nota: Incluir filas si es necesario cuando exista más de un responsable en la elaboración o aprobación de los documentos o formatos.

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL APROBADO. LAS MODIFICACIONES AL FORMATO NO SON VALIDAS SIN APROBACION.
 (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACION. FECHA DE CREACION Y/O ACTUALIZACION: 22-11-2022



	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	5


CONTROL DE CAMBIOS

E: Elaboración del Documento
M: Modificación del Documento
X: Eliminación del Documento

VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO	INFORMACIÓN DE CAMBIOS					ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN
		E	M	X	ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	
13.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se establece nuevo Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo a autoevaluación 2024, e identificación de otras fuentes de mejora	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Formato de creación, modificación o eliminación de documentos y registros 225 del 30 de mayo de 2025
12.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se establece nuevo Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo a autoevaluación 2023, e identificación de otras fuentes de mejora	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 365 del 10 de mayo de 2024
11.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se establece nuevo Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo a autoevaluación 2022, e identificación de fuentes de mejora.	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 393 del 25 de mayo de 2023
10.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoria derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2021, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 271 del 8 de Abril de 2022
9.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoria derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2020, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 343 del 6 de Mayo de 2021
8.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoria derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2019, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 326 del 14 de Mayo de 2020
7.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada, de acuerdo a la autoevaluación en acreditación 2018	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 336 del 12 de Junio de 2019



VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO	INFORMACIÓN DE CAMBIOS					ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN
		E	M	X	ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	
6.0	Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad			X	Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada.	Profesional Especializado área de la salud	Resolución 140 del 19 de Abril de 2018
1.0	Aprobación Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad	X			Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada.	Profesional Especializado área de la salud	Resolución 119 del 22 de Marzo de 2018

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	7

INTRODUCCIÓN

El Sistema único de Acreditación en salud y la auditoria para el mejoramiento de la calidad son componentes básicos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, que conllevan a un mejoramiento continuo en cumplimiento de los objetivos establecidos por la Empresa visualizados en los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, coordinación y continuidad, a través de la consecución de mejoras sistemáticas y continuas llevados por la Empresa, con el fin común de satisfacer las necesidades y expectativas de atención en salud del usuario, familia y demás grupos de interés.


Por otra parte y según el Modelo de mejora continua empresarial con enfoque en los grupos de interés, la mejora parte de la identificación de diferentes fuentes de mejoramiento con el objetivo de generar oportunidades de mejora y su respectiva gestión en pro de optimizar aspectos relacionados con la gestión clínica, seguridad del paciente, humanización, gestión de la tecnología y la responsabilidad social que conlleven a una transformación de la cultura organizacional.

El documento PAMEC y sus diferentes herramientas se articulan con la filosofía del direccionamiento estratégico de la Empresa, queriendo de la misma manera como se menciona en su Plan Estratégico 2025-2028, la prestación de servicios de salud con calidad, humanización, seguridad y responsabilidad social, generando una atención integral materializados en el cumplimiento de la misión, visión, valores, políticas y objetivos estratégicos.

El presente Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se fundamenta en la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, realizada por Pasto Salud E.S.E. para la vigencia 2024, basada en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018. Por otra parte el programa también se fundamenta en las diferentes fuentes de mejora contenidas en el Modelo de mejoramiento continuo empresarial.

Este contiene todas las etapas de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, iniciando con la autoevaluación y terminando con el aprendizaje organizacional, siempre articulando las oportunidades de mejora gestionadas a los diferentes procesos de la empresa y fuentes de mejoramiento, así como teniendo en cuenta los recursos y barreras que pueden afectar la normal realización de las acciones.

Pasto Salud ESE, define el presente documento como una herramienta sistemática y continua de evaluación y mejora de la calidad observada frente a la calidad esperada de la atención en salud de nuestros usuarios, con el fin de alcanzar altos estándares de calidad en pro del derecho a la salud y calidad de vida de los trabajadores, personas y demás grupos de interés, alineándose con la plataforma estratégica de la Empresa.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	8


1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el Programa de Auditoria para la Mejora de la Calidad, tomando en consideración las oportunidades de mejora priorizadas producto de la autoevaluación de los estándares de acreditación y demás fuentes de mejoramiento, logrando a través de la formulación de acciones de mejora en ciclo PHVA disminuir las brechas evidenciadas entre la calidad observada frente a la calidad esperada, todo en función de su ruta crítica.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS


- Fortalecer la autoevaluación de los estándares de acreditación, generando mayores fortalezas y una mejor calificación cualitativa y cuantitativa
- Priorizar las oportunidades de mejora de acuerdo a la metodología de riesgo, costo y volumen
- Determinar las fuentes de mejoramiento por cada oportunidad de mejora priorizada.
- Establecer la articulación de los procesos por cada oportunidad de mejora priorizada.
- Definir e implementar acciones de mejoramiento en ciclo PHVA por cada una de las oportunidades de mejora priorizadas.
- Realizar monitoreo y seguimiento a las acciones de mejora ejecutadas, identificando barreras y oportunidades susceptibles de mejorar.
- Generar un aprendizaje organizacional producto de las acciones de mejora implementadas en la Empresa.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	9

2. ALCANCE

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, inicia desde la autoevaluación de los estándares aplicables de acreditación del año 2024 e identificación de otras fuentes de mejora, hasta el aprendizaje organizacional logrado del cumplimiento de las acciones de mejora ejecutadas. Contiene todos los pasos contenidos en la Ruta Crítica de auditoria para el mejoramiento de la calidad y aplica para todos los procesos de la Empresa.

El periodo de implementación del PAMEC, se dará durante toda la vigencia 2025, con un último seguimiento a realizarse en el mes de enero del año siguiente.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	10

3. MARCO LEGAL

LEY 100 DE 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 de 1996, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.


MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Decreto 903 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 2082 de 2014, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 3100 de 2019, Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de prestadores y Habilitación de servicios de salud.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 5095 de 2018, Por el cual se establece el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, versión 3.1.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	11

4. GLOSARIO

Autoevaluación: Proceso permanente de verificación, diagnóstico, exploración, análisis, acción y retroalimentación que realizan las instituciones a nivel interno, con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades, sus oportunidades y amenazas, buscando el mejoramiento continuo que garantice altos niveles de calidad en la prestación de sus servicios.¹

Equipo de autoevaluación: Equipo conformado para responder por la implementación de un grupo específico de estándares de acreditación. Se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promover el trabajo en equipo y establecer mecanismos de comunicación efectiva; cada equipo cuenta con un líder, realiza reuniones periódicas e interactúa con otros equipos de autoevaluación. Sus funciones principales son: promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente y reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico. Es el equipo responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes, apoya el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento sistémico y facilita la gestión del equipo primario de mejoramiento.²

Fortalezas: Se definen como los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, acciones o servicios donde la organización ha conseguido resultados de su implementación y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.³

Oportunidad de mejora: Acción a desarrollar en un tiempo determinado para lograr lo deseado.


CICLO PHVA: El ciclo PHVA, también conocido como ciclo Deming. En español sería PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos. En el **Planear:** se define las metas y métodos para alcanzar los objetivos propuestos; en el **Hacer:** se educa y entrena, luego se ejecuta la tarea y se recolectan datos; en el **Verificar:** se verifican los resultados de la tarea ejecutada y en el **Actuar:** se corrige o estandariza para volver a iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría

1 <https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/28587917/Guia+de+Uso+Herramienta+de+ Autodiagn% C3%B3+3stico+Enero+2018.pdf/29e3c127-a9d3-2a6f-42c0-ff0c82110b45>

2 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%205095%20de%202018.pdf

3 https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Campanas/Eventosymemorias/Shared%20Content/Memorias%20y%20Eventos/PAMEC/PRESENTACI%C3%93N%20PAMEC%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%202018.pdf

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	12

Cierre de ciclo: Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.

Programa de auditoría: Conjunto de una o más auditorías (3.1) planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Plan de auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Alcance de la auditoría: Extensión y límites de una auditoría

Criterios de auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Conclusiones de la auditoría: Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

Ciente de la auditoría: Organización o persona que solicita una auditoría

Auditado: Organización que es auditada.


Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Equipo auditor: Uno o más que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Aprendizaje organizacional: Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo.⁴

⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	13

5. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

P:

- Conformar los equipos de autoevaluación
- Capacitar a los equipos de autoevaluación
- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar los procesos por mejorar.
- Priorizar los procesos de obligatorio monitoreo y con fallas de calidad
- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Formular los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada

H:

- Implementar las acciones contenidas en los planes de mejoramiento formulados


V:

- Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.

A:

- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.
- Generar lecciones aprendidas



	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	14


6. RUTA CRITICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



El Programa de auditoría, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los procesos que presta PASTO SALUD ESE, y hace parte de la estrategia de mejoramiento de sus procesos dando alcance a la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción de los grupos de interés, enfocado en alcanzar altos estándares de desempeño en salud.

Se pretende generar acciones planificadas y sistemáticas, para cumplir con los estándares preestablecidos de acreditación en salud y que identifiquen diferentes oportunidades de mejora en pro del mejoramiento de la salud de la población, así como de otras fuentes identificadas.

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC”, se documenta siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	15

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA

7.1 MISION

Brindar servicios de atención primaria y complementaria en salud en el municipio de Pasto a través de sedes integradas en red, con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, equipo humano comprometido, procesos seguros, humanizados y efectivos, uso eficiente de los recursos tecnológicos y financieros, que respondan a las necesidades y expectativas de los grupos de interés, enmarcado en la mejora continua de la calidad

7.2 VISION

Para el año 2028, Pasto Salud ESE será líder en atención primaria y complementaria en salud, fortalecida por una red integral e integrada, con unidades y servicios especializados que maximicen la capacidad resolutiva, brindando atención humanizada, intercultural y diversa, basada en enfoques preventivos, predictivos y de gestión del riesgo, cumpliendo con los más altos estándares en gestión clínica, seguridad, humanización, transformación cultural y sostenibilidad financiera.

7.3 VALORES

DILIGENCIA: Compromiso con el cumplimiento de los deberes y responsabilidades de manera eficiente, maximizando el uso de los recursos públicos para generar el mayor beneficio para la comunidad.


JUSTICIA: Garantía de equidad en la atención en salud, asegurando el respeto por los derechos fundamentales de todas las personas sin ningún tipo de discriminación.

COMPROMISO: Dedicación hacia la mejora continua, el cumplimiento de los objetivos institucionales y la resolución de las necesidades de los usuarios con sensibilidad y responsabilidad.

HONESTIDAD: En Pasto Salud E.S.E. se propende siempre el interés general sobre los intereses particulares.

RESPETO: Trato digno hacia todas las personas, reconociendo la diversidad cultural, social y personal de cada individuo.

HUMANISMO: Reconocimiento de la dignidad humana como eje central de todas las acciones institucionales, promoviendo la empatía, la solidaridad y el bienestar integral de las personas.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	16

8. POLITICAS

8.1 POLITICA DE CALIDAD

En Pasto Salud ESE nos comprometemos a generar valor en salud con la implementación y mejora continua de los procesos avanzando hacia el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de atención primaria y complementaria en salud, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

8.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En Pasto Salud ESE, nos comprometemos a avanzar en la gestión clínica segura a través de la promoción de una cultura de seguridad, que identifique y gestione riesgos, reporte y analice eventos clínicos dentro de una cultura justa, manteniendo entornos seguros, implementando barreras de seguridad, a través de la promoción de competencias y habilidades en nuestro talento humano, así como la participación activa de pacientes y sus familias, buscamos minimizar eventos adversos y seguir mejorando nuestros procesos y aprendizaje como organización.

8.3 POLITICA DE GESTION DEL RIESGO


En Pasto Salud ESE nos comprometemos a gestionar los riesgos, a través de la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, comunicación, monitoreo y seguimiento, con el fin de prevenir y mitigar impactos negativos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la empresa.

8.4 POLITICA DE HUMANIZACION

En Pasto Salud nos comprometemos a fortalecer nuestra cultura de Humanización que reconozca la integralidad del ser humano, respetando la diversidad, las diferencias, las semejanzas, las necesidades y particularidades de las personas en los diferentes ambientes, promoviendo el valor humano y la compasión, que contribuyan a la protección de la vida en general, el respeto a la dignidad humana y al goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

8.5 POLITICA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

En Pasto Salud ESE nos comprometemos a que sus sedes cuenten con tecnología eficiente, efectiva y segura en todo su ciclo de vida útil, con enfoque de gestión del riesgo en cumplimiento de la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	17

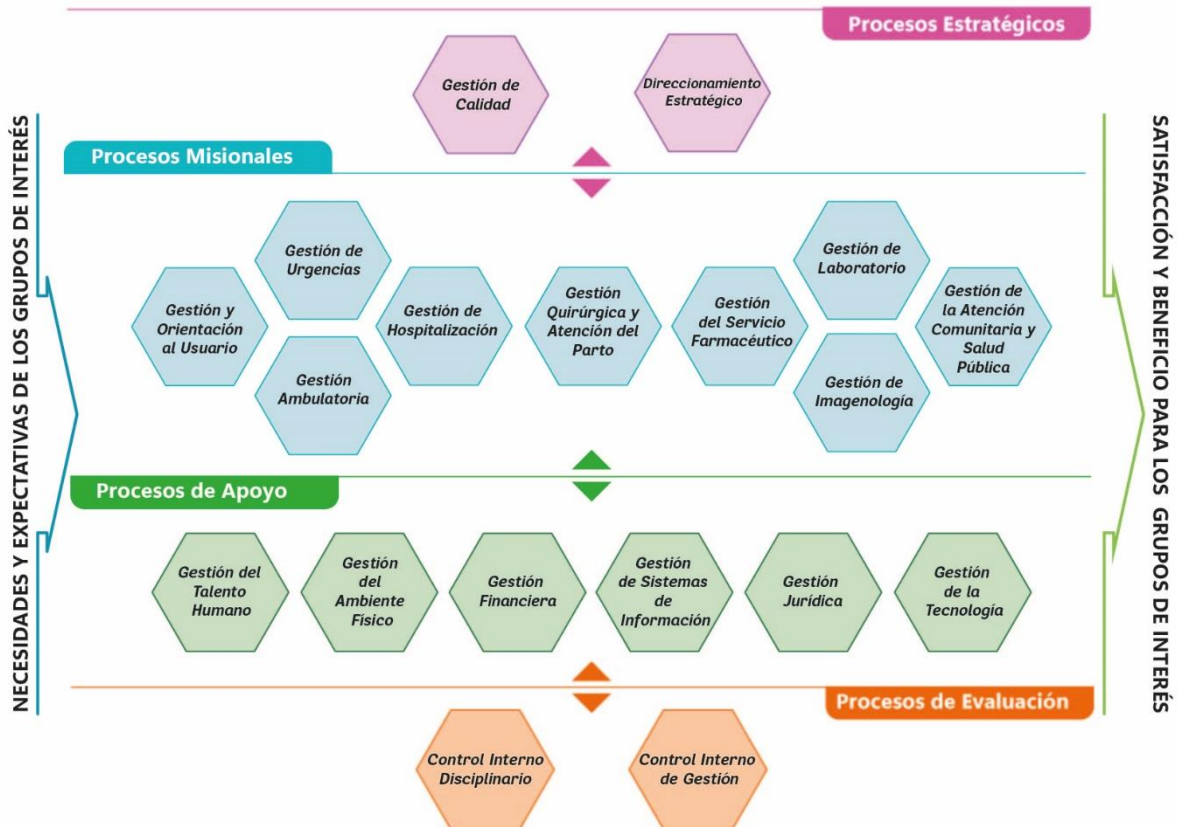
8.6 POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

En Pasto Salud E.S.E. nos comprometemos a la generación y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas en lo social, ambiental y económico con los grupos de interés.

8.7 POLITICA DE TRANSFORMACION CULTURAL


En Pasto Salud E.S.E nos comprometemos a generar estrategias de transformación cultural con enfoque en liderazgo y en los valores institucionales, en donde se promueva una cultura de seguridad del paciente, trato humanizado, gestión del riesgo y uso racional de los recursos, capaz de influir proactivamente en los procesos destinados a garantizar la satisfacción de los grupos de interés.

9. MAPA DE PROCESOS



La Empresa cuenta con un mapa de proceso cuya entrada es la identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés, que es el insumo para la operativización de los procesos que se dividen en 4 procesos: Estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación. Todo lo anterior confluirá en el producto final que es la satisfacción las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés.

Cabe informar que la Empresa además cuenta con 19 procesos y 76 procedimientos que se encuentran cargados en la página web institucional.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	19

10. AUTOEVALUACION

10.1 CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO, AUTOEVALUACIÓN Y EQUIPOS PRIMARIOS

La conformación de los equipos de autoevaluación se realizó en el mes de mayo del presente mes, bajo Resolución 171 del 13 de Febrero del 2025, la conformación fue realizada de la siguiente manera:

EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	
Líder: Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria o quien haga sus veces	
Integrantes	
Cargo	
1	Gerente de Pasto Salud E.S.E
2	Jefe Oficina Asesora de Planeación
3	Subgerente de Salud e Investigación
4	Subgerente Financiero y Comercial
5	Directores Operativos de Red
6	Secretaria General
7	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano
8	Profesional Universitario-Ingeniero Biomédico
9	Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas
10	Líderes Ejes de Acreditación

GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	
Líder: Gerente de Pasto Salud E.S.E	
Integrantes	
Cargo	
1	Jefe oficina asesora de planeación
2	Profesional universitario de planeación
3	Subgerente de Salud e Investigación
4	Subgerente Financiero y Comercial
5	Secretaria General
6	Jefe Oficina Control Interno
7	Directores Operativos de Red
8	Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria

GRUPO DE ESTÁNDARES DE PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL (AMBULATORIO Y HOSPITALARIO)

Líder: Subgerente de Salud e Investigación

Integrantes

Cargo

1	Enfermeras con Funciones Administrativas
2	Profesional Universitario Auditoria Médica
3	Profesional Universitario-Enfermera Asistencial
4	Profesional Universitaria Coordinadora Odontología
5	Profesional Universitario-Química Farmacéutica
6	Profesional Universitaria Laboratorio Clínico
7	Profesional Universitaria-Vigilancia Epidemiológica
8	Profesional Universitaria - Medico asistencial
9	Profesional Especializada Área de la Salud-Salud Pública
10	Técnico Área de la Salud
11	Profesional Universitario SIAU
12	Profesional Especializada Área de la Salud-Calidad
13	Profesional Especializada Área de la Salud - Auditoria
14	Referente de referencia y contrarreferencia

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE TALENTO HUMANO

Líder: Jefe Oficina Asesora de Talento Humano

Integrantes

Cargo

1	Profesional Universitario-Abogado
2	Profesional Universitario- SG SST
3	Técnico Operativo Comunicaciones
4	Representante de la empresa temporal de personal
5	Profesional de apoyo Talento humano – Profesional en Administración
6	Profesional de apoyo Talento Humano – Profesional en psicología
7	Odontólogo(a)

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE AMBIENTE FÍSICO

Líder: Secretaria General

Integrantes

Cargo

1	Profesional universitario - Ingeniero ambiental
2	Profesional Universitario-Suministros
3	Almacenista General
4	Profesional Universitario- SG SST
5	Profesional Universitaria Ingeniera Civil
6	Profesional Universitario Instrumentador Quirúrgico Esterilización
7	Profesional Especializada Área de la Salud-Calidad
8	Profesional Universitario Arquitecto

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Líder: Profesional Universitario-Ingeniero Biomédico

Integrantes

Cargo

1	Profesional universitario - Ingeniera Biomédica
2	Profesional Universitario Sistemas de Información
3	Profesional Universitaria-Química Farmacéutica
4	Profesional Universitaria Coordinadora Odontología
5	Representante de proveedor- Mantenimiento de equipos biomédicos
6	Representante de proveedor – Calibración de equipos biomédicos
7	Odontólogo (a)

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Líder: Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas

Integrantes

Cargo

1	Profesional Universitario de Sistemas (1)
2	Profesional Universitario de Sistemas (2)
3	Técnico Operativo-Archivo y Correspondencia
4	Técnico Operativo-Oficina de Comunicaciones
5	Representante de proveedor - Mantenimiento de equipos de sistemas
6	Profesional Especializado área de la salud - auditoria

EQUIPO PRIMARIO REDES INTEGRADAS

Líder: Enfermera administrativa Red Sur

Integrantes

Cargo

1	Enfermera administrativa Red Norte
2	Enfermera administrativa Red Oriente
3	Enfermera administrativa Red Occidente

EQUIPOS PRIMARIOS AMBULATORIO - HOSPITALARIO - URGENCIAS

Red Norte- Red Sur- Red Oriente- Red Occidente

Líder: Enfermeras Administrativas de cada Red

Integrantes

Cargo

1	Tecnólogos de Promoción y Prevención
2	Profesionales de Medicina Consulta Externa
3	Profesionales de Medicina de Urgencias
4	Profesionales de medicina de Hospitalización
5	Profesionales de Odontología
6	Profesionales de Enfermería -Asistencial servicio ambulatorio
7	Profesionales de Enfermería -Asistencial servicio hospitalización
8	Profesionales de Enfermería -Asistencial servicio urgencias
9	Profesionales Laboratorio Clínico

EQUIPOS PRIMARIOS AMBULATORIO - HOSPITALARIO - URGENCIAS	
Red Norte- Red Sur- Red Oriente- Red Occidente	
Líder: Enfermeras Administrativas de cada Red	
Integrantes	
Cargo	
10	Regentes del servicio Farmacéutico
11	Auxiliares administrativas de SIAU
12	Enfermera Seguridad del paciente
13	Auxiliares administrativos facturación
14	Referente de Imagenología
15	Profesionales de Psicología
16	Profesionales de Nutrición

EQUIPO PRIMARIO DE BIENES Y SERVICIOS	
Líder: Secretaria General	
Integrantes	
Cargo	
1	Representante del proveedor de Imágenes diagnósticas
2	Representante de la empresa temporal de personal
3	Representante empresa de dietas hospitalarias
4	Representante empresa de aseo
5	Representante de proveedor- Mantenimiento de equipos biomédicos
6	Representante de proveedor – Calibración de equipos biomédicos
7	Representante de laboratorio clínico
8	Representante empresa de vigilancia


10.2 METODOLOGÍA PARA EFECTUAR LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

La metodología para efectuar la autoevaluación fue realizada de la siguiente manera:

1. Formulación de los equipos de autoevaluación
2. Homologación de conceptos y discusión de los estándares
3. Realización de la calificación cualitativa: a través de la formulación de oportunidades de mejora y fortalezas por cada estándar evaluado, incluyendo oportunidades de mejora de otras fuentes.
4. Realización de la calificación cuantitativa: Se califica cada estándar de acreditación de 1 a 5, bajo la metodología de enfoque, implementación y resultado.
5. Priorización de las oportunidades de mejora bajo la metodología de riesgo, costo y volumen. Priorizando aquellas con un puntaje superior a 75.

10.3 MECANISMO PARA IDENTIFICAR Y CONSOLIDAR OTRAS FUENTES DE MEJORAMIENTO

1. Solicitud a líderes de procesos de oportunidades de mejora derivadas de otras fuentes de mejoramiento, de acuerdo al Modelo de mejora continua de la empresa.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	23

2. Revisión y consolidación por parte del área de calidad de las diferentes oportunidades de mejora remitidas en las matrices de autoevaluación y priorización.

10.4 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

Año 2024: **3.24**

RESULTADOS AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION AÑO 2024	
GRUPO DE ESTANDARES	2024
PROCESO ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	3.16
DIRECCIONAMIENTO	3.35
GERENCIA	3.34
GERENCIA TALENTO HUMANO	3.22
GERENCIA AMBIENTE FISICO	3.18
GESTIÓN TECNOLOGIA	3.28
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3.16
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.23
TOTAL	3.24


Nota: Los soportes de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa del año 2024, se encuentran en repositorio en la oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

10.5 SELECCIONAR LOS PROCESOS A MEJORAR

La selección de procesos a mejorar se realiza de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas, y se visualizan en el registro PAMEC, concluyendo lo siguiente:

PROCESO	No. Oportunidades de mejora
DIRECCIONAMIENTO	24
GESTIÓN DE CALIDAD	33
GESTIÓN CONTROL	3
GESTIÓN AMBULATORIA	24
GESTIÓN DE URGENCIAS	12
GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	12
GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO	14
GESTIÓN DE IMAGENOLOGÍA	13
GESTIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO	10
GESTIÓN FARMACÉUTICA	12
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	7
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	29
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	23
GESTION QUIRÚRGICA	13
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	29
TOTAL	258

Nota: El número de oportunidades puede diferir de las priorizadas ya que en una oportunidad puede haber dos o más procesos relacionados.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	24

11. PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES OBJETOS DE MEJORAMIENTO

MATRIZ DE PRIORIZACION:

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de riesgo, costo y volumen:


- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN		
RIESGO	COSTO	VOLUMEN
Califique como 1 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 1 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 1 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Las oportunidades de mejoramiento priorizadas las cuales se encuentran con un puntaje mayor a 75 son a las que se harían acciones de mejoramiento (PAMEC).

RIESGO X COSTO X VOLUMEN = TOTAL PUNTAJE DE PRIORIDAD

PRIORIDAD	PUNTAJE
BAJA	ENTRE 1 A 40 PUNTOS
MEDIA	ENTRE 41 A 74 PUNTOS
ALTA	ENTRE 75 A 125 PUNTOS

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	25


Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora:

No ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL

Oportunidades de mejora priorizadas:

De las 373 oportunidades de mejora identificadas producto de la autoevaluación cualitativa vigencia 2023, 308 de ellas fueron priorizadas.


GRUPO DE ESTANDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA	OPORTUNIDADES PRIORIZADAS
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	132	75
DIRECCIONAMIENTO	19	14
GERENCIA	20	15
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	26	21
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	18	16
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	15	14
GESTION DE LA TECNOLOGIA	14	7
MEJORAMIENTO	12	9
TOTAL	256	171

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	26

12. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS

La Calidad Esperada, para el PAMEC 2025, basado en los estándares de acreditación será:

- Cualitativa: Ejecutar las acciones de mejora producto de las oportunidades de mejora priorizadas, generando fortalezcas como insumo del aprendizaje organizacional.
- Cuantitativa: Ejecutar las acciones producto de las oportunidades de mejora priorizadas, mejorando continuamente, en pro de alcanzar el cumplimiento del estándar de acreditación. Obteniendo una calificación promedio superior al 3.24.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	27

13. DEFINICION DE LA CALIDAD OBSERVADA

13.1 DISEÑAR LOS PAPELES DE TRABAJO, LOS FORMATOS DE REGISTROS QUE SE REQUIEREN PARA CONSIGNAR LA INFORMACIÓN QUE SE PRETENDE OBTENER

QUE	QUIEN	CUANDO	PORQUE	COMO
Instrumentos que permiten registrar lo observado durante el proceso e auditoria que permita reportar resultados y obtener conclusiones	Líder y equipo de auditoria	Una vez se diligencie el plan de auditoria se procederá a diseñar o rediseñar los instrumentos.	Permite al equipo auditor tener una guía estandarizada para la recolección de información dentro del desarrollo de la auditoria	Se debe considerar: 1. Procesos y/o procedimientos a auditar 2. Los documentos y registros que se utilizan 3. Los criterios de la auditoria 4. Rediseñar instrumentos anteriores


La realización de procedimientos de auditoría de la calidad, requiere el diseño de instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información, que se conocen regularmente como formatos de registro. De igual forma, es muy importante tener en cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebas piloto de dichos formatos, de manera tal que se permita evaluar la adecuación de ellos a las necesidades del proceso de obtención de información y realizar los ajustes requeridos.

13.2 HACER CRONOGRAMA PARA CONTROLAR LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.

QUE	QUIEN	CUANDO	PORQUE	COMO
Diseñar un formato que contenga fecha programada, lugar, duración y responsable.	Líder de auditoria	Simultaneo a la elaboración del plan de auditoria	Permite definir tiempos y responsables para la ejecución de la auditoria	Teniendo en cuenta: 1. Periodo a evaluar 2. Disponibilidad del personal auditado 3. Disponibilidad y perfil del equipo auditor 4. Recursos y logística disponibles

13.3 ASIGNAR LOS RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA


QUE	QUIEN	CUANDO	PORQUE	COMO
Consecución de recursos y apoyo logístico para la ejecución de la auditoria	Líder de auditoria	Una vez se cuente con la aprobación del Plan de Auditoria	Permite el desarrollo de la auditoria dentro de los tiempos programados	Identificando las necesidades de soporte de la auditoria Solicitando los recursos al área que pueda proveerlos

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	28

14. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION

La matriz del PAMEC, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Requisito incumplido / Aspecto a mejorar: Se registra el estándar a mejorar, según lo contenido en el Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario 3.1, normado bajo la Resolución 5095 de 2018
- Oportunidad de mejora: Se registra la oportunidad de mejora priorizada, producto de la autoevaluación cualitativa de acreditación o de las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa
- Causa raíz: Se registra para el caso de oportunidad de mejora como N.A
- Que hacer: Se registra el que hacer, de acuerdo a la oportunidad de mejora definida.
- Como hacerlo: Se registra en ciclo PHVA, las actividades para dar cumplimiento a la oportunidad de mejora definida.
- En tipo de acción: Cuando se trate de una oportunidad de mejora, se coloca como Acción de mejora.
- En fuente: Se registra teniendo en cuenta las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa.
- En proceso: Se registra el proceso o los procesos que se pretende mejorar de acuerdo al mapa de procesos de la Empresa y de las oportunidades de mejora priorizadas.
- Responsable de ejecutar la acción: Se registrará el o los responsables de realizar las acciones de mejoramiento, contenidas en el "Como hacerlo".
- En Cuando, se diligencia día/mes/año en las columnas fecha de inicio y fecha de fin de cada actividad definida.
- Que recursos necesita: Se diligencia los recursos físicos, de talento humano o financieros que se requieran para dar cumplimiento a la actividad definida.
- Medio de verificación: Se registra el documento, que soporte específicamente la actividad a realizar.
- Monitoreo por parte del líder del proceso: Entendiendo que el monitoreo entendido como el autocontrol que debe realizarse por cada uno de los responsables de la ejecución de las acciones de mejoramiento, se diligenciará de manera dinámica la fecha del monitoreo, el estado (completa, en desarrollo, atrasada), y las observaciones frente al

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	29


cumplimiento colocando de manera objetiva la evidencia del cumplimiento o la justificación del porque se encuentra en desarrollo o atrasada la actividad monitoreada.

Con relación a la ejecución del plan de acción, la ejecución se realizará durante toda la vigencia 2025, planteando las actividades por ciclo PHVA, un responsable y un cronograma de ejecución, con reunión mensual por parte de cada uno de los equipos conformados para la implementación del PAMEC.

El número de acciones de mejoramiento a ejecutarse para el presente año son:


GRUPO DE ESTANDARES	Nº DE ACCIONES
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	300
DIRECCIONAMIENTO	53
GERENCIA	57
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	87
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	64
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	57
GESTION DE LA TECNOLOGIA	26
MEJORAMIENTO	43
TOTAL	687

Nota: El número de acciones de mejoramiento puede variar, ya que se pueden adicionar o suprimir acciones de acuerdo a la dinámica del mejoramiento continuo en Pasto Salud ESE.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	30

15. MONITORIZACION AL PLAN DE MEJORA


La monitorización a la ejecución de las acciones de mejora, se tiene establecido como un control para el cumplimiento de las acciones, esta se realizará por los equipos de autoevaluación de manera mensual, generando un acta de acciones cumplidas, en desarrollo y atrasadas. En la matriz se debe colocar la fecha de monitoreo, el estado de la acción y las respectivas observaciones que justifiquen el estado.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	31

16. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA

El seguimiento al plan de mejora de cada uno de los grupos de estándares de acreditación se realizará de manera semestral de acuerdo al plan de mejora definido, indicando el resultado de la acción y observaciones a que haya lugar, este se realizará por la Oficina de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.


SEGUIMIENTO				
RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	32

17. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA

El aprendizaje de la Empresa, se justificará por cada una de las acciones ejecutadas en ciclo PHVA, de cada una de las oportunidades de mejora generadas y priorizadas durante la vigencia 2025.


Al evidenciar cumplimiento de todas las acciones que conforman una oportunidad de mejora estas se considerarán como lecciones aprendidas previo análisis por el equipo de mejoramiento de la Empresa, que serán comunicadas a través de boletines con el fin de ser consultadas por los grupos de interés para Pasto Salud ESE. Por otra parte el aprendizaje organizacional se evidenciará en la internalización de la información documentada generada como producto de la ejecución de las acciones de mejora.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	33

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social, Lista de chequeo para la evaluación del Programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad, 2014, Colombia.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social, Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario, versión 3.1, 2018, Colombia
- ✓ Ministerio de la Protección Social, Guías básicas para la implementación de las Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad, 2007, Colombia.
- ✓ ICONTEC, NTC ISO 19011 DEL 2015, Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de calidad y/o ambiental.
- ✓ Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, Informe de autoevaluación en acreditación, vigencia 2022

Fin del documento.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	13.0	34

ACTUALIZADO POR:

EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDES
 Profesional Especializado área de la salud

REVISADO POR:

JUAN CARLOS MERA GUERRERO
 Subgerente de Salud e Investigación

APROBADO POR:

DIEGO FERNANDO MORALES ORTEGON
 Gerente