

	ACTA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

Diligenciar en medio digital o a mano alzada Válida con firmas						
FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA INICIO	HORA FINAL	ACTA No.
	30	08	2021	08:00 AM	11: 00 M	007-2021
TEMA DE REUNION:	REUNION DE REVISION POR LA DIRECCION					
LUGAR:	SALA DE JUNTAS					
ASISTENTES						
NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO		DEPENDENCIA		FIRMA
Se anexa lista de asistencia						
ORDEN DEL DIA						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida 2. Llamado a Quórum. 3. Desarrollo de los temas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe de Seguimiento PAMEC I Semestre, ➤ Resultados de Auditoría Interna de Calidad 2021 ➤ Revisión por la dirección. 4. Compromisos 						
DESARROLLO						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida a todos los asistentes por parte de Francisco Castillo y Angela Luna, contratistas del Equipo de Calidad, exponiendo los temas que se van a tratar en la sesión. 2. Llamado a Quórum, en el cual se encuentran todos los asistentes y se da inicio a la sesión 3. Desarrollo de los temas: <p>Toma la palabra el Doctor Edwin Julio Bastidas- Profesional Especializado Área de la Salud, exponiendo El resultado del informe de Seguimiento a PAMEC con corte a primer semestre 2021.</p> 						

GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES PARCIALMENTE CUMPLIDAS	ACTIVIDADES INCUMPLIDAS	No. TOTAL ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE 2021	% CUMPLIMIENTO
PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	183	155	49	387	87%
GERENCIA	30	24	17	71	76%
GERENCIA DE LA INFORMACION	39	19	1	59	98%
GESTION DE LA TECNOLOGIA	10	13	23	46	50%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	30	12	0	42	100%
DIRECCIONAMIENTO	12	15	5	32	84%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	14	9	4	27	85%
MEJORAMIENTO	10	4	0	14	100%
TOTAL	328	251	99	678	85%

Se llega a la conclusión que para la vigencia se tiene un impacto positivo respecto a la vigencia anterior, toda vez que se incrementó el porcentaje de cumplimiento teniendo en cuenta el número de actividades propuestas para el mismo, esto conlleva al fortalecimiento del liderazgo para el cumplimiento de las mismas.

Se concluye que es necesario fortalecer el monitoreo y control de los procesos que tienen un porcentaje de cumplimiento menor al 80% para alcanzar la meta deseada.

Continuando con el desarrollo de la sesión, se expone los Resultados de Auditoría Interna de Calidad 2021, en cuenta a fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades. Donde se manifiesta que este ejercicio fue muy productivo teniendo en cuenta que esta auditoria tuvo un alcance para las 22 IPS y con un enfoque en dos sedes con la metodología que se implementó en la Institución de paciente trazador.

Se concluye que es necesario el control y seguimiento por parte de los líderes de proceso a los planes de mejoramiento, producto de la Auditoría interna.

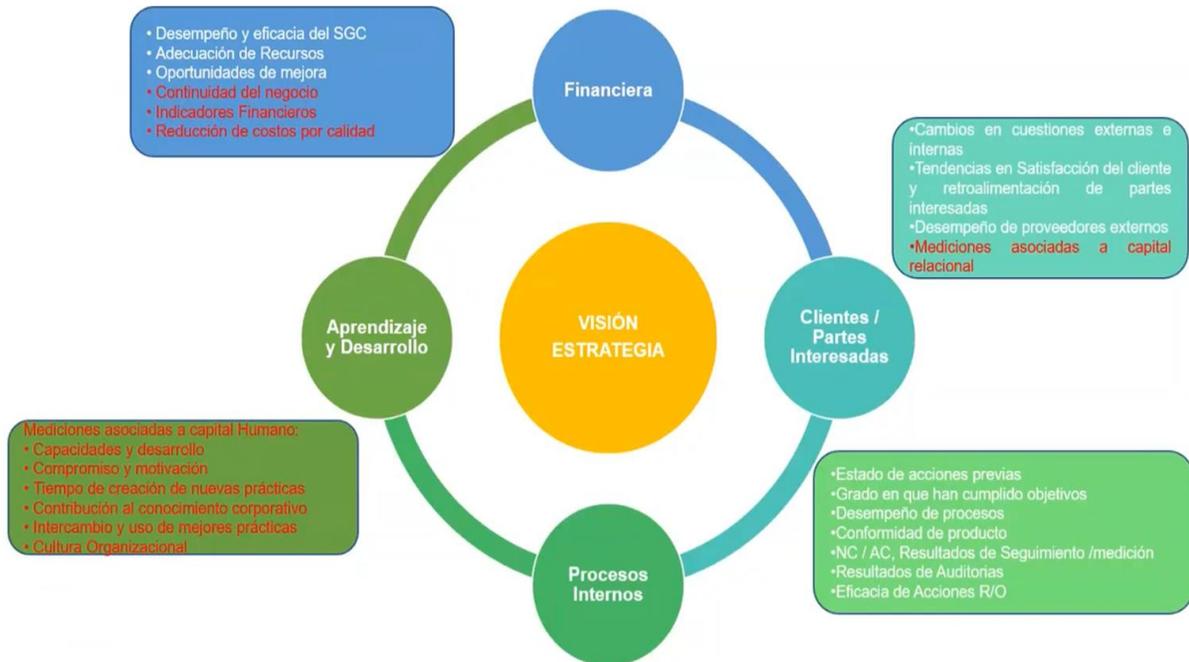


ACTA			
VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

Toma la palabra el Ingeniero Francisco Castillo- Contratista de Calidad y expone la dinámica del desarrollo de la Revisión por la Dirección teniendo en cuenta las entradas y salidas, producto del requisito de la norma.



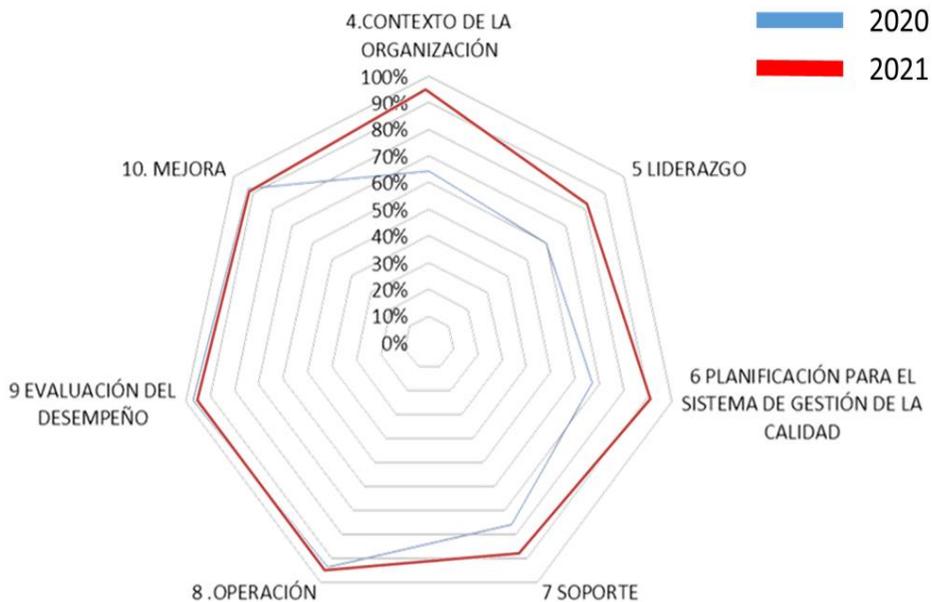
Donde concluye que existe un enfoque de la alineación del Sistema de Gestión de Calidad con la plataforma estratégica de Pasto Salud ESE



Se expone el ejercicio de autodiagnóstico comparativo de los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015 a la Entidad, teniendo como resultado:

AUTODIAGNÓSTICO SGC BAJO LA NTC ISO 9001:2015

REQUISITOS ISO 9001:2015	CUMPLIMIENTO AÑO 2020	CUMPLIMIENTO AÑO 2021
4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	64%	96%
5 LIDERAZGO	60%	86%
6 PLANIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	67%	95%
7 SOPORTE	76%	89%
8 .OPERACIÓN	94%	96%
9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	97%	96%
10. MEJORA	93%	93%



	ACTA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

Teniendo claro lo anterior se expone los temas de entradas y salidas de Revisión por la dirección así:

- A. El estado en el que se encuentran las acciones de las revisiones por la dirección.
- B. Los cambios en las cuestiones internas o externas que son referentes al Sistema de Gestión de la Calidad.
- C. La información sobre el desempeño y la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad incluyen todas las tendencias según:
 - 1. La satisfacción del cliente y de las partes interesadas.
 - 2. El grado en el que se han conseguido los objetivos de la calidad
 - 3. El desempeño de todos los procesos y la conformidad de los productos
 - 4. Las no conformidades y las acciones correctivas
 - 5. Los resultados obtenidos por el seguimiento y la medición
 - 6. Los resultados de las auditorías internas
 - 7. El desempeño de los proveedores externos
- D. Se adecuan los recursos
- E. La eficiencia de todas las acciones que se toman para abordar los riesgos y las oportunidades.
- F. Las oportunidades de mejora.

Decisiones y acciones para:

- 1. Oportunidades de mejora.
- 2. Necesidades de cambios del SGC.
- 3. Necesidades de recursos.



A. ESTADO DE LAS ACCIONES DE REVISION POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO
Aplicación de la encuesta del clima organización en el mes de enero	CUMPLIDO
Analizar la variación de los indicadores	CUMPLIDO
Mejorar la clasificación de las PQR y fortalecer la toma de acciones	CUMPLIDO
Implementar las oportunidades de mejora en los procesos atrasados y fortalecerlos	CUMPLIDO
Verificar la muestra de la aplicación de encuestas de satisfacción	CUMPLIDO
Actualizar las caracterizaciones de los procesos	EN PROCESO
Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento producto de evaluación de proveedores críticos	CUMPLIDO
Depurar el servidor documental	EN PROCESO
Fortalecer las capacitaciones en temática de SGC a todo el personal de Pasto Salud ESE	CUMPLIDO

La doctora Adriana Enriquez, manifiesta que el servidor documental es una herramienta que es responsabilidad directa de cada líder de proceso, es por esta razón que cada líder debe revisarla y depurarla de manera constante; de la misma forma recuerda que si hay documentos de otras instituciones que se van a utilizar al interior de la empresa, no necesitan copiarse, sino solamente adoptarse respetando los derechos de autor.

B. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS O EXTERNAS QUE SON PERTINENTES AL SGC

Reposición de IPS (Centro de Salud San Vicente)	INTERNO	
Actualización de plataforma estratégica	INTERNO	
Vacunación COVID-19	EXTERNO	
Evaluación mediante metodología de paciente trazador	INTERNO	EJECUTADOS
Asignación de citas a través de medios digitales	INTERNO	
Nueva modalidad de contratación con las EPS	EXTERNO	
Prestación de servicios de consulta médica especializada	INTERNO	
Recepción de infraestructura y operativización del Hospital ID de Santa Mónica	EXTERNO	PROCESO DE EJECUCIÓN
Cierre sede Centro de Salud Lorenzo para reposición	INTERNO	

La doctora Adriana Enriquez solicita que se despliegue la matriz de cambios consolidada a todo el personal de la empresa, ya que en las visitas programadas a las 22 IPS se preguntará sobre este tema.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GS1-A	022

C. LA INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. La satisfacción del cliente y de las partes interesadas.

1. SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO

CATEGORÍAS	2013	2015	2017	2019	2020	2021
ORIENTACIÓN ORGANIZACIONAL	85%	93%	93%	96%	99%	93,8%
ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO	46%	65%	73%	88%	95%	84%
ESTILO DE DIRECCIÓN	57%	71%	82%	90%	94%	84,1%
COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN	32%	41%	60%	93%	96%	91,9%
TRABAJO EN EQUIPO	52%	57%	74%	94%	93%	91,2%
CAPACIDAD PROFESIONAL	80%	79%	84%	98%	99%	96,3%
MEDIO AMBIENTE FÍSICO	51%	52%	64%	92%	96%	86,8%
AUSTERIDAD Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN	64%	79%	87%	97%	91%	96,6%
TOTAL CLIMA LABORAL	58%	67%	77%	93%	95%	90,9%

*Fuente: Informe análisis de resultados encuesta clima organizacional, Febrero 2021, Gestión del Talento Humano

2021	
Población habilitada:	507
Participantes	%
320	63,1%

La entidad me incentiva cuando alcanzo mis objetivos y metas (69.2%)

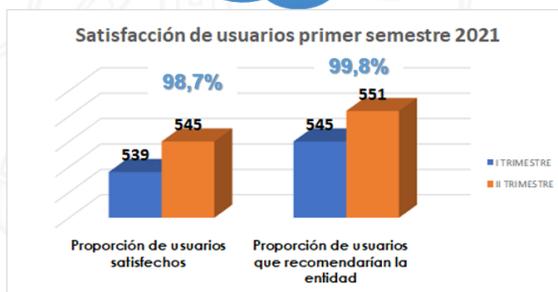
Los Directivos y jefes de oficina le motiva y reconoce su trabajo (74.6%)

En mi área de trabajo no hay contaminación auditiva (ruido) (69.6%)



1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS I Y II TRIMESTRE
1104



*Fuente: Informe de satisfacción I y II Trimestre 2021 - Gestión y Orientación al usuario

	RESPUESTA	NÚMERO DE USUARIOS	
		I TRIM	II TRIM
PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS	MUY BUENO	90	81
	BUENO	449	464
PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍAN LA ENTIDAD	DEFINITIVAMENTE SI	524	530
	PROBABLEMENTE	21	21

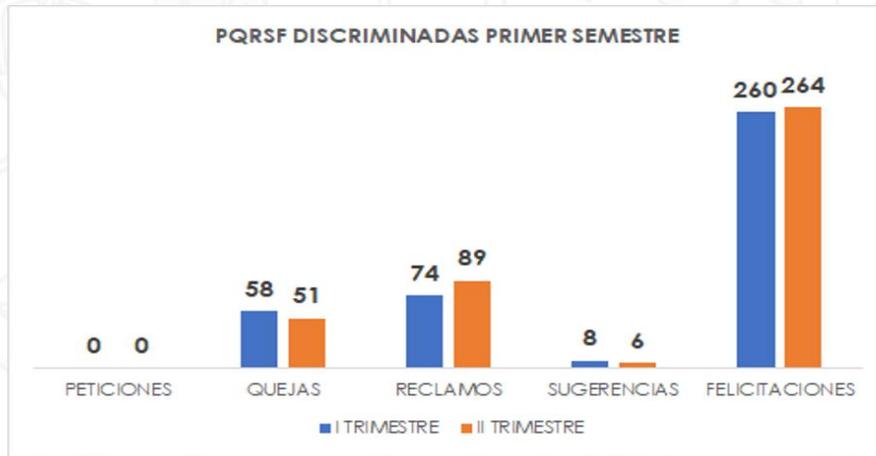


#VamosporlaAcreditación

La doctora Ana Belén Arteaga solicita que se quite la meta del POA a las felicitaciones de los usuarios, para evitar que las felicitaciones sean inducidas por el personal, la meta si debe ser la satisfacción del usuario; de la misma forma recuerda que se debe generar cultura en la orientación a los usuarios desde todo el personal para que sepan como colocar una PQRSF.



1. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS



*Fuente: Informe PQRSDF I y II trimestre – Gestion y Orientación al usuario.

840 PQRSF RECIBIDAS

**100% PQRSF
GESTIONADAS**



Pasto Salud ESE

#VamosporlaAcreditación

1. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS



VARIABLES ASOCIADAS A NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PARTES INTERESADAS

RIESGO x COSTO x VOLUMEN	
INTERNOS	EXTERNOS
TALENTO HUMANO Inducción y reinducción; Plan de Capacitación; Información y Comunicación; laboral; Programa de Humanización; SGSST	USUARIOS Oportunidad de la atención; Atención de usuarios; Humanización de la atención; Promoción de los servicios de salud; Programa de PyP; Sistemas de información y comunicación
JUNTA DIRECTIVA Transparencia y comunicación; Mejoramiento de Dotación e infraestructura Hospitalaria; Gestión de calidad	ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Calidad y cobertura; Rutas de atención; Humanización; PROVEEDORES Recepción de mercancías
	ENTIDADES FORMADORAS DE TALENTO HUMANO Inducción y reinducción; Planeación Estratégica

*Fuente: Plan de Desarrollo 2021-2024.



Pasto Salud ESE

#VamosporlaAcreditación

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

2. El grado en el que se han conseguido los objetivos de la calidad

2. GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

DESEMPEÑO POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS I SEMESTRE 2021

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	CUMPLE	NO CUMPLE	TOTAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Generar auto sostenibilidad financiera, promoviendo la creación de valor y productividad, con el uso eficiente de recursos relacionados con la misionalidad de la empresa.	3	0	3	100%
Mejorar la participación, satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.	4	1	5	80%
Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.	51	17	68	75%
Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.	7	1	8	88%
Total	65	19	84	77%

*Fuente: Informe POA primer semestre, julio 2021. Oficina de Planeación

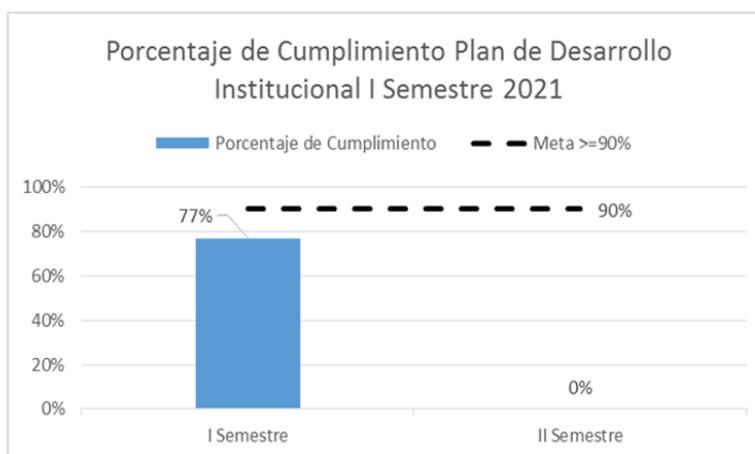


#VamosporlaAcreditación

3. El desempeño de todos los procesos y la conformidad de los productos

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

PASTO SALUD ESE	
CUMPLE	65
NO CUMPLE	19
TOTAL	84
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	77%
META	90%
BRECHA	13%

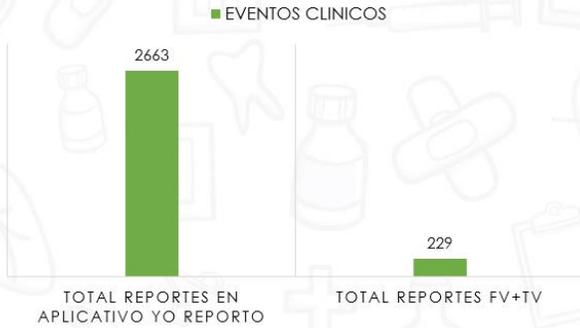


*Fuente: Informe POA primer semestre, julio 2021. Oficina de Planeación

ACTA			
VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

REPORTE DE EVENTOS CLINICOS 2021



CONTROL DE LOS EVENTOS CLINICOS 2021



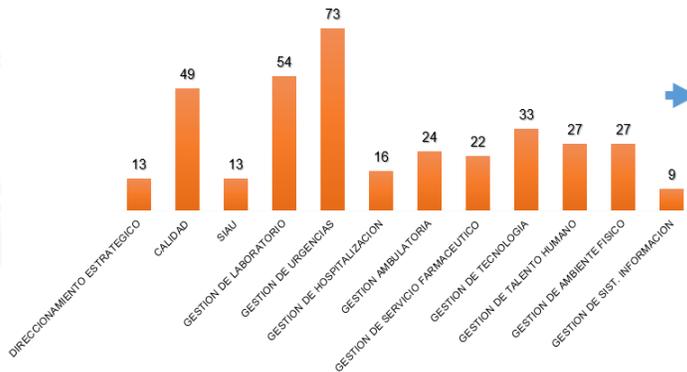
*Fuente: Acta de comité de seguridad del paciente, julio 2021, Oficina de calidad – seguridad del paciente
*Fv: Farmacovigilancia *TV: Tecnovigilancia



4. Las no conformidades y las acciones correctivas

4. NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

ACCIONES IDENTIFICADAS PLANES DE MEJORA AUDITORIA INTERNA 2020



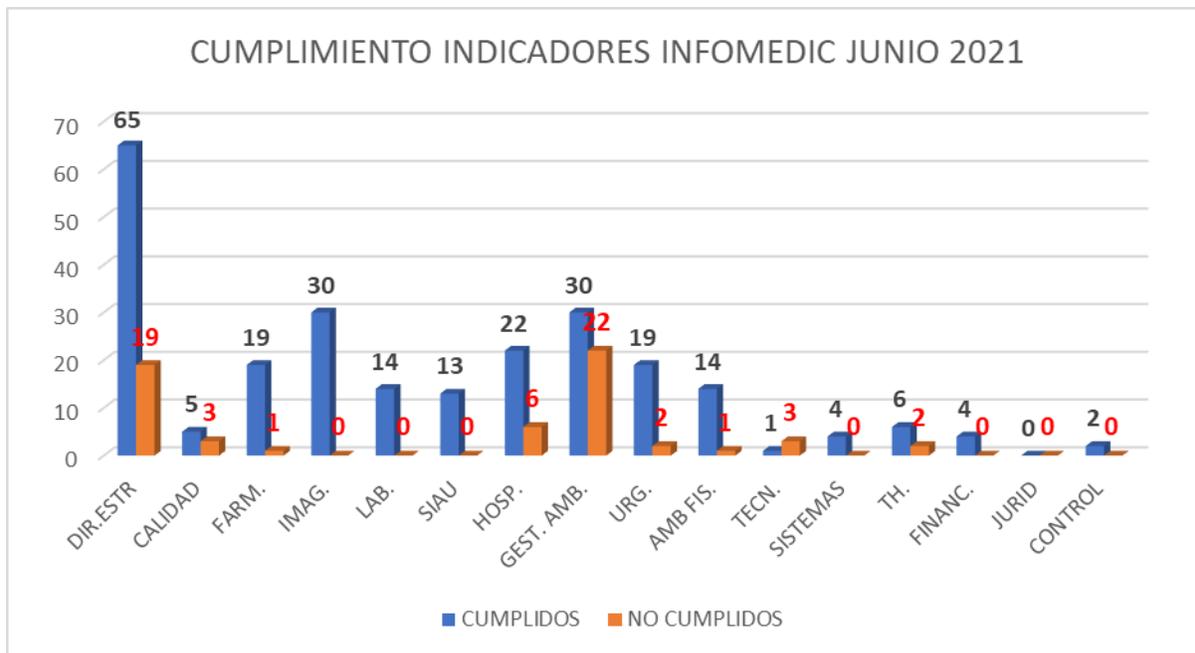
*Fuente: Informe seguimiento a planes de mejora auditoria interna de calidad 2020

	FECHA	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS
PRIMER SEGUIMIENTO	18-nov-21	229	116	15
SEGUNDO SEGUIMIENTO	18-may-21	360	0	0

100% CUMPLIMIENTO



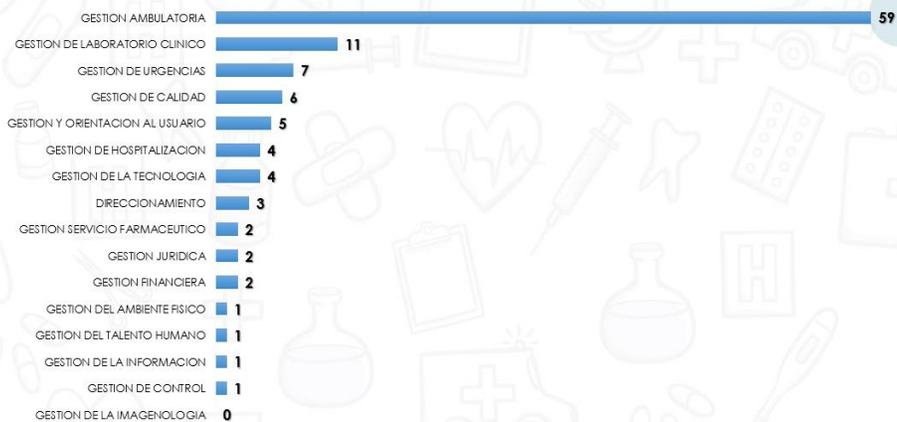
5. Los resultados obtenidos por el seguimiento y la medición



6. Los resultados de las auditorías internas

6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

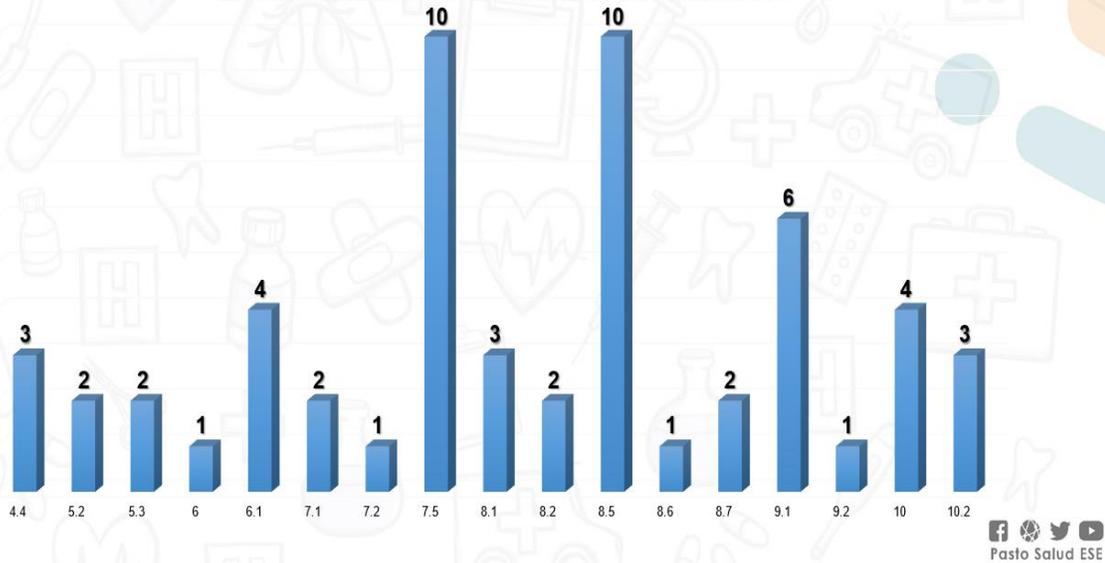
NO CONFORMIDADES EN AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021





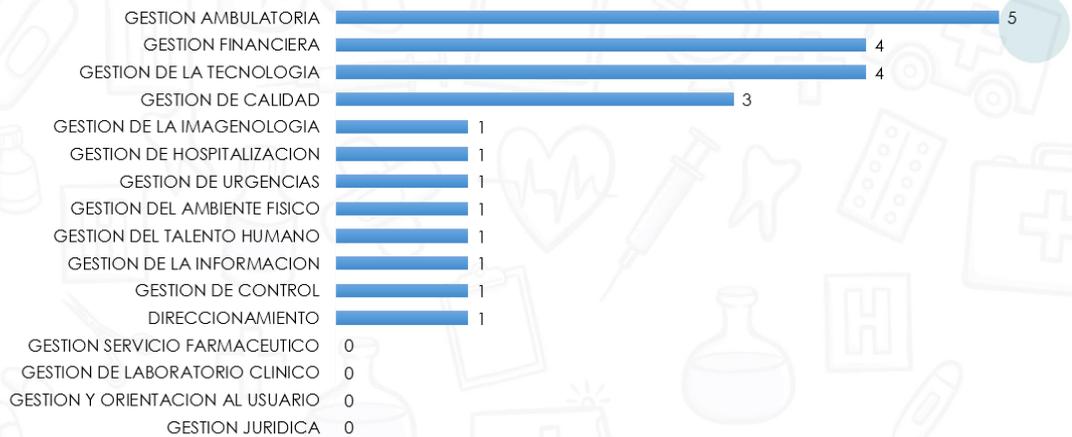
6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

NUMERO DE REQUISITOS INCUMPLIDOS POR PROCESO



6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

No. FORTALEZAS AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021



6. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS (SEGUIMIENTO ACCIONES AUDITORIA EXTERNA 2020)

NOMBRE PROCESO	TOTAL DE ACCIONES PM 2020	PRIMER SEGUIMIENTO 18 MAYO 2020			SEGUNDO SEGUIMIENTO 26 AGO 2021		
		ACCIONES CERRADAS	ACCIONES ABIERTAS - EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES ABIERTAS - EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4	0	4	0	3	1	0
CALIDAD	18	10	8	0	18	0	0
SIAU	3	3	0	0	3	0	0
GESTION DE LABORATORIO	11	11	0	0	11	0	0
GESTION DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	32	25	7	0	32	0	0
GESTION AMBULATORIA (ODONTOLOGIA)	8	0	8	0	8	0	0
GESTION DE TALENTO HUMANO (HUMANIZACION)	4	3	1	0	4	0	0
GESTION DE AMBIENTE FISICO	7	0	7	0	7	0	0
GESTION FINANCIERA	6	5	1	0	6	0	0
TOTAL	93	57	36	0	92	1	0
	100%	61,3	38,7	0,0	98,9	1,1	0,0

6. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS EXTERNAS (ENTES DE CONTROL)

EVALUACION DE LA GESTION FISCAL



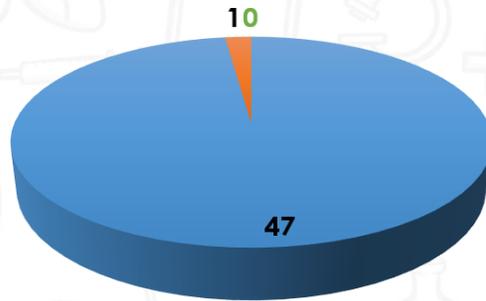


ACTA			
VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

7. El desempeño de los proveedores externos

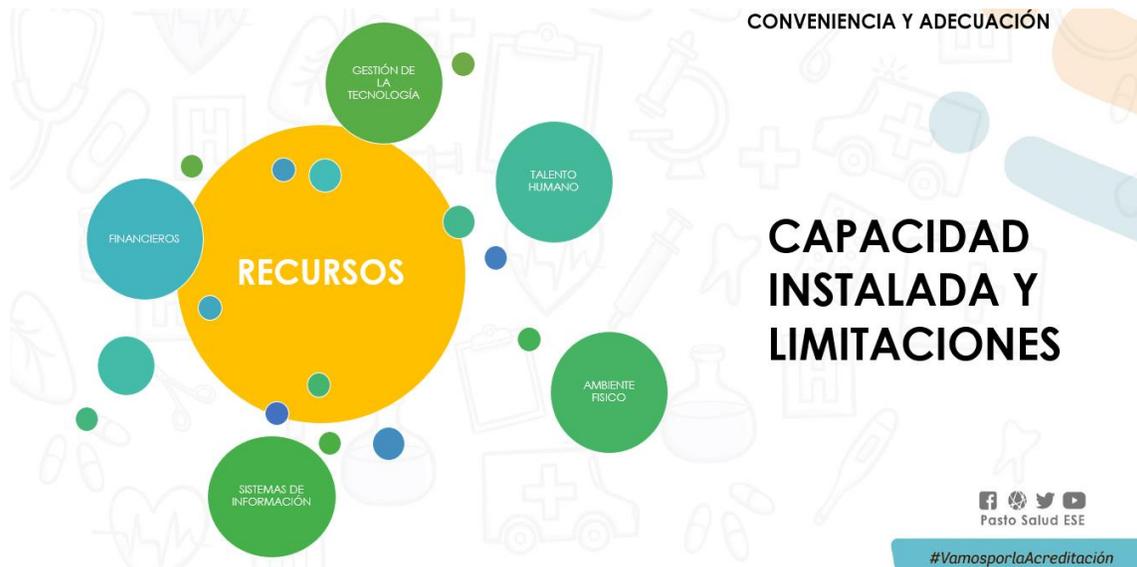
7. DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES I SEMESTRE 2021



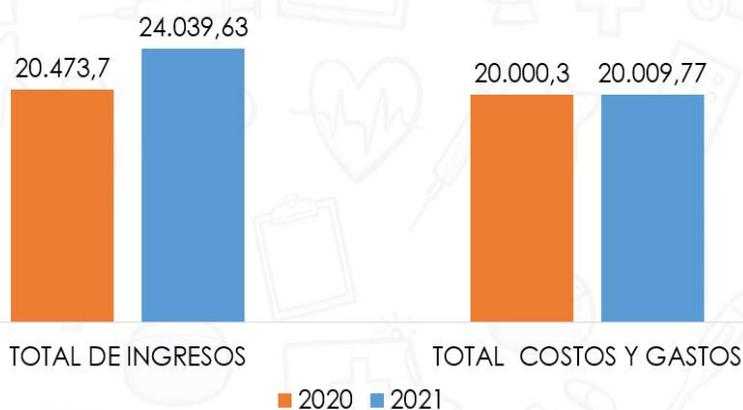
- BUENO - PROVEEDOR CONFIABLE Y RECOMENDADO
- REGULAR - PROVEEDOR POCO CONFIABLE
- NO CUMPLE - PROVEEDOR NO CONFIABLE

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS



D. ADECUACION DE LOS RECURSOS - FINANCIEROS

ESTADO DE RESULTADOS COMPARATIVO
Comparativo en millones de pesos
Junio 2020-2021



*Fuente: Estados Financieros, junio 2021. Subgerencia Financiera y Comercial - Contabilidad



#VamosporlaAcreditación

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – TALENTO HUMANO

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL PASTO SALUD E.S.E

NIVEL	No. Total Cargos	No. Cargos provistos	No. Cargos vacantes	No. Cargos requeridos	Diferencia
Directivo	10	10	0	10	0
Asesor	4	4	0	4	0
Profesional	227	197	30	321	-124
Técnico	38	36	2	44	-8
Asistencial	277	259	18	301	-42
Extramural	0	0	0	62	-62
TOTAL	556	506	50	742	-236

*Fuente: Plan de Previsión del Talento Humano, 2021. Gestión del Talento Humano



D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – SGSST

ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST			
CICLO	ESTÁNDAR	PESO PORCENTUAL DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN DE LA EMPRESA CONTRATANTE
I. PLANEAR	RECURSOS	10	10
	GESTION INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO	15	11
II. HACER	GESTIÓN DE LA SALUD	20	20
	GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS	30	30
	GESTION AMENAZA	10	10
III. VERIFICAR	VERIFICACIÓN DEL SG-SST	5	5
IV. ACTUAR	MEJORAMIENTO	10	10
TOTALES		100	96

*Fuente: Evaluación Estándares SGSST. 2021. Seguridad y Salud en el Trabajo



D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – AMBIENTE FISICO

INTERVENCIONES DE INFRAESTRUCTURA EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PASTO SALUD E.S.E PERIODO ENERO A JULIO DEL 2021

RED	IPS	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			TOTAL POR IPS
		MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	
ORIENTE	LORENZO	6	28		4	39		4	21		4	7		4	5		3	13		5	16	153	
	ROSARIO	8	8		6	4		7	1		7	6	1	7	3	1	7	3	2	9	7	79	
	LAGUNA	9	12		9	11		8	4		8	4		8	1		8	6		10	5	94	
	ENCANO	8	4		9	3		7	2		8	2		8	0		7	3	1	10	5	69	
	CABRERA	9	2		10	7		9	3		8	6		9	4		7	3		10	5	83	
	MIS KIKES	4	0		5	0		4	0		4	0		4	1		3	0		5	0	26	
OCCIDENTE	SAN VICENTE	3	19		3	13		2	6		2	13		1	5		2	7		3	9	85	
	GENOY	7	5		8	2		7	11		7	2		8	2		8	3		9	0	72	
	OBONUCO	8	7		8	1		8	2		8	5		9	4		8	8		9	2	79	
	CALDERA	8	1		8	1		8	5		8	4		9	7		7	5		11	2	76	
	MAPACHICO	8	5		8	0		8	3		8	6		8	1		7	4		11	3	72	
	TAMASAGRA	4	25		4	15	1	3	12		4	20		4	8		3	15		5	8	127	
NORTE	BUESQUILLO	7	1		8	0		9	1		9	2		8	2		8	5		10	4	67	
	PRIMERO DE MAYO	4	0		8	10		3	5		4	4		3	6		4	14		5	3	69	
	PANDIACO	4	0		5	0		3	10		4	5		4	4		3	10		5	2	55	
	MORASURCO	8	2		8	0		8	0		8	2		8	3		7	1		11	4	62	
	HOSPITAL CIVIL	4	28		5	39	1	3	18		4	18	1	3	35		4	24	2	5	35	225	
	SUR	GUALMATAN	6	4		6	3		4	0		6	0		5	0		7	0		8	0	43
CATAMBUCO		3	2		4	3		4	6		4	3		4	0		4	6	1	5	0	46	
SANTA BARBARA		2	6		7	2		10	3		7	1		5	1		9	3		9	0	63	
PROGRESO		3	12		3	11		3	6		3	0		4	4		2	20	2	4	14	88	
HOSPITAL LA ROSA		36	56	1	32	28	1	35	27		34	38		35	43		38	34		38	30	470	
SEDE ADMINISTRATIVA		3	10		3	8		2	14		4	10		3	5		4	12		4	10	89	
TOTAL	162	237	1	171	200	3	159	160	0	163	158	2	161	144	1	160	199	8	201	164	0	2292	

*Fuente: Informe de intervenciones y adecuaciones. Junio 2021. Oficina de Planeación



VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GS1-A	022

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – SISTEMAS DE INFORMACIÓN

LUGAR	RECURSOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITICIDAD PARA CAMBIOS
Red Oriente	93 Equipos de computo 3 Servidores	20 Alta 7 Media 1 Baja
Red Occidente	97 Equipos de computo 2 servidores	9 Alta 14 Media 3 Baja
Red Sur	132 Equipos de computo 7 Servidores	26 Alta 36 Media 3 Baja
Red Norte	107 Equipos de computo	20 Alta 13 Media 2 Baja
Sede Administrativa	132 Equipos de computo 7 Servidores	20 Alta 31 Media 2 Baja
TOTAL	561 Equipos de computo 19 Servidores	

TOTAL DE CRITICIDAD PARA CAMBIO	ALTA	MEDIA	BAJA
	79 equipos de computo 16 servidores	101 Equipos de computo	11 Equipos de computo

*Fuente: Informe de capacidad instalada equipos de computo. Junio 2021. Sistemas de Información



E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA BORDAR RIESGOS 2020

E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS 2020

PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	4	5	0	0
GESTION DE CALIDAD	9	1	5	2	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	5	3	1	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	49	10	37	2	0
GESTION AMBULATORIA - MEDICINA	70	19	40	11	0
GESTION DE URGENCIAS	45	10	32	3	0
GESTION DE LABORATORIO	6	2	2	2	0
GESTION DE IMAGENOLOGIA	19	13	5	1	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	27	15	12	0	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	11	3	2	0
GESTION DE TECNOLOGIA	7	3	3	0	1
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	2	2	2	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	16	5	5	4	2
GESTION FINANCIERA	26	15	10	1	0
GESTION JURIDICA	11	1	7	1	2
GESTION DE CONTROL	5	0	5	0	0
TOTAL	330	116	176	32	6

PORCENTAJE DE RIESGOS MATERIALIZADOS 2020

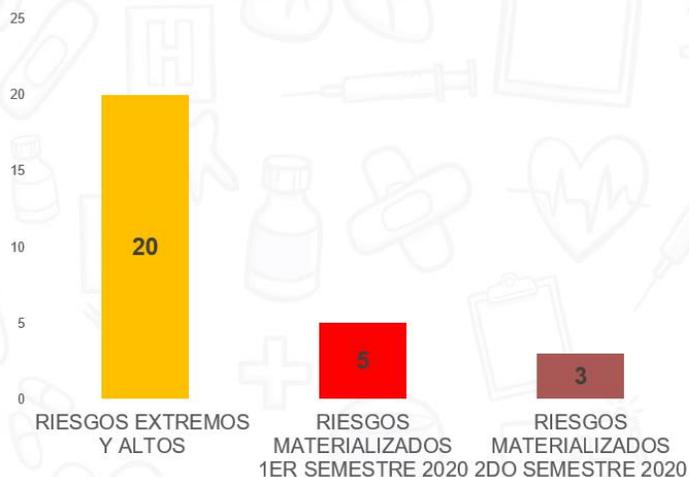


■ PRIMER SEMESTRE
■ SEGUNDO SEMESTRE 2020



E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

RIESGOS EXTREMOS Y ALTOS MATERIALIZADOS



PROCESOS	DESCRIPCION DEL RIESGO MATERIALIZADOS	NIVEL DE SEVERIDAD
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	No aplicación del protocolo de bioseguridad	ALTO (1er y 2do Semestre)
GESTION DE TECNOLOGIA	Equipos biomédicos no calibrados	EXTREMO (1er y 2do Semestre)
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	Inasistencia del usuario	ALTO (2do semestre)
GESTION AMBULATORIA	No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso. No realización de anamnesis adecuada, anamnesis con débil análisis y registro semiológico	ALTO (1er semestre)
URGENCIAS	Inadecuado plan del tratamiento	ALTO (1er semestre)
	No cumplimiento con las normas de bioseguridad	ALTO (1er semestre)

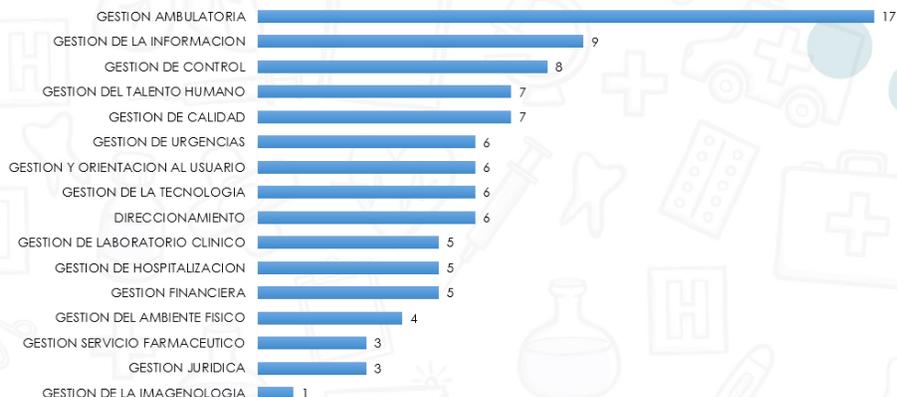
E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS 2021

PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3	0	2	0	1
GESTION DE CALIDAD	5	1	3	1	0
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	6	2	2	2	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	21	3	14	4	0
GESTION AMBULATORIA	45	10	22	13	0
GESTION DE URGENCIAS	23	2	14	7	0
GESTION DE LABORATORIO	8	3	3	2	0
GESTION DE IMAGENOLOGIA	15	4	10	1	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	21	10	10	1	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	7	0	3	3	1
GESTION DE TECNOLOGIA	5	0	3	2	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	0	2	4	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	2	7	3	0
GESTION FINANCIERA	15	2	5	8	0
GESTION JURIDICA	5	0	3	1	1
GESTION DE CONTROL	6	5	1	0	0
TOTAL	203	44	104	52	3

AUDITORIA A RIESGOS MATERIALIZADOS EN EJECUCIÓN

F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA – AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

No. OPORTUNIDADES DE MEJORA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021



F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA - PAMEC

GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES PARCIALMENTE CUMPLIDAS	ACTIVIDADES INCUMPLIDAS	No. TOTAL ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE 2021	% CUMPLIMIENTO
PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	183	155	49	387	87%
GERENCIA	30	24	17	71	76%
GERENCIA DE LA INFORMACION	39	19	1	59	98%
GESTION DE LA TECNOLOGIA	10	13	23	46	50%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	30	12	0	42	100%
DIRECCIONAMIENTO	12	15	5	32	84%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	14	9	4	27	85%
MEJORAMIENTO	10	4	0	14	100%
TOTAL	328	251	99	678	85%

*Fuente: Informe Primer seguimiento PAMEC. Julio 2021. Oficina de auditoria

La doctora Ana Belen recomienda que se debe poner especial atencion a los grupos de estandares de gestion de tecnologia y Gerencia, buscar el mejoramiento y aumentar el cumplimiento de las acciones propuestas.

F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA – REFERENCIACIONES 2020-2021

PROCESO	ENTIDAD CON QUIEN SE REFERENCIÓ	PLAN DE MEJORAMIENTO	Nº. OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS
SISTEMAS DE INFORMACION	HILA	SI	2
SEGURIDAD DEL PACIENTE	HUDN	SI	5
GESTION DE CALIDAD	HUDN	SI	5
GESTION DE CALIDAD	HILA	SI	2
TALENTO HUMANO (HUMANIZACIÓN)	HOSPITAL SAN RAFAEL	SI	3
SIAU	HUDN	SI	1
GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACION	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	NO	0

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente expuestos, se concluye que el Sistema de Gestión de Calidad es adecuado, conveniente, eficaz y está alineado al direccionamiento estratégico de la organización, así:

									TOTALES
ADECUACIÓN	REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS		REQUISITOS DE LA NORMA		REQUISITOS ORGANIZACIONALES		83,70%
	Res 408 Plan Gerencial	73%	Encuestas de satisfacción cliente interno	90,90%	Resultados auditoria interna ISO 9001:2015	94%	Cumplimiento del Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual		
	Res 5095 acreditación	3.0 (1,20% de mejora respecto al año anterior)	Encuestas de satisfacción cliente externo	98,70%	Resultado de auditoria externa de calidad	100%			
MIGP (IDi)	89,7	Informe PQRSF	100%	Resultado de auditorias entes de control	94,70%				
CONVENIENCIA	Cumplimiento PAMEC								85%
EFICACIA	Nivel de cumplimiento de los objetivos estrategicos del plan de desarrollo								
	OBJETIVO DE CALIDAD 1	100%	OBJETIVO DE CALIDAD 2	80%	OBJETIVO DE CALIDAD 3	75%	OBJETIVO DE CALIDAD 4	88%	86%
	RESULTADOS OBTENIDOS POR SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN								
ALINEACIÓN	Nivel de cumplimiento del Plan de Desarrollo								77%

COMPROMISOS

Nº.	COMPROMISO	RESPONSABLE
1	Realizar capacitación en control documental y brindar acompañamiento a cada proceso para realizar la depuración de la información documentada.	Proceso direccionamiento estratégico
2	Depurar información documentada de cada proceso.	Líderes de todos los procesos
3	Realizar el despliegue de la matriz de identificación de cambios a todo el talento humano de la empresa.	Equipo de calidad
4	Realizar visitas de seguimiento a la apropiación de conocimientos del sistema de gestión de calidad a las 22 IPS y a la sede administrativa de la empresa.	Equipo de calidad
5	Realizar la revisión, depuración y actualización de todas las fuentes de indicadores, para consolidar todo el seguimiento y medición de la empresa en la herramienta INFOMEDIC.	Líderes de todos los procesos
6	Actualizar normogramas de todos los procesos	Equipo de calidad Líderes de todos los procesos
7	Armar trazabilidad de las referenciaciones que se han realizado en la empresa	Equipo de calidad Líderes de todos los procesos
8	Realizar la implementación de un repositorio documental para mejorar el control de la información documentada de la empresa.	Proceso gestión de sistemas de información Proceso direccionamiento estratégico Equipo de calidad
9	Modificar caracterización del proceso gestión de Tecnología, actualizando las áreas incluidas en el proceso.	Proceso gestión de tecnología Equipo de calidad
10	Consolidar informes para la postulación a la acreditación en salud	Equipo de acreditación
11	Priorizar los servidores de las redes y sede administrativa que requieren cambio inmediato.	Proceso de gestión de sistemas de información
12	Quitar meta de felicitaciones del POA.	Proceso gestión y orientación al usuario
13	Realizar la auditoria a riesgos durante los meses de enero y julio, para obtener datos oportunos en el reporte.	Proceso gestión de control

	ACTA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-A	022

NECESIDADES DE CAMBIOS:

- El servicio de Partos debe quedar incluido en la caracterización del proceso gestión de urgencias.
- Revisar metodología PAMEC, con el fin de (cambiar la denominación actividades PARCIALES a EN EJECUCION) cumplidas respectivo al tiempo planificado

NECESIDADES DE RECURSOS:

- Gestionar reposición de servidores del proceso de sistemas de información.
- Gestionar recursos para realizar la preauditoria de acreditación (Noviembre 2021).
- Gestionar recursos para realizar la auditoria de acreditación (2022).

LUGAR	HORA	FECHA	DIA	MES	AÑO
ANEXOS AL ACTA	Lista de asistencia				
RESPONSABLE DEL ACTA	ANGELA LUNA - Contratista Sistemas de gestión de calidad FRANCISCO CASTILLO - Contratista Sistemas de gestión de calidad				