INFORME FINAL PAMEC 2022

LIDER DEL PAMEC: Yolima Vargas Jiménez

Fecha: 9 de febrero de 2023

OBJETIVO: evaluar el avance y nivel del cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC con corte 30 de enero de 2023, con el propósito de identificar el mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional bajo la gestión de las oportunidades de mejora planteadas

ALCANCE: el presente informe tiene como alcance realizar la verificación y seguimiento en cada fase del ciclo acorde a la ruta crítica definida, verificando el avance y resultado de los procesos priorizados bajo la responsabilidad del líder del PAMEC y su equipo de trabajo, frente a la implementación, ejecución y seguimiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) con enfoque en acreditación.

DESARROLLO

El PAMEC 2022 de la ESE Hospital Local Cartagena de indias se inició con la planeación de este; se elaboró programa, se actualizo instrumentos para la implementación, se conformaron los equipos de autoevaluación, se capacitaron y se realizó el despliegue de la ruta crítica.

DEFINICION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RUTA CRITICA PAMEC

En el mes de enero se elaboró Cronograma de las actividades para la implementación a la ruta crítica PAMEC.

RUTA CRITICA PAMEC 2022

INICIO

Código: FTO-GCAL-RCP-333
Versión: 3
Fecha: 30/01/2018

SOPORTES	ENERO		FEBRERO				MARZO			ABRIL				MAYO			JUNIO		JULIO			AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE/ ENERO 2022			
Informe final cierre de brechas (acciones de mejoramiento cumplidas 2021)																																										
Acta reunion Comité de Evaluacion y desempeño Aprobacion de Ruta Critica de PAMEC 2022			X	X	X	X	X	X																																		
Ajustes en lineamientos Pamec y uso de herramientas definidas para el desarrollo de estas actividades 1, Generalidades del Pamec, Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Critica 2. Reentrenamiento en la metodologia y diligenciamiento de Acta. Avance de la Ruta Critica, Los Procesos priorizados, Seguimiento a los Planes de Mejoramiento e impacto de los mismos Avance de la Ruta Critica, Los Procesos priorizados, Seguimiento a los Planes de Mejoramiento e impacto de los mismos								X	X	X																																
Autodiagnostico										X																																
Auto evaluacion estandares de acreditacion (estandares de direccionamiento y gerencial)											X	X	X	X																												
Auto evaluacion estandares de acreditacion (estandares de asistenciales en cada sub red)											X	X	X	X																												
listado de procesos a mejorar															X	X																										
formato de priorizacion - Acta de reunion de priorizacion																	X	X																								
Fichas tecnicas de indicadores																			X	X																						
Tablero de seguimiento indicadores (resolucion 256 de 2016) y calificacion cuantitativa																					X	X	X	X																		
Elaboracion plan de mejoramiento																									X	X																
Cumplimiento de acciones de mejora																											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auditorias de seguimiento en centros de atencion																															X			X				X				
Tablero seguimiento acciones de mejora en sede administrativa																															X			X				X				
Actas reunion comité calidad centros de atencion																														X			X			X				X		X
Actas reunion Comité de evaluacion de desempeño																											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Para el mes de febrero se elaboran nuevos instrumentos y documento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, a finales de mes en reunión de comité de gestión y desempeño se aprueba ruta crítica y documento PAMEC 2022.

AUTOEVALUACION

En los meses de abril y mayo se realizó autoevaluación de todos los estándares de direccionamiento y asistenciales de acreditación con base a las resoluciones 5095 de 2018 y 1328 del 2021, previa conformación de los grupos auto evaluadores conformado por enfermeras jefes de centros de atención, directores operativos de procesos, coordinadores de procesos, gerente interventor y auditores de calidad, se realizó calificación cualitativa y cuantitativa.

Obteniendo una calificación cuantitativa global de 1.70; a continuación, muestra cuadro de calificación por grupo de estándar.

RESULTADOS DE AUTOEVALUACION 2022	
ESTANDARES	**CALIFICACION**
ASISTENCIALES	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1.2
SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.15
ACCESO	1.65
REGISTRO E INGRESO	2.13
EVALUACION DE NECESIDADES	1.69
PLANEACION DE LA ATENCION	1.32
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1.36
EVALUACION DE LA ATENCION	1.95
SALIDA Y SEGUIMIENTO	2.01
REFERENCIA Y CONTRARREFERE	1.32
SEDES INTEGRADAS EN RED	1.49
DIRECCIONAMIENTO	**1.55**
GERENCIA	**1.75**
G. TALENTO HUMANO	**2.13**
G. INFORMACION	**1.48**
G. AMBIENTE FISICO	**1.90**
G. TECNOLOGIA	**1.84**
MEJORAMIENTO	**1.68**
TOTAL FINAL	**1.70**

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

Posterior a la autoevaluación se realizó la selección de los procesos a mejorar con base al mapa de proceso institucional se alistan todos los procesos en un formato y se relacionan con los estándares que generaron oportunidad de mejora.

CODIGO DEL ESTANDAR	ESTANDAR	SERVICIOS AMBULATORIO - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO HOSPITALARIO	VIGILANCIA EN SALUD	GESTION DE CALIDAD	EVALUACION Y CONTROL DE LA GESTION	PLANEACION	ATENCION AL CIUDADANO	TECNOLOGIA Y SISTEMA DE INFORMACION	GESTION FINANCIERA	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	GESSION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	GESTION MERCADO Y COMUNICACIÓN	GESTION JURIDICA	GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION	GESSION DEL TALENTO HUMANO
EVALUACION DE LAS NECESIDADES DEL INGRESO																
Estándar 26. Código: (AIN11)	**La organización tiene definido y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento. Incluye:** Criterios: • La definición del alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades de salud de los pacientes atendidos. • La definición de quién puede evaluar las necesidades de los pacientes • El equipo de salud realiza la identificación de necesidades de los pacientes de manera conjunta con los aspectos culturales de la población objeto. •La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta: Necesidades físicas Necesidades psicológicas Necesidades educativas o de información de los usuarios (de su patología, tratamiento, autocuidado, pronóstico, etc.) • Cuando aplique, se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes con enfermedad mental, etc.) • La evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente, se documenta en la historia clínica.	x														
Estándar 27. Código: (AIN12)	**La organización, de acuerdo con el tipo de servicio que preste, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se diseñan y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.** Criterios: • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de lesiones. • Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. • La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. • El diseño de los planes de salud para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. • El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. • Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención de la salud establecidos. • Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. • Se evalúa la adherencia de los colaboradores a los guías. • Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados esperados.	x														

PRIORIZACION DE PROCESOS. Una vez identificados los procesos a mejorar y con la participación activa de todos los integrantes del equipo de calidad, se aplicó la metodología de priorización del ministerio teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen.

Las oportunidades de mejora calificadas con igual o mayor a 125 puntos, se consideraron como críticas, de las cuales se tomaron las primeras 40.

MATRIZ DE PRIORIZACION					
Proceso	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CRITERIOS			TOTAL
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	
ATENCION AL CIUDADANO	Actualizar, publicar, evaluar y medir adherencia de los derechos y deberes de los pacientes al personal	5	5	5	125
GESTION DE CALIDAD	Aumentar la adhrencia a la politica de seguridad del paciente	5	5	5	125
GESTION DE CALIDAD	Contar con software o aplicativo para el programa de seguridad que garantice la optima accion de reporte, analisis y gestion	5	5	5	125
GESTION DE CALIDAD	Dotar con todas las herramientas para garantizar la esterilización en todos los servicios (servicio de urgencias)	5	5	5	125
GESTION DE CALIDAD	Articular al comité de infecciones central los reportes de Infecciones asociadas a la atencion en salud	5	5	5	125
VIGILANCIA EN SALUD	Garantizar el cumpliiento mensual del comite Central de infecciones.	5	5	5	125
GESTION DE CALIDAD	disminuir la brecha del indicador de adherencia de lavado de manos	5	5	5	125
SERVICIOS DE AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA	Realizar mediciones de la demanda insatisfecha de los usuarios por problemas de acceso al servicio en cuanto a la interconexion.	5	5	5	125
GESTION DE LA CALIDAD	Monitorear la aplicación de la identificacion correcta y renundante del paciente, socializar, evaluar y medir protocolo de identificacion del paciente	5	5	5	125

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

Se definió la calidad esperada de forma general de acuerdo a los objetivos estratégicos del plan de desarrollo institucional y los indicadores de PAMEC cuya proyección se determinó en 1.87

Se elaboraron fichas técnicas de indicadores con base a las oportunidades de mejora generadas en la priorización, cabe anotar que no contaban con línea base para definir una meta.

CALIDAD OBSERVADA

En esta etapa se realizó un diagnostico con base a los comités institucionales de seguridad del paciente, historias clínicas, indicadores de los dominios de seguridad, efectividad y oportunidad de acuerdo a la resolución 256 de 2016 y autoevaluación de todos los estándares de acreditación.

ELABORACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

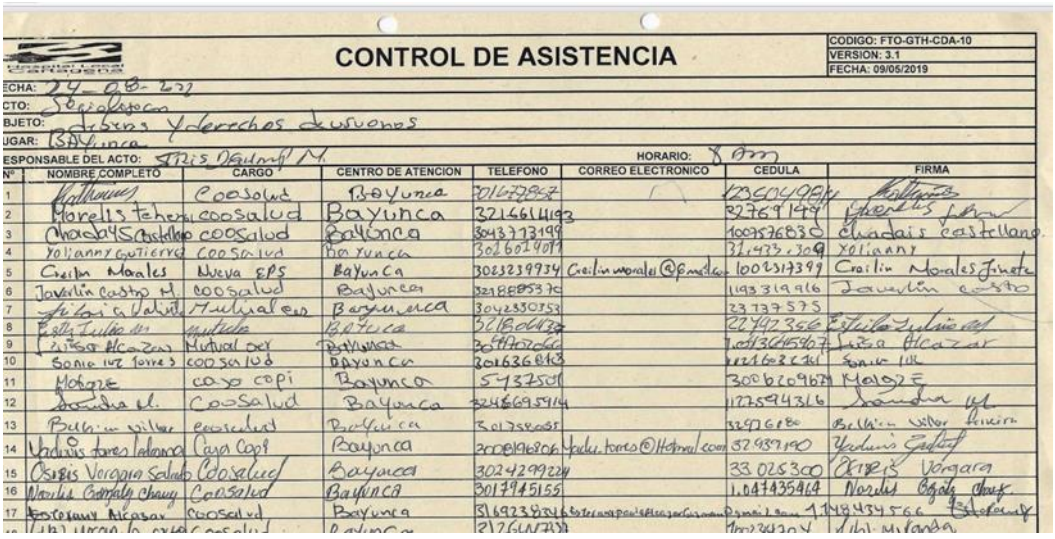
Con base a la matriz de priorización de oportunidades se generaron los planes de mejoramiento que se entregaron a cada uno de los responsables de ejecutar las acciones de mejora.

EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Según ruta crítica aprobada por agente interventor en el mes de febrero de 2022, se programó la ejecución y seguimiento de las acciones de mejora en el mes agosto, dicha fecha tuvo que ser postergada hasta el mes de septiembre debido al incumplimiento de las reuniones del equipo auto evaluador administrativo, generándose atraso de un mes en la Ruta Crítica.
De las 40 oportunidades de mejora priorizadas se evidencio avances mensuales detectadose para el mes de septiembre un avance del 10%; en el mes de octubre el avance fue de un 18%, para el mes de noviembre 10% y en diciembre 17%, con un avance total del 55%. Cabe anotar que el porcentaje de avance hace referencia solo a las acciones de mejora en estado cerrado correspondiente a un total de 22 oportunidades de mejora; 40% se encuentra en desarrollo y 5% en estado atrasado.
A continuación, se detalla las actividades ejecutadas por diferentes procesos

Proceso atención al ciudadano

Socialización de los deberes y derechos a los pacientes



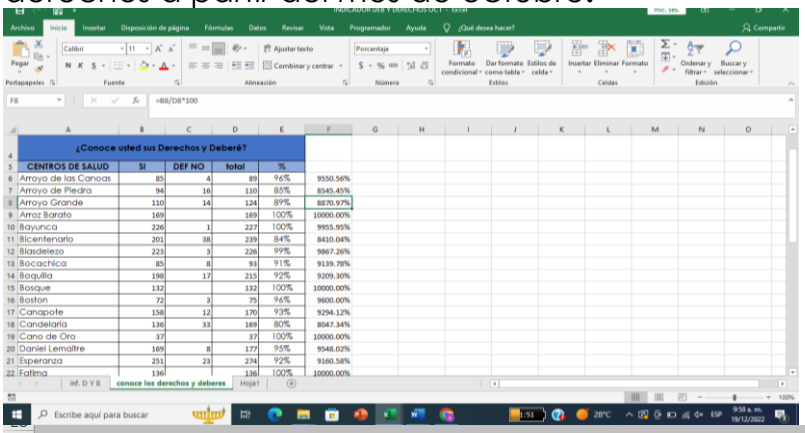
CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO: FTO-GTH-CDA-10
VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

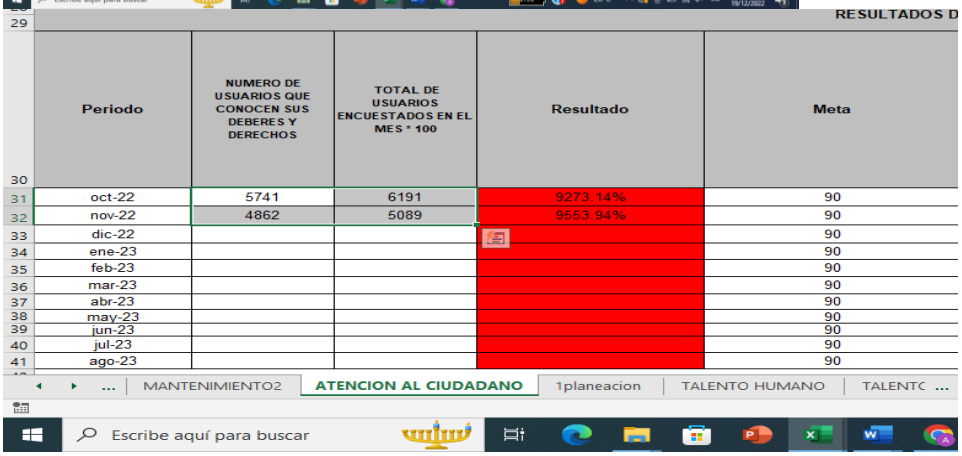
FECHA: 24-08-22
TEMA: Deberes y derechos de usuarios
LUGAR: Bayunca
RESPONSABLE DEL ACTO: Maris Daiana M.
HORARIO: 8 am

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	[illegible]	Coosalud	Bayunca	3016779857		1235040984	[illegible]
2	Morelis Tehera	coosalud	Bayunca	3216614193		32769144	Morelis Tehera
3	Chadais Castellano	coosalud	Bayunca	3043773199		1009576830	Chadais castellano
4	Yolianny Gutierrez	coosalud	Bayunca	3016024097		31.433.309	Yolianny
5	Crailin Morales	Nueva EPS	Bayunca	3023239934	Crailin.morales@gmail.com	1002317399	Crailin Morales Jinete
6	Javerlin Castro M.	coosalud	Bayunca	3218885376		1193319916	Javerlin Castro
7	[illegible]	Mutual ser	Bayunca	3042330753		33737575	
8	[illegible]	[illegible]	Bayunca	3118064739		22497356	[illegible]
9	Luisa Alcazar	Mutual ser	Bayunca	3054707663		1047364567	Luisa Alcazar
10	Sonia Ivr Torres	coosalud	Bayunca	3016368143		1021682761	Sonia Ivr
11	Maloze	caja copi	Bayunca	5737501		3006209679	Maloze
12	Saundra M.	Coosalud	Bayunca	3246695414		1275943116	Saundra M.
13	Berlin Villar	coosalud	Bayunca	3017588035		33976880	Berlin Villar
14	Yadinis Torres Tatamo	Caja Copi	Bayunca	3008196806	Yadinis.torres@Hotmail.com	32989190	Yadinis Tatamo
15	Osiris Vergara Salado	Coosalud	Bayunca	3024299224		33025300	Osiris Vergara
16	Noralis Grafalo Chang	Coosalud	Bayunca	3017945155		1.047435914	Noralis Grafalo Chang
17	Estefany Alcazar	coosalud	Bayunca	3169238216	[illegible]	1148434566	Estefany
18	[illegible]	Coosalud	Bayunca	3126447232		[illegible]	[illegible]

Aplicación de listado de chequeo y medición del indicador de deberes y derechos a partir del mes de octubre.



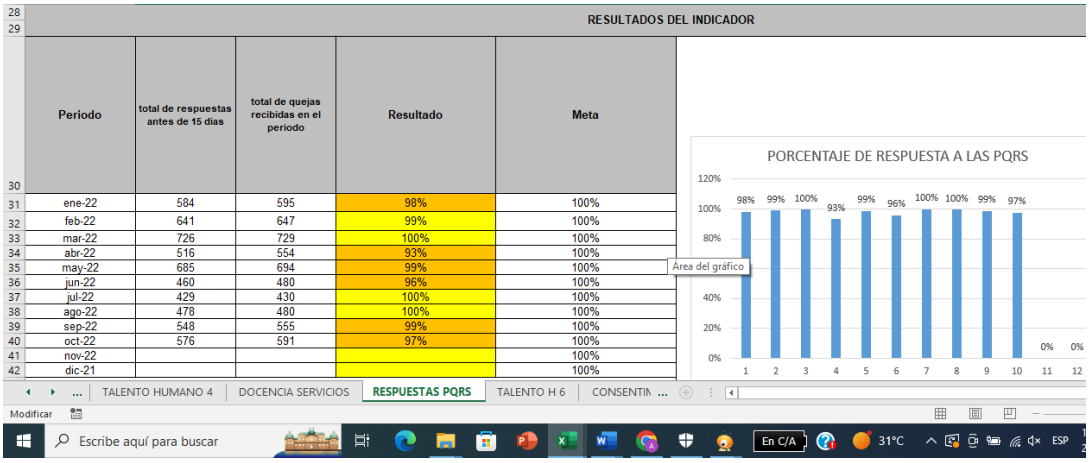
¿Conoce usted sus Derechos y Deberé?				
CENTROS DE SALUD	SI	DEF NO	total	%
Arroyo de las Canoas	85	4	89	96%
Arroyo de Piedra	94	16	110	85%
Arroyo Grande	110	14	124	89%
Arroz Barato	169		169	100%
Bayunca	226	1	227	100%
Bicentenario	201	38	239	84%
Blasdelezo	223	3	226	99%
Bocachica	85	8	93	91%
Boquilla	198	17	215	92%
Bosque	132		132	100%
Boston	72	3	75	96%
Canapote	158	12	170	93%
Candelaria	136	33	169	80%
Cano de Oro	37		37	100%
Daniel Lemaitre	169	8	177	95%
Esperanza	251	23	274	92%
Fatima	136		136	100%



RESULTADOS D

Periodo	NUMERO DE USUARIOS QUE CONOCEN SUS DEBERES Y DERECHOS	TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS EN EL MES * 100	Resultado	Meta
oct-22	5741	6191	9273.14%	90
nov-22	4862	5089	9553.94%	90
dic-22				90
ene-23				90
feb-23				90
mar-23				90
abr-23				90
may-23				90
jun-23				90
jul-23				90
ago-23				90

Se continúa midiendo el indicador oportunidad en la respuesta de PQRSDF



RESULTADOS DEL INDICADOR

Periodo	total de respuestas antes de 15 dias	total de quejas recibidas en el periodo	Resultado	Meta
ene-22	584	595	98%	100%
feb-22	641	647	99%	100%
mar-22	726	729	100%	100%
abr-22	516	554	93%	100%
may-22	685	694	99%	100%
jun-22	460	480	96%	100%
jul-22	429	430	100%	100%
ago-22	478	480	100%	100%
sep-22	548	555	99%	100%
oct-22	576	591	97%	100%
nov-22				100%
dic-21				100%

Proceso calidad

Inclusión y despliegue de una práctica segura en el boletín mensual en medios masivos desde el mes de septiembre.

Realización curso de seguridad del paciente a los líderes de seguridad del paciente en el mes de noviembre impartido por el SENA.

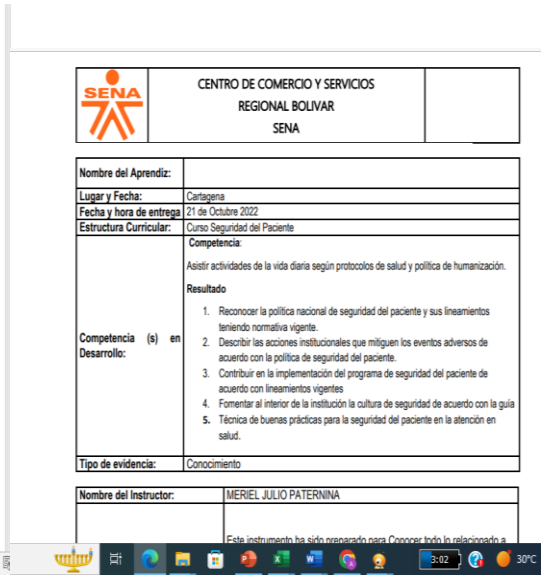
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

SEGURIDAD DEL PACIENTE

GRUPOS DE TRABAJO.

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
1 Luz Adriana Cuadros,	María Adriana Urrea	Demetria Mendoza	Anji villanueva	Anyelina Ramos Leal
2 Yolima Vargas	María Elena Gil	Liliana Comas	Fabiola mercdoa	Greilys Silva Rivera
3 Liceth Julio	Ninfa Alvarez	Rosa Altamiranda	karina vergara	Thybisais Pérez Maza
4 Angelica Jimenez	Jenniger Garces	Ena Gonzalez	Nairys cardenas	Dayana Mena Macías
5 Jose España	Yennifer Ortiz	Yuli Hernandez	Erika Brayan	Laila Velandia Escudero
6 Lenis Gonzalez	Yuris Marimon	Heidy Perez	Vida Leonor Zapata	Johariz Molina Peña
7 Maria Leonor Sarmiento	Gina Narvaez	Milagro Torres	Muriel Ramos	Carmen Blanco Morales
8 Patricia Alfaro	Karolin	Adenais Castaño	Lizeth Contreras	Jaidith Rico Sanchez
9 Ela Silva	Nataly Escudero	Irina Dueñas	Lirisaida Torres	Yaibeth Barboza
10 Wladimir Jimenez	Viveka Hadechini	Maria Bandera	Aljadis Novoa	Yenifer Ramirez

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

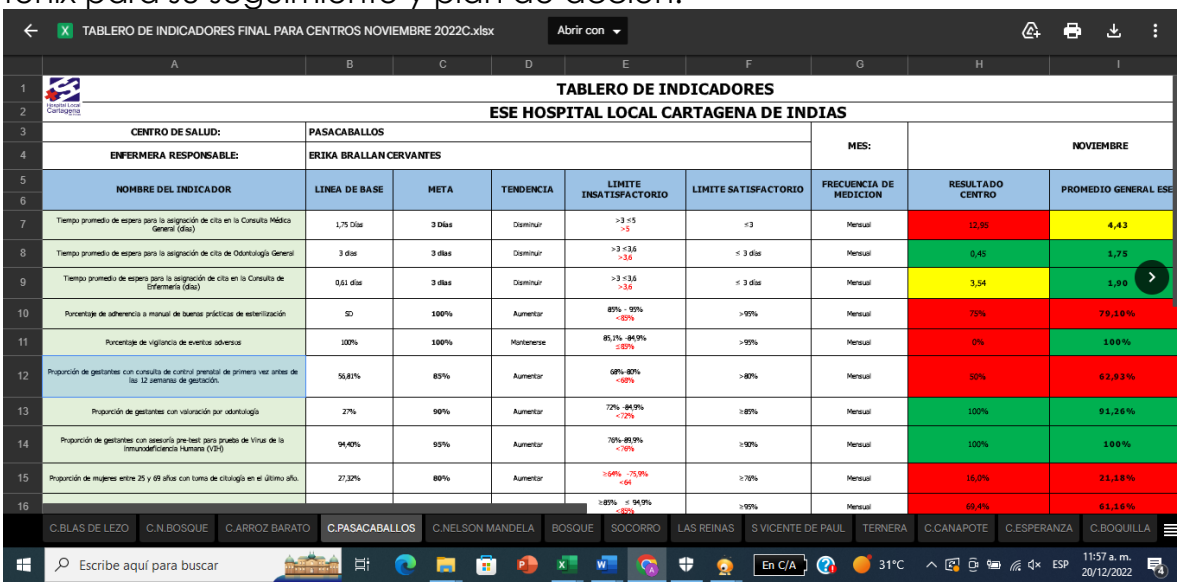


SENA	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL BOLIVAR SENA

Nombre del Aprendiz:	
Lugar y Fecha:	Cartagena
Fecha y hora de entrega	21 de Octubre 2022
Estructura Curricular:	Curso Seguridad del Paciente
Competencia (s) en Desarrollo:	**Competencia**: Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización. **Resultado** 1. Reconocer la política nacional de seguridad del paciente y sus lineamientos teniendo normativa vigente. 2. Describir las acciones institucionales que mitiguen los eventos adversos de acuerdo con la política de seguridad del paciente. 3. Contribuir en la implementación del programa de seguridad del paciente de acuerdo con lineamientos vigentes 4. Fomentar al interior de la institución la cultura de seguridad de acuerdo con la guía 5. Técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.
Tipo de evidencia:	Conocimiento

Nombre del Instructor:	MERIEL JULIO PATERNINA
	Este instrumento ha sido preparado para Conocer todo lo relacionado a

Inclusión en los comités de calidad por cada centro de atención indicadores fénix para su seguimiento y plan de acción.



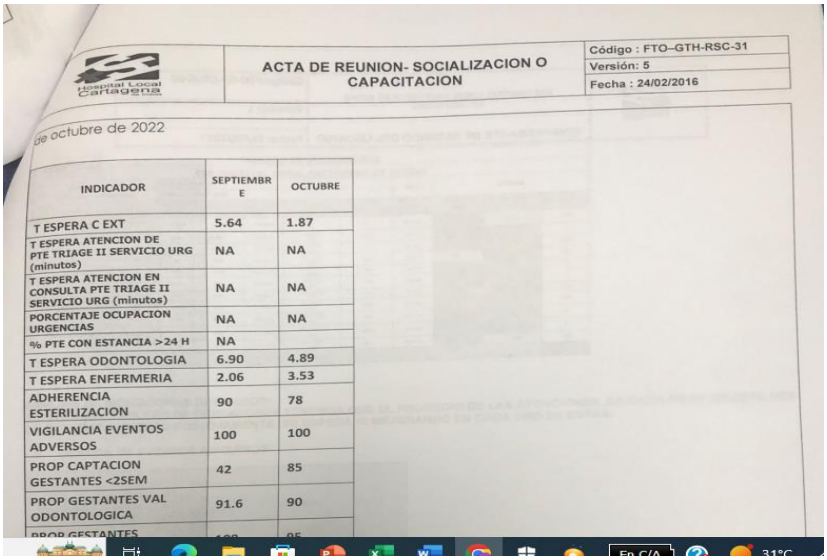
TABLERO DE INDICADORES FINAL PARA CENTROS NOVIEMBRE 2022C.xlsx

TABLERO DE INDICADORES

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

CENTRO DE SALUD:	PASACABALLOS					MES:	NOVIEMBRE	
ENFERMERA RESPONSABLE:	ERIKA BRALLAN CERVANTES							
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA DE BASE	META	TENDENCIA	LIMITE INSATISFACTORIO	LIMITE SATISFACTORIO	FRECUENCIA DE MEDICION	RESULTADO CENTRO	PROMEDIO GENERAL ESE
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)	1,75 Días	3 Días	Disminuir	>3 ≤5 >5	≤3	Mensual	12,95	4,43
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	3 días	3 días	Disminuir	>3 ≤3,6 >3,6	≤ 3 días	Mensual	0,45	1,75
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta de Enfermería (días)	0,61 días	3 días	Disminuir	>3 ≤3,6 >3,6	≤ 3 días	Mensual	3,54	1,90
Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	SD	100%	Aumentar	85% - 95% <85%	>95%	Mensual	75%	79,10%
Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	100%	100%	Mantenerse	85,1% -94,9% ≤85%	>95%	Mensual	0%	100%
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación.	56,81%	85%	Aumentar	68%-80% <68%	>80%	Mensual	50%	62,93%
Proporción de gestantes con valoración por odontología	27%	90%	Aumentar	72% -84,9% <72%	≥85%	Mensual	100%	91,26%
Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	94,40%	95%	Aumentar	76%-89,9% <76%	≥90%	Mensual	100%	100%
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	27,32%	80%	Aumentar	≥64% -75,9% <64	≥76%	Mensual	16,0%	21,18%
				≥85% ≤ 94,9% <85%	≥95%	Mensual	69,4%	61,16%

C.BLAS DE LEZO | C.N.BOSQUE | C.ARROZ BARATO | C.PASACABALLOS | C.NELSON MANDELA | BOSQUE | SOCORRO | LAS REINAS | S VICENTE DE PAUL | TERNERA | C.CANAPOTE | C.ESPERANZA | C.BOQUILLA

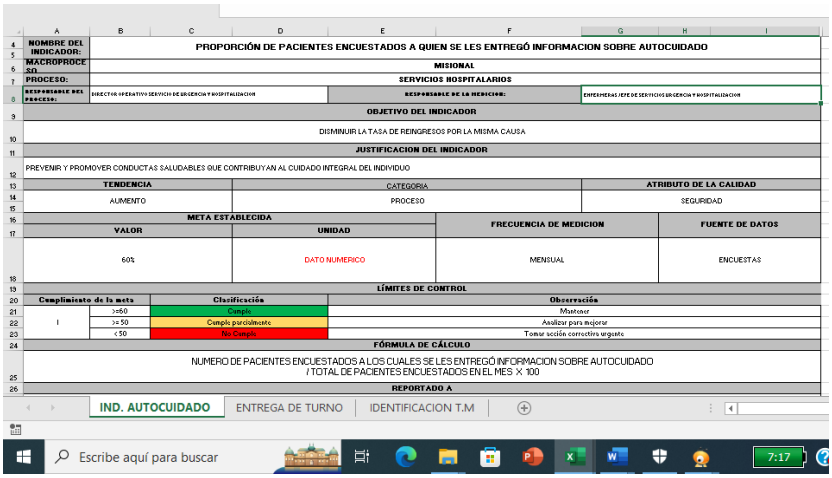


Hospital Local Cartagena	ACTA DE REUNION- SOCIALIZACION O CAPACITACION	Código : FTO–GTH-RSC-31 Versión: 5 Fecha : 24/02/2016

de octubre de 2022

INDICADOR	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
T ESPERA C EXT	5.64	1.87
T ESPERA ATENCION DE PTE TRIAGE II SERVICIO URG (minutos)	NA	NA
T ESPERA ATENCION EN CONSULTA PTE TRIAGE II SERVICIO URG (minutos)	NA	NA
PORCENTAJE OCUPACION URGENCIAS	NA	NA
% PTE CON ESTANCIA >24 H	NA	
T ESPERA ODONTOLOGIA	6.90	4.89
T ESPERA ENFERMERIA	2.06	3.53
ADHERENCIA ESTERILIZACION	90	78
VIGILANCIA EVENTOS ADVERSOS	100	100
PROP CAPTACION GESTANTES <25EM	42	85
PROP GESTANTES VAL ODONTOLOGICA	91.6	90
PROP GESTANTES		

Elaboración de ficha técnica de los indicadores de proporción de pacientes encuestado a quien se le entrego información sobre autocuidado, proporción de cumplimiento en la asistencia a las entregas de turnos asistenciales en el servicio de urgencias, proporción de muestras de laboratorio clínico correctamente identificadas en el servicio



NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS A QUIEN SE LES ENTREGÓ INFORMACION SOBRE AUTOCUIDADO		
MACROPROCESO:	MISIONAL		
PROCESO:	SERVICIOS HOSPITALARIOS		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	DIRECTOR OPERATIVO SERVICIO DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:	ENFERMERAS JEFE DE SERVICIOS URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN
OBJETIVO DEL INDICADOR			
DISMINUIR LA TASA DE REINGRESOS POR LA MISMA CAUSA			
JUSTIFICACION DEL INDICADOR			
PREVENIR Y PROMOVER CONDUCTAS SALUDABLES QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO INTEGRAL DEL INDIVIDUO			
TENDENCIA	CATEGORIA	ATRIBUTO DE LA CALIDAD	
AUMENTO	PROCESO	SEGURIDAD	
META ESTABLECIDA			
VALOR	UNIDAD	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE DE DATOS
60%	DATO NUMERICO	MENSUAL	ENCUESTAS

LÍMITES DE CONTROL			
Cumplimiento de la meta		Clasificación	Observación
I	>=60	Cumple	Mantener
	>=50	Cumple parcialmente	Analizar para mejorar
	< 50	No Cumple	Tomar acción correctiva urgente
FÓRMULA DE CÁLCULO			
NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADOS A LOS CUALES SE LES ENTREGÓ INFORMACION SOBRE AUTOCUIDADO / TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS EN EL MES X 100			
REPORTADO A			

IND. AUTOCUIDADO | ENTREGA DE TURNO | IDENTIFICACION T.M

En el proceso docencia servicio se realizó:

Actualización procedimiento de supervisión y listado de chequeo para la supervisión en los centros de salud con convenios de practica formativas.

	PROCEDIMIENTO DE SUPERVISION A ESTUDIANTES EN PRACTICAS FORMATIVAS	Código: PO-CDS-SEPF-11 Versión: 2 Fecha: 15/12/2022

PROCEDIMIENTO DE SUPERVICION DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS FORMATIVAS

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
1	06/11/2014	Creación del documento
1.1	18/12/2019	Modificación según normatividad
2	15/12/2022	Reorganización del procedimiento de supervisión

	FORMATO SUPERVISION DE PROCESO FORMATIVO				Codigo: FTO-CDS-SPF-07 Version: 2 Fecha: 15/12/2022
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:					
PROGRAMA EN FORMACIÓN:					
CENTRO ASISTENCIAL: (ESCENARIO DE PRACTICA)					
DOCENTE:		PERIODO ACADEMICO:			
FECHA DE REALIZACIÓN:					
ETAPAS	CRITERIOS	C	NC	NO APLICA	OBSERVACIONES
INDUCCION	1.Cuenta con soporte de induccion especifica				
	2.LA INDUCCION INCLUYE:				
	2.1 Derechos y deberes.				
	2.2 Protocolo de bioseguridad				
	2.3 Horarios de atencion y servicios que presta el centro de salud				
	2.4 Reglamentos y normas de la practica formativa				
	2.5 Metodologia y fecha de evaluacion de las practicas formativas				
ASISTENCIA DE ESTUDIANTES A PRACTICAS	3. Cumple con el horario establecido(verificar vitacora de estudiantes/ listado de asistencia				
	4. Los estudiantes de practica formativa que se encuentran rotando tiene hojas de vida en el				

Hoja1 Hoja2 Hoja3

Escribe aquí para buscar

Actividades realizadas por **proceso talento humano**

Actividades que reducen el riesgo psicosocial como plan de mejoramiento y recomendaciones de la evaluación de la batería del riesgo psicosocial.

minimizar los niveles de riesgos, fortaleciendo las capacidades de los trabajadores frente a los riesgos psicosociales, buscando la prevención de las patologías asociadas a los factores de riesgos psicosociales y el desarrollo de competencias de humanización trabajo en equipo

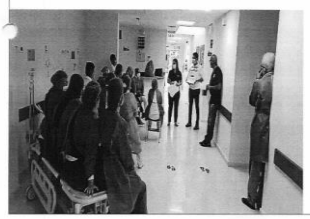
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

Acorde al cronograma de actividades elaborado en el plan de intervención factores de riesgo psicosocial, se realizó Socialización de resultados de evaluación factores de riesgo psicosocial, sensibilización sobre intervención y desarrollo de competencias de humanización (trabajo en equipo). para ello, se elaboró un rotafolio (anexo 1) como apoyo visual a la información y, material didáctico para actividad lúdica

Se realizó la actividad de forma conjunta entre Talento Humano la ESE con la participación de los padrinos y las psicólogas de Soluciones, actividades que se realizaron en **25 centros** que puntuaron alto y muy alto riesgo en la batería de riesgo psicosocial donde se impactó a **329 colaboradores** (Anexo 2) que se encontraban de turno en los diferentes servicios. A continuación se relacionan los centros y el porcentaje de riesgo.

- ✓ Puesto de salud Daniel Lemaitre 56%
- ✓ Puesto de salud Foco Rojo 57%
- ✓ Hospital Arroz Barato Urgencias 67%
- ✓ Centro de salud Blas de Lezo 87%
- ✓ Puesto de Salud Bosque 50%
- ✓ Centro de Salud Nuevo bosque consulta externa 67% urgencias 57%
- ✓ Centro de salud Socorro consulta externa

REGISTRO FOTOGRAFICO



Actividades para Desarrollar y fortalecer las competencias de humanización (servicios, comunicación, trabajo en equipo y planeación).

Hospital Local Cartagena	CAPACITACION	Version: 5 Fecha : 24/02/2016

NO. ACTA: 020	FECHA: 28 OCTUBRE 2022	HORA: 7:30 AM
LUGAR: SEDE ADMINISTRATIVA HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS		PROCESO RESPONSABLE: TALENTO HUMANO

OBJETIVO DE LA REUNION:

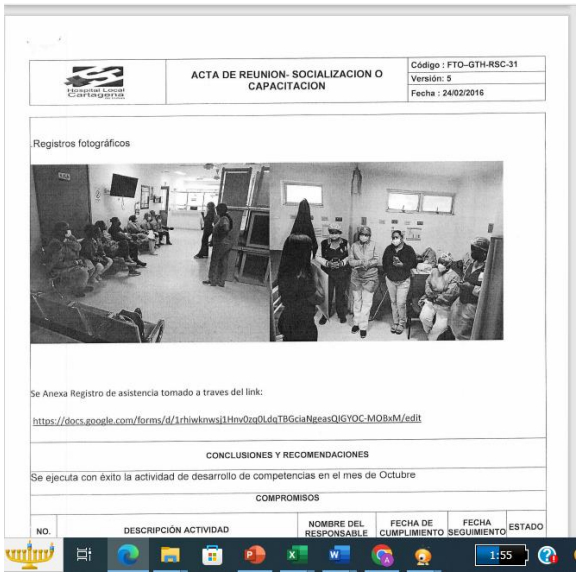
FORTALECER EL EJE PERSONAL Y PROFESIONAL DE LOS COLABORADORES A TRAVES DEL DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE HUMANIZACION Y LA PREVENCION EN SALUD MENTAL.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

Durante el mes de Octubre se realizaron recorridos a los centros programados en el cronograma elaborado acorde a los resultados de la batería de riesgo psicosocial, para el desarrollo de las visitas se elaboró material impreso el cual fue utilizado para las actividades, se realizó campaña de prevención síndrome de Burnout, heramientas de trabajo bajo presión, relajación y desactivación conductual y Desarrollo de competencias de humanización (Empatía).

Se realizó la actividad de forma conjunta entre Talento Humano la ESE con la participación de los padrinos y las psicólogas de Soluciones, actividades que se realizaron en **(14 centros)** donde se impactó a **(197 colaboradores)** que se encontraban de turno en los diferentes servicios. A continuación se relacionan los centros;

1. Centro de salud Nuevo Bosque
2. Centro de salud Nelson Mandela
3. Centro de salud Blas de Lezo consulta externa 71%
4. San Vicente de Paul 75%
5. Hospital Arroz Barato Urgencias 50%
6. Centro de salud bicentenario consulta externa 67%
7. Centro de salud Bayunca urgencias 75%



Hospital Local Cartagena	ACTA DE REUNION- SOCIALIZACION O CAPACITACION	Código : FTO--GTH-RSC-31 Versión: 5 Fecha : 24/02/2016

Registros fotográficos

Se Anexa Registro de asistencia tomado a traves del link:

https://docs.google.com/forms/d/1rhiwknwsj1Hnv0zq0LdqTBGciaNgeasQlGYOC-MQBxM/edit

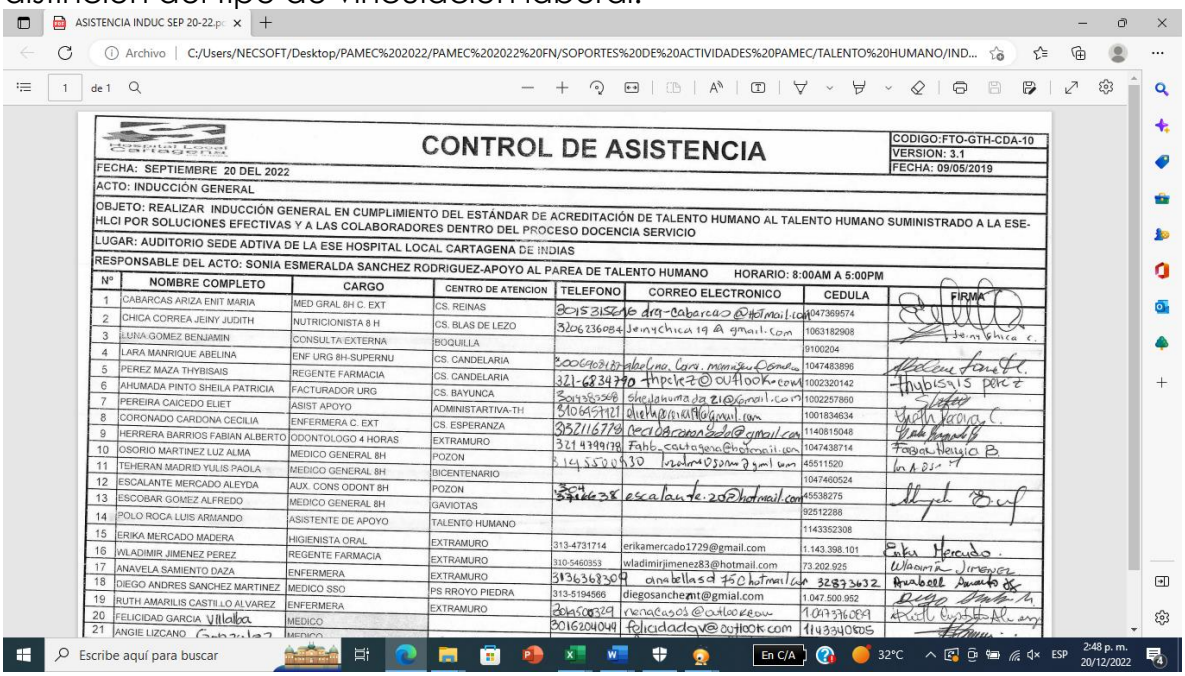
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se ejecuta con éxito la actividad de desarrollo de competencias en el mes de Octubre

COMPROMISOS

NO.	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA SEGUIMIENTO	ESTADO

Se continua con la inducción específica y general del personal contratado sin distinción del tipo de vinculación laboral.



ASISTENCIA INDUC SEP 20-22.p

Archivo | C:/Users/NECSOFT/Desktop/PAMEC%202022/PAMEC%202022%20FN/SOPORTES%20DE%20ACTIVIDADES%20PAMEC/TALENTO%20HUMANO/IND...

Hospital Local Cartagena	CONTROL DE ASISTENCIA	CODIGO:FTO-GTH-CDA-10 VERSION: 3.1 FECHA: 09/05/2019

FECHA: SEPTIEMBRE 20 DEL 2022

ACTO: INDUCCIÓN GENERAL

OBJETO: REALIZAR INDUCCIÓN GENERAL EN CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN DE TALENTO HUMANO AL TALENTO HUMANO SUMINISTRADO A LA ESE-HLCI POR SOLUCIONES EFECTIVAS Y A LAS COLABORADORES DENTRO DEL PROCESO DOCENCIA SERVICIO

LUGAR: AUDITORIO SEDE ADTIVA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

RESPONSABLE DEL ACTO: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ-APOYO AL PAREA DE TALENTO HUMANO HORARIO: 8:00AM A 5:00PM

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	CABARCAS ARIZA ENIT MARIA	MED GRAL 8H C. EXT	CS. REINAS	3015315046	dra-cabarcas@hotmail.com	1047369574	
2	CHICA CORREA JEINY JUDITH	NUTRICIONISTA 8 H	CS. BLAS DE LEZO	3206236084	Jenychica19@gmail.com	1063182908	
3	LUNA GOMEZ BENJAMIN	CONSULTA EXTERNA	BOQUILLA			9100204	
4	LARA MANRIQUE ABELINA	ENF URG 8H-SUPERNU	CS. CANDELARIA	3006908187	abelina.lara.manrique@gmail.com	1047483896	
5	PEREZ MAZA THYBISAIS	REGENTE FARMACIA	CS. CANDELARIA	321-6834770	thpclvez@outlook.com	1002320142	
6	AHUMADA PINTO SHEILA PATRICIA	FACTURADOR URG	CS. BAYUNCA	3043562268	sheilahumada216@gmail.com	1002257860	
7	PEREIRA CAICEDO ELIET	ASIST APOYO	ADMINISTARTIVA-TH	3106937121	eliethpereira@gmail.com	1001834634	
8	CORONADO CARDONA CECILIA	ENFERMERA C. EXT	CS. ESPERANZA	3052116779	cecilia.coronado.2@gmail.com	1140815048	
9	HERRERA BARRIOS FABIAN ALBERTO	ODONTOLOGO 4 HORAS	EXTRAMURO	3214399178	Fabb_cartagena@hotmail.com	1047438714	
10	OSORIO MARTINEZ LUZ ALMA	MEDICO GENERAL 8H	POZON	3145500930	luzalma0osorio@gmail.com	45511520	
11	TEHERAN MADRID YULIS PAOLA	MEDICO GENERAL 8H	BICENTENARIO			1047460524	
12	ESCALANTE MERCADO ALEYDA	AUX. CONS ODONT 8H	POZON	3246638	escalante.20@hotmail.com	45538275	
13	ESCOBAR GOMEZ ALFREDO	MEDICO GENERAL 8H	GAVIOTAS			92512288	
14	POLO ROCA LUIS ARMANDO	ASISTENTE DE APOYO	TALENTO HUMANO			1143352308	
15	ERIKA MERCADO MADERA	HIGIENISTA ORAL	EXTRAMURO	313-4731714	erikamercado1729@gmail.com	1.143.398.101	
16	WLADIMIR JIMENEZ PEREZ	REGENTE FARMACIA	EXTRAMURO	310-5460353	wladimirjimenez83@hotmail.com	73.202.925	
17	ANAVELA SAMIENTO DAZA	ENFERMERA	EXTRAMURO	3136363209	anabellas0750hotmail.com	32832632	
18	DIEGO ANDRES SANCHEZ MARTINEZ	MEDICO SSO	PS RROYO PIEDRA	313-5194566	diegosanchezmt@gmail.com	1.047.500.952	
19	RUTH AMARILIS CASTILLO ALVAREZ	ENFERMERA	EXTRAMURO	3015600329	renacaso3@outlook.com	1047376089	
20	FELICIDAD GARCIA Villalba	MEDICO		3016204049	felicidadgv@outlook.com	1143340805	
21	ANGIE LIZCANO	MEDICO					

Escribe aquí para buscar | En C/A | 32°C | ESP | 2:48 p. m. 20/12/2022

Hospital Local Cartagena de Indias	**INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**	**Código: FTO-GCAL-AIC-31**
		Versión: 3
		Fecha: 24/02/2016

ASISTENCIA OCT 12-22.pdf

Archivo | C:/Users/NECSOFT/Desktop/PAMEC%202022/PAMEC%202022%20FN/SOPORTES%20DE%20ACTIVIDADES%20PAMEC/TALENTO%20HUMANO/IND...

1 de 2

Hospital Local Cartagena

CONTROL DE ASISTENCIA

VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

FECHA: OCTUBRE 12 DEL 2022

ACTO: INDUCCIÓN GENERAL

OBJETO: REALIZAR INDUCCIÓN GENERAL, EN CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR 110 CRITERIO 2 DE ACREDITACIÓN EN SALUD, AL TALENTO HUMANO SUMINISTRADO A LA ESE-HLCI POR SOLUCIONES EFECTIVAS Y A LAS COLABORADORES DENTRO DEL PROCESO DOCENCIA SERVICIO.

LUGAR: AUDITORIO SEDE ADTIVA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

RESPONSABLE DEL ACTO: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ-DIRECTORA TECNICA DE TALENTO HUMANO HORARIO: 8:00AM A 5:00PM

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	POLO ROCA LUIS ARMANDO	ASISTENTE DE APOYO	TALENTO HUMANO	3163199924	luis.polo77@hot.com	1143352308	
2	ARNEDO ACEVEDO CAROLAYS	FACTURADOR URGENCIAS	BAYUNCA	3146875197	arnedoacevedocarolays@gmail.com	1048604210	
3	BUSTAMANTE ORTEGON LEYSSI	FACTURADOR URGENCIAS	SUPER NUMERARIO	3104658917	leyessi1@outlook.es	1128047534	
4	CEDRON ARRIETA YUDIS DEL CARMEN	FACTURADOR URGENCIAS	SUPER NUMERARIO	3052505769	yudis.c@hotmail.com	1005707868	
5	CHACON HERNANDEZ LAURA KARINA	ENFERMERO	EXTRAMURAL	3003085255	chavendaurakarina@gmail.com	1047479240	
6	JACOME GUERRERO JADER ENRRIQUE	ENFERMERO	ESPERANZA	3114071397	jaderjacome2008@hotmail.com	73475814	
7	LOPEZ ZAPATA ROBERTO CARLO	FACTURADOR URGENCIAS	SEDE ADMINISTRATIVA	3215093460	lopezzapataroberto@gmail.com	1050005644	
8	MONDOL HERRERA KELLY	FACTURADOR URGENCIAS	SEDE ADMINISTRATIVA	3014772196	kmibendicion@hotmail.com	1047415970	
9	VEGA ESPITIA MIRIT LILIANA	ENFERMERO	SOCORRO	REPETIDO NUMERAL (18)		36725648	
10	PEREZ SIERRA VERONICA MELISA	ENFERMERA DE URGENCIAS 8H	ESPERANZA			1049452153	
11	MARIO SALAZAR CONTRERAS	TECNICO RX	ESPERANZA	3057032416	msalazar22@live.com	1.042.996.537	
12	GONZALEZ MERCADO GEISY MILENA	OPERARIO PRAT				1047379350	
13	JIMENO GUTIERREZ BELKIS YOHANA	BACTERIOLOGO 6H	ARROZ BARATO	3017922493	BELKISJIMENO@hotmail.com	33352975	
14	MEZA RODRIGUEZ ZULIBETH	BACTERIOLOGO 6H	BICENTENARIO	3004727740	zoimeo@hotmail.com	33309438	
15	MEJIA DONADO KENIA AMPARO	ASISTENTE DE APOYO	MANTENIMIENTO	3145289498	kenia.mejiadonado@hotmail.com	1047471635	
16	SANTANA VIAÑA JOSE	ODONTOLOGO 4 HORAS	FATIMA/SAN PEDRO	3013633282	josesantana0208@hotmail.com	72192008	
17	SUAREZ ORTEGA SINDY	AUXILIAR DE ENF GENERAL	BAYUNCA	3007058035	sindinaoe@hotmail.com	1143347584	
18	VEGA ESPITIA MIRIT LILIANA	ENFERMERO	SOCORRO	3008713860	[illegible]	36725648	
19	MARIA ANGELICA LICONA GUZMAN	AUX. DE ENFERMERIA GENERAL		3046003460	[illegible]	1.047.381.860	
20	OJEDA HERNANDEZ KATHY	FACTURADOR URGENCIAS	FOCO ROJO	3126849365	kathyojedaquijote@gmail.com	22810869	

Escribe aquí para buscar

En C/A 32°C ESP 2:49 p. m. 20/12/2022

ASIST. INDUC GRAL OCT 26-22.p

Archivo | C:/Users/NECSOFT/Desktop/PAMEC%202022/PAMEC%202022%20FN/SOPORTES%20DE%20ACTIVIDADES%20PAMEC/TALENTO%20HUMANO/IND...

1 de 1

Hospital Local Cartagena

CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO:FTO-GTH-CDA-10
VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

FECHA: OCTUBRE 26 DEL 2022

ACTO: INDUCCIÓN GENERAL

OBJETO: REALIZAR INDUCCIÓN GENERAL, EN CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR 110 CRITERIO 2 DE ACREDITACIÓN EN SALUD, AL TALENTO HUMANO SUMINISTRADO A LA ESE-HLCI POR SOLUCIONES EFECTIVAS Y A LAS COLABORADORES DENTRO DEL PROCESO DOCENCIA SERVICIO.

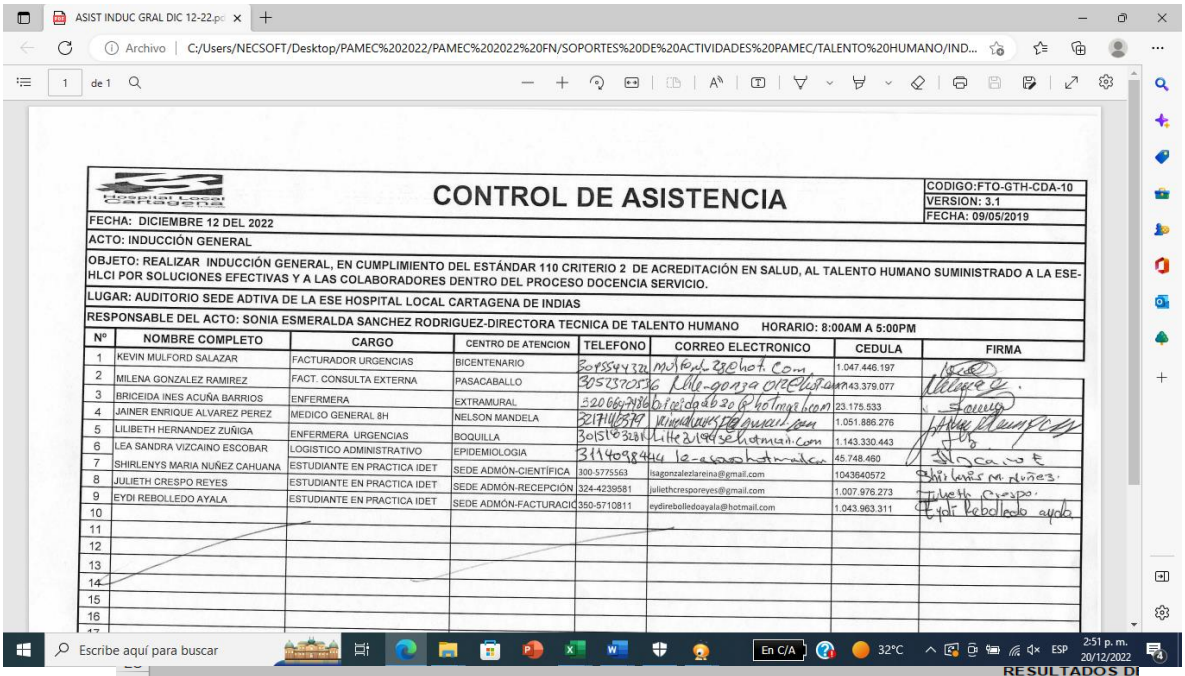
LUGAR: AUDITORIO SEDE ADTIVA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

RESPONSABLE DEL ACTO: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ-DIRECTORA TECNICA DE TALENTO HUMANO HORARIO: 8:00AM A 5:00PM

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	CABARCAS ARIZA ENIT MARIA	MEDICO GENERAL 8H	REINAS	3015315816	dracabarcas@hotmail.com	1047369574	
2	TEHERAN MADRID YULIS PAOLA	MEDICO GENERAL 8H	BICENTENARIO	3022880711	yulis.pao@gmail.com	1047460524	
3	MARTINEZ ESCOBAR CESAR AUGUSTO	MEDICO GENERAL 8H	PASACABALLO	3045808456	cesar.augusto0405@outlook.es	73128209	
4	ORTIZ MARTINEZ SANDRA MILENA	MEDICO GENERAL 4H	FREDONIA			1047375930	
5	LUNA GOMEZ BENJAMIN	MEDICO C. EXTERNA	BOQUILLA-A. CANOA	3126872070	[illegible]	9100204	
6	ESCOBAR GOMEZ ALFREDO	MEDICO GENERAL 8H	GAVIOTAS	3006396017	@gmail.com	92512288	
7	JAVIT RODRIGUEZ CAMARGO	MEDICO URG. DISPONIBLE	TODOS LOS CENTROS	3233278013			
8	PATERNINA RUIZ YISELA MARIA	OPERARIO PRAT	PRAT	3013469905	[illegible]@hotmail.com	33035939	
9	LAGUNA LORA LUIS CARLOS	REGENTE DE FARMACIA	BICENTENARIO	3005484484	[illegible]	73108448	
10	PEREZ SIERRA VERONICA MELISA	ENFERMERA DE URGENCIAS 8H	ESPERANZA	3145703279	[illegible]	1049452153	
11	PALENCIA ATENCIA OMAR EFRAIN	MEDICO GENERAL 4H				73113794	
12	VELASCO BUENDIA CATHERINE	LOGISTICO ADMINISTRATIVO	S. ADTIVA-MTTO	3219966894	katevebu@hotmail.com	45562094	
13	KEVIN MULFORD SALAZAR	FACTURADOR					
14	MILENA GONZALEZ RAMIREZ	FACTURADOR					
15	DUBERLYS HERNANDEZ CARREAZO	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	GESTION DOCUMENTAL	316-5773359	duverlispaola@gmail.com	1.137.220.161	
16	BARBARA AVENDAÑO ARRIETA	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	TALENTO HUMANO	302-2269948	bavendanoarrieta@gmail.com	1.016.062.157	
17	VALENTINA PEREZ CEDEÑO	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	RECEPCIÓN	302-2551983	valentinamariaperezcedeno@gmail.com	1.043.637.390	
18	ISAURA BOLAÑO AHUMADA	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	RECEPCIÓN	3005345663	yisaura8520@gmail.com	1.143.413.553	
19							
20							

Escribe aquí para buscar

En C/A 32°C ESP 2:50 p. m. 20/12/2022



Hospital Local Cartagena

CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO:FTO-GTH-CDA-10
VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

FECHA: DICIEMBRE 12 DEL 2022

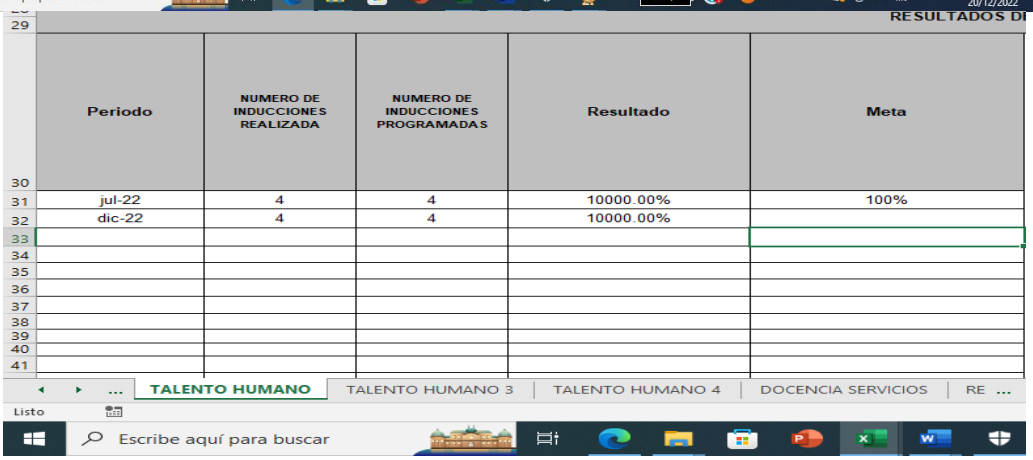
ACTO: INDUCCIÓN GENERAL

OBJETO: REALIZAR INDUCCIÓN GENERAL, EN CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR 110 CRITERIO 2 DE ACREDITACIÓN EN SALUD, AL TALENTO HUMANO SUMINISTRADO A LA ESE-HLCI POR SOLUCIONES EFECTIVAS Y A LAS COLABORADORES DENTRO DEL PROCESO DOCENCIA SERVICIO.

LUGAR: AUDITORIO SEDE ADTIVA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

RESPONSABLE DEL ACTO: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ-DIRECTORA TECNICA DE TALENTO HUMANO HORARIO: 8:00AM A 5:00PM

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	KEVIN MULFORD SALAZAR	FACTURADOR URGENCIAS	BICENTENARIO	3095544326	[illegible]	1.047.446.197	
2	MILENA GONZALEZ RAMIREZ	FACT. CONSULTA EXTERNA	PASACABALLO	3052370536	[illegible]	1.143.379.077	
3	BRICEIDA INES ACUÑA BARRIOS	ENFERMERA	EXTRAMURAL	3206677986	[illegible]	23.175.533	
4	JAINER ENRIQUE ALVAREZ PEREZ	MEDICO GENERAL 8H	NELSON MANDELA	3217116379	[illegible]	1.051.886.276	
5	LILIBETH HERNANDEZ ZUÑIGA	ENFERMERA URGENCIAS	BOQUILLA	3015[illegible]	[illegible]	1.143.330.443	
6	LEA SANDRA VIZCAINO ESCOBAR	LOGISTICO ADMINISTRATIVO	EPIDEMIOLOGIA	3114098446	[illegible]	45.748.460	
7	SHIRLENYS MARIA NUÑEZ CAHUANA	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	SEDE ADMÓN-CIENTÍFICA	300-5775563	isagonzalezlareina@gmail.com	1043640572	
8	JULIETH CRESPO REYES	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	SEDE ADMÓN-RECEPCIÓN	324-4239581	juliethcresporeyes@gmail.com	1.007.976.273	
9	EYDI REBOLLEDO AYALA	ESTUDIANTE EN PRACTICA IDET	SEDE ADMÓN-FACTURACIÓ	350-5710811	eydirebolledoayala@hotmail.com	1.043.963.311	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							



RESULTADOS DE

Periodo	NUMERO DE INDUCCIONES REALIZADA	NUMERO DE INDUCCIONES PROGRAMADAS	Resultado	Meta
jul-22	4	4	10000.00%	100%
dic-22	4	4	10000.00%	

TALENTO HUMANO | TALENTO HUMANO 3 | TALENTO HUMANO 4 | DOCENCIA SERVICIOS | RE ...

Actividades realizadas por el proceso bienes y servicios

Socialización y campañas educativas del programa de las 3R

Hospital Local Cartagena de Indias	**INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**	**Código: FTO-GCAL-AIC-31**
		Versión: 3
		Fecha: 24/02/2016

Cartagena de Indias D. T y C, 7 diciembre 2022

Doctora
Angelica Jiménez Cortecer
Auditora Calidad
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Cordial saludo
Teniendo en cuenta los compromisos establecidos para el desarrollo de las actividades o tareas encaminadas al logro de la acción de mejora: Implementar, evaluar y medir el programa de las 3R, remito evidencias de la socialización del programa de las 3R.

- **Socialización Programa de las 3R**

Promover una cultura ambiental que permita al establecimiento los buenos hábitos y actitudes en los funcionarios, empleados y usuarios, frente al aprovechamiento de los residuos sólidos ordinarios y conservación del medio ambiente, alcanzando así la promoción del desarrollo sostenible, se visitaron los siguientes centros de salud:

- ✓ Sede administrativa.
- ✓ CS Blas de Lezo.
- ✓ CS La Reinas.
- ✓ PS Fátima.
- ✓ PS Daniel Lemaitre.
- ✓ Cs Nuevo Bosque.
- ✓ CS Bayunca.
- ✓ CS Manzanillo.

Se anexa registros de asistencias.

- **Campañas Educativa Cultura de Reciclaje.**

Fomentar la participación social en la protección del medio ambiente, el uso racional de los recursos naturales y la búsqueda de soluciones a los problemas ambientales que enfrentamos en nuestro planeta.

Se realizo campaña educativa en las siguentes sede:

- ✓ Sede administrativa.
- ✓ CS Blas de Lezo.
- ✓ CS La Reinas.
- ✓ PS Fátima.
- ✓ PS Daniel Lemaitre.
- ✓ Cs Nuevo Bosque.

Hospital Local Cartagena de Indias

Figura 1: Cs Manzanillo *Figura 2: CS La Reinas* *Figura 3: CS Fatima*

Agradeciendo su atención

Catherine Velasco Buendia
Logistico administrativo Suministrada por Soluciones Efectivas Temporales SAS
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Hospital Local Cartagena	**ACTA DE REUNION- SOCIALIZACION O CAPACITACION**	**Código : FTO-GTH-RSC-31** **Versión: 5** **Fecha : 24/02/2016**

No. ACTA: 1	**FECHA:** 12-12-2022	**HORA:** 10:30 Am
LUGAR: Libano		**PROCESO RESPONSABLE: Gestión Ambiental**

OBJETIVO DE LA REUNION:

Generar las competencias en la técnica de separar eficientemente los desechos y productos ,con el objetivo de reducir, reutilizar y reciclar el mayor porcentaje posible de éstos.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

Se realiza visita al área de trabajo del personal de servicios generales y se socializan los siguientes temas:

Socialización programa 3R
PGIRASA (Plan de Gestión de Residuos Generados por la Atención en Salud)
Limpieza y desinfección

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Leer cartillas entregadas (3R – PGIRH)
Socializar los temas con el personal de servicios generales de relevo.

COMPROMISOS

CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO: FTO-GTH-CDA-10
VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

FECHA: 31-10-2022

ACTO: Capacitacion Manejo Adecuado de los Residuos Hospitalarios - Programa 3R

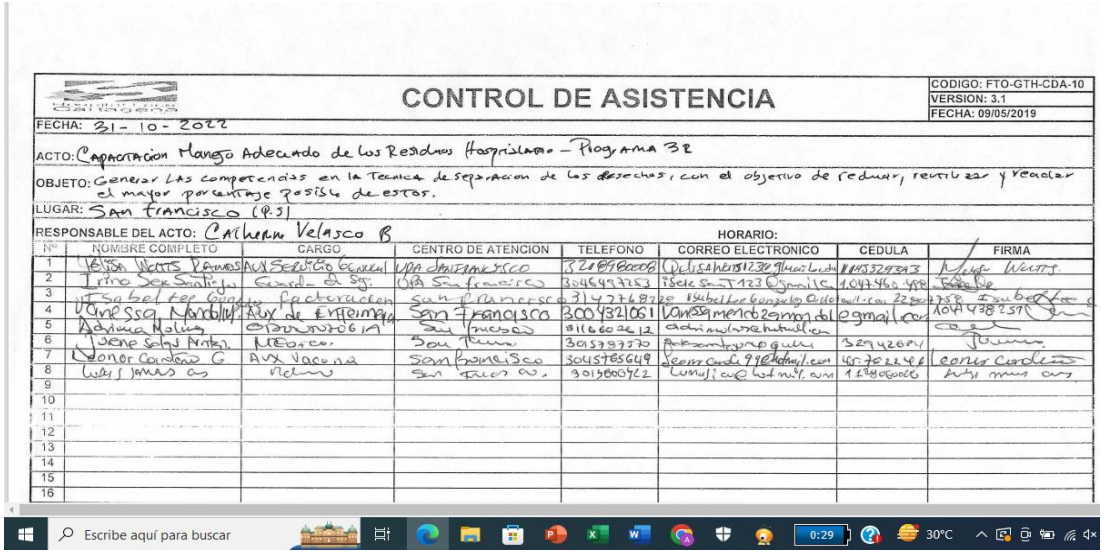
OBJETO: Generar las competencias en la Tecnica de Separacion de los desechos, con el objetivo de reducir, reutilizar y reciclar el mayor porcentaje posible de estos.

LUGAR: PS FATIMA

RESPONSABLE DEL ACTO: Catherine Velasco B

HORARIO:

N°	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	Angela Tilve AL.	Servicio Generales.	U.P.H. FAT. M.C.	3023798726		45866036	Angela Tilve A.
2	Luis Enrique Jimenez V	Medico	Fatima	3013641356	luis.jimenez976@hotmail	1047487117	
3	Yesika Mercedes Perez	Facturador	Fatima	3045743360	yesikaperez@gmail.com	1047434942	Yesika Perez
4	Karol Marmol Ramos	Auxiliar de enfermeria	Fatima	3017486580	karolmarmol	1047473003	Karol Marmol Ramos
5	Daniela Castro Rodriguez	Enfermera	Fatima	3183741585	danielacrodriguez@hotmail.com	1143376169	
6	Adelaiza Sanchez	Aux Enfermeria	Fatima			45422808	
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							



CONTROL DE ASISTENCIA

CODIGO: FTO-GTH-CDA-10
VERSION: 3.1
FECHA: 09/05/2019

FECHA: 31- 10- 2022

ACTO: Capacitación Manejo Adecuado de los Residuos Hospitalario – Programa 3R

OBJETO: Generar las competencias en la Tecnica de separacion de los desechos, con el objetivo de reducir, reutilizar y reciclar el mayor porcentaje posible de estos.

LUGAR: San Francisco (P.3)

RESPONSABLE DEL ACTO: Catherine Velasco B

HORARIO:

Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	Yelisa Neitts Ramos	Aux Servicio General	UPA Daniel Lemos	3218918008	Yelisaneitts1230@hotmail.com	1143329343	
2	Irma Sofia Santiago	Guarda de Seg.	UPA San Francisco	3046997153	isabelsantiago@gmail.com	1047462498	
3	Isabel Lopez Gonzalez	Facturacion	San Francisco	3147768769	isabellopezgonzalez@hotmail.com	22[illegible]	
4	Vanessa Mendoza	Aux de Enfermeria	San Francisco	3009321061	vanessamendoza0mm@gmail.com	1047438239	
5	Adriana Molina	Odontología	San Francisco	3116602612	adrianamolinahotmail.com		
6	Juana Sofia Arteta	Medico	San Francisco	3015797370	[illegible]	32942091	
7	Yonor Cordero G	Aux Vacuna	San Francisco	3045785649	[illegible]	45[illegible]	
8	Luis Jimenez	Admin	San Francisco	3013800422	[illegible]	1[illegible]	
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Propuesta de empresa recolectora de residuos aprovechables a la empresa Ecologistic para la implementación del programa de la 3R en el 2023.

EcoLogistic De la costa
NIT. 901.001.257-9

Cartagena, D T y C. 11 de octubre de 2022

Señores
ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA
Ciudad.

Ref. Propuesta para el Aprovechamiento de Residuos Sólidos.

Por medio de la presente **ECOLOGISTIC DE LA COSTA S.A.S. BIC**, empresa de servicios ambientales que trabaja en la logística y la transformación de los residuos sólidos, brindando solución a las necesidades especificas de nuestros clientes con lo que buscamos cerrar el ciclo productivo, direccionado a la sostenibilidad ambiental.

Los residuos orgánicos serán destinados a un proceso de biooxidación natural u orgánica llamado compost en la primera planta de abonos orgánicos de Cartagena. Con este servicio

Para la aplicación del programa de las 3R, elaboró los siguientes documentos: formato de control de salida de material reciclable, formato de control de generación de residuos separados en la entidad trimestral, listado de chequeo, indicadores de gestión.

	FORMATO UNICO DE SOLICITUD PARA CREACIÓN, CAMBIO O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS						Código: FTO-GCAL-ECED-49 Versión: 1 Fecha: 10/10/2022	
TIPO DE DOCUMENTO (S)	GUIA		PROCEDIMIENTO		MANUAL		INSTRUCTIVO	
	PROTOCOLO		FORMATO	X	POLITICA		OTRO (S)	
RELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN								
MACROPROCESO AL QUE PERTENECE EL DOCUMENTO	Bienes y servicios			NOMBRE DEL PROCESO	Mantenimiento			
Tipo de Solicitud (Ver tabla desplegable)	Nombre (s) del (los) documento (s)						Código (s)	Versión
ELIMINACIÓN	Lista de chequeo gestión de residuos						FTO-GSST-CGR-13	3
CREACION	Lista de Chequeo de Cumplimiento Normativo Ambiental							1
CREACION	Formato de seguimiento de los indicadores de la gestión.							1
CREACION	Formato de control de salida de material reciclable.							1
CREACION	Formato de control de generación de residuos separados en la entidad trimestral							1
JUSTIFICACIÓN PARA LA ELABORACIÓN, CAMBIO O ELIMINACIÓN								
1.Se elimina el formato FTO-GSST-CGR-13 ,para adoptar el formato Lista de Chequeo de Cumplimiento Normativo Ambiental, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de las normatividad que le aplica a la ESE LOCAL CARTAGENA y centros de salud. 2. Se crea el formato Lista de Chequeo de Cumplimiento Normativo Ambiental como una herramienta para evaluación de la Gestión Ambiental en cuanto a la efectividad y eficacia de los procesos y programas. 3. Se crea los formatos de seguimiento de los indicadores de la gestión, el formato de control de salida de material reciclable y el formato de control de generación de residuos separados en la entidad semestral con el objetivo de evaluar y medir los indicadores del Programa 3R.								
PROCESOS RELACIONADOS								
GERENCIA		GESTION DE MERCADEO		GESTIÓN ESTRATEGICA				
CONTROL		ATENCIÓN INMEDIATA Y HOSPITALARIA		APOYO DIAGNOSTICO				
CONSULTA EXTERNA		APOYO LOGISTICO		APOYO FINANCIERO				
TALENTO HUMANO		GESTIÓN JURIDICA		TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN				
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA		DOCENCIA SERVICIO		EPIDEMIOLOGIA				
SOLICITADO POR:				APROBADO POR:				
FIRMA : Catherine Velasco Buendia				FIRMA				
CARGO: Logistico Administrativo				PROFESIONAL ESPECIALIZADO I - CALIDAD				

Medición de los indicadores del programa de las 3R (porcentaje de Campañas de sensibilización y porcentaje de capacitación en el programa de las 3R)

RESULTADOS DEL

Periodo	Núm. de centros asistenciales capacitados	centros asistenciales total de la entidad	Resultado	Meta
oct-22	5	44	11.36%	100%
nov-22	2	44	4.55%	
dic-22				

CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACION | CAPACITACION AMBIENTAL | APROVECHAMIENTO

Escribe aquí para buscar

RESULTADOS DE

Periodo	Núm. Campañas realizadas	Núm. Campañas programadas	Resultado	Meta
oct-22	1	1	100.00%	100%
nov-22	1	2	50.00%	
dic-22				
ene-23				
feb-23				

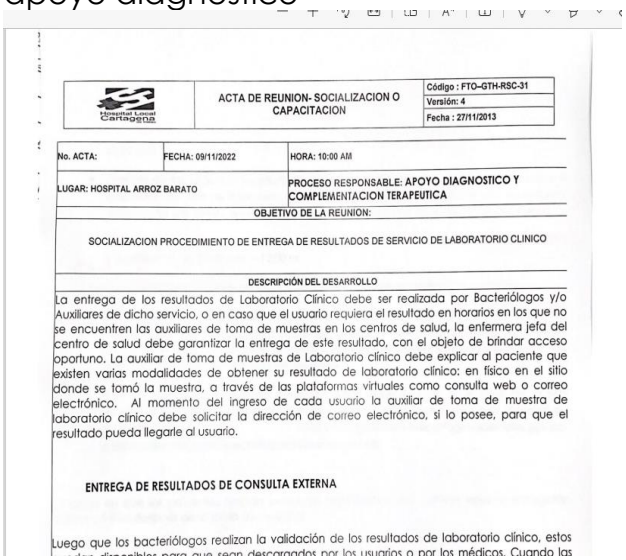
CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACION | CAPACITACION AMBIENTAL | APROVECHAMIENTO

Escribe aquí para buscar

Actividades realizadas por **servicios ambulatorio - consulta externa- servicios hospitalización.**

Creación grupos extramurales en salud oral en los colegios, centros de vida y CDI para disminuir la oportunidad de la atención

Actualización y socialización del procedimiento de entrega de resultado de apoyo diagnostico



Hospital Local Cartagena	ACTA DE REUNION- SOCIALIZACION O CAPACITACION	Código : FTO–GTH-RSC-31 Versión: 4 Fecha : 27/11/2013

No. ACTA:	FECHA: 09/11/2022	HORA: 10:00 AM
LUGAR: HOSPITAL ARROZ BARATO	PROCESO RESPONSABLE: APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	

OBJETIVO DE LA REUNION:

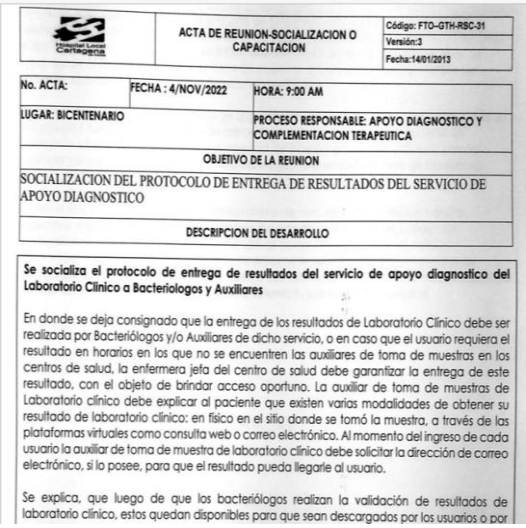
SOCIALIZACION PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

La entrega de los resultados de Laboratorio Clínico debe ser realizada por Bacteriólogos y/o Auxiliares de dicho servicio, o en caso que el usuario requiera el resultado en horarios en los que no se encuentren las auxiliares de toma de muestras en los centros de salud, la enfermera jefa del centro de salud debe garantizar la entrega de este resultado, con el objeto de brindar acceso oportuno. La auxiliar de toma de muestras de Laboratorio clínico debe explicar al paciente que existen varias modalidades de obtener su resultado de laboratorio clínico: en físico en el sitio donde se tomó la muestra, a través de las plataformas virtuales como consulta web o correo electrónico. Al momento del ingreso de cada usuario la auxiliar de toma de muestra de laboratorio clínico debe solicitar la dirección de correo electrónico, si lo posee, para que el resultado pueda llegarle al usuario.

ENTREGA DE RESULTADOS DE CONSULTA EXTERNA

Luego que los bacteriólogos realizan la validación de los resultados de laboratorio clínico, estos



Hospital Local Cartagena	ACTA DE REUNION-SOCIALIZACION O CAPACITACION	Código: FTO–GTH-RSC-31 Versión:3 Fecha:14/01/2013

No. ACTA:	FECHA : 4/NOV/2022	HORA: 9:00 AM
LUGAR: BICENTENARIO		PROCESO RESPONSABLE: APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA

OBJETIVO DE LA REUNION

SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO DE ENTREGA DE RESULTADOS DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO

DESCRIPCION DEL DESARROLLO

Se socializa el protocolo de entrega de resultados del servicio de apoyo diagnostico del Laboratorio Clinico a Bacteriologos y Auxiliares

En donde se deja consignado que la entrega de los resultados de Laboratorio Clínico debe ser realizada por Bacteriólogos y/o Auxiliares de dicho servicio, o en caso que el usuario requiera el resultado en horarios en los que no se encuentren las auxiliares de toma de muestras en los centros de salud, la enfermera jefa del centro de salud debe garantizar la entrega de este resultado, con el objeto de brindar acceso oportuno. La auxiliar de toma de muestras de Laboratorio clínico debe explicar al paciente que existen varias modalidades de obtener su resultado de laboratorio clínico: en físico en el sitio donde se tomó la muestra, a través de las plataformas virtuales como consulta web o correo electrónico. Al momento del ingreso de cada usuario la auxiliar de toma de muestra de laboratorio clínico debe solicitar la dirección de correo electrónico, si lo posee, para que el resultado pueda llegarle al usuario.

Se explica, que luego de que los bacteriólogos realizan la validación de resultados de laboratorio clínico, estos quedan disponibles para que sean descargados por los usuarios o por

Solicitud de traslado de personal para disminución de oportunidad en la asignación de citas por medicina general en los centros con desviación de la meta.

Doctora:
SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Coordinadora Talento Humano.
ESEHLCI.

ASUNTO: Traslado temporal

Cordial saludo.

La presente tiene por objeto solicitar respetuosamente sea notificado el profesional en Medicina relacionado a continuación para prestar sus servicios a partir del próximo 7 de Octubre del año en curso de la siguiente manera:

Nombre Funcionario	Centro Atención	Días	Observaciones
Sadith Blanco	Pontezuela	Lunes, Miércoles, y Viernes	
	Fredonia	Martes, Jueves y Sábado	
Wenadys Kelsey	Centro salud Socorro	Lunes a Viernes 7-4 y Sábado 7-11	Cubrir incapacidad 21 días.
Irving Márquez	Centro de salud Esperanza	Lunes a Viernes 7-4 y Sábado 7-11	Traslado definitivo

Agradezco la atención,

Atención extramural para disminuir la oportunidad en la asignación de citas en los centros con desviación en la meta.

Seguimiento del indicador de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias

RESULTADOS DE

Periodo	contrareferencias recibidas	usuarios remitidos desde el servicio de urgencias a instituciones fuera de la red distrital de servicios.	Resultado	Meta
ene-22	0	334	0.00%	1%
feb-22	0	259	0.00%	1%
mar-22	0	312	0.00%	1%
abr-22	0	328	0.00%	1%
may-22	0	591	0.00%	1%
jun-22	0	276	0.00%	1%
jul-22	0	381	0.00%	1%
ago-22	0	458	0.00%	1%
sep-22	0	218	0.00%	1%
oct-22	0	228	0.00%	1%
nov-22				1%

... ATENCION DIFERENCIAL | REFERENCIA | GESTION COMERCIAL | MANTENIMIENTO | MANTENIM ...

Listo

Escribe aquí para buscar

Proceso de seguridad y salud laboral

Capacitación a los brigadistas de todos los centros de atención y sede administrativa

Actualización el plan de gestión de riesgo de desastre del centro de salud Bicentenario.

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
PLAN HOSPITALARIO PARA LA GESTION DE RIESGOS Y DESASTRES
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: PL-GSST-GRD-50
Versión: 2
Fecha: 19/01/2023

CENTRO DE SALUD BICENTENARIO

Proceso de gestión de la información

Se crearon los módulos de nóminas, suministro y presupuesto; se mejoró el ancho de la banda de las zonas urbanas de los centros de atención, se socializaron los módulos al talento humano.

Proceso de planeación

Socialización y evaluación a través de medios de comunicación internos el direccionamiento estratégico

Hospital Local Cartagena de Indias

INFORME DE ACCIONES PAMEC
OFICINA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA
Septiembre 2022

Aplicación Evaluación Plataforma Estratégica

Sede escogida:	Todas las sedes de la ESE HLCI
Modalidad:	Virtual
Total de Evaluaciones Aplicadas	248
Áreas evaluadas en la ESE HLCI	42 Centros y la sede administrativa

Detalle de la áreas que participaron:

Sede	#evaluados	porcentaje	Sede	#evaluados	porcentaje
Administrativa	32	12,90%	Boquilla	5	2,02%
Pozón	25	10,08%	Fredonia	5	2,02%
Arroz Barato	22	8,87%	Candelaria	4	1,61%
Bicentenario	21	8,47%	Daniel Lemaitre	4	1,61%
Nuevo Bosque	16	6,45%	Olaya Herrera	4	1,61%
Libano	12	4,84%	San Vicente de Paul	4	1,61%
Blas de Lezo	11	4,44%	Bosque	3	1,21%
Esperanza	11	4,44%	San Francisco	3	1,21%
Socorro	11	4,44%	Canapote	2	0,81%
Nelson Mandela	10	4,03%	Fatima	2	0,81%
Ternera	10	4,03%	Gaviotas	2	0,81%
Bayunca	6	2,42%	Las Reinas	2	0,81%
Nuevo Porvenir	6	2,42%	Boston	1	0,40%

(Portugal)

CUADRO DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES- FORMATO PAMEC

Hospital Local Cartagena

4

FORMATO TABLERO DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA 2022

Código: FTO-GCAL-TSAM-180
Versión: 1
Fecha: 27/09/2022

ESTANDARES	CODIGO	NUMERO	TOTAL	ESTADO DE LAS ACCIONES I TRIMESTRE				ESTADO DE LAS ACCIONES II TRIMESTRE				ESTADO DE LAS ACCIONES III TRIMESTRE				CONSOLIDADO			
				COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO
ASISTENCIALES	ASDP	1	19						1				1			22	16	2	0
	ASSP	3							3			2	1						
	ASAC	1							1				1						
	ASREG	0																	
	ASRV	1							1				1						
	ASPL	4						1	2	1		1	2	1					
	ASEJ	1						1				1							
	ASEVA	1							1				1						
	ASSAL	2							2			2							
	ASREF	3							3			3							
	ASSIR	2							2				2						
SUBTOTAL		19																	
ESTANDARES	CODIGO	NUMERO																	
DIRECCIONAMIENTO	DIR	4	21						3	1			3	1					
GERENCIA	GER	6							6			5	1						
G. INFORMACIÓN	GI	4							4			3	1						
G. AMBIENTE FÍSICO	GAF	2							2			1	1						
G. TALENTO HUMANO	GTH	3							3			2	1						
MEJORAMIENTO	GI	1							1			1							
G. TECNOLOGIA	MCC	1							1			1							
SUBTOTAL		21																	
TOTAL			40	0	0	0	0	2	36	2	0	22	16	2	0				

ACCIONES SIN CERRAR.

A continuación, se detallan las oportunidades de mejora que se encuentran en estado en desarrollo y atrasado

PROCESO PRIORIZADO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTADO
ATENCION AL CIUDADANO	Actualizar, publicar y evaluar el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios	EN DESARROLLO
SERVICIOS AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA	Reactivar comité de infecciones central	EN DESARROLLO
SERVICIOS AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA	Disminuir la oportunidad de la atención medicina general	EN DESARROLLO
SERVICOS AMBULATORIO - CONSULTA EXTERNA	Actualizar software de historia clínica ajustada a la res. 3280	EN DESARROLLO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Desarrollar y fortalecer las competencias de humanización (servicios, comunicación, trabajo en equipo y planeación)	EN DESARROLLO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Desarrollar y fortalecer las competencias de humanización (servicios, comunicación, trabajo en equipo y planeación)	EN DESARROLLO
GESTION FINANCIERA	Elaborar balance oferta -demanda (científica- financiera- SISTEMA)	EN DESARROLLO
DOCENCIA SERVICIO	Socializar, evaluar y medir el proceso de supervisión docencia servicio	EN DESARROLLO
GESTION DE LA CALIDAD	Monitorear la adherencia a los procesos seguros institucionales	EN DESARROLLO
SERVICOS AMBULATORIO - CONSULTA EXTERNA	Incorporar en el programa de Seguridad del paciente institucional el programa de seguridad radiológica, Socializar e implementar programa de protección radiológica	EN DESARROLLO
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Implementar el programa de las 3R, Fomentar la cultura ecológica- establecer campañas educativas que propendan a fomentar la cultura del reciclaje- Diseñar E IMPLEMENTAR EL PLAN DE saneamiento básico de la ESE HLCI	EN DESARROLLO
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Fortalecer plan de entrenamiento, capacitaciones, brigadas de emergencias en evacuación, primeros auxilios, manejo de extintores 2, realizar	EN DESARROLLO

	indicadores de evaluación y mantenimiento del proceso de capacitaciones y reentrenamientos 3, capacitación a la sede administrativa en gestión de riesgos y desastres	
TECNOLOGIA Y SISTEMA DE INFORMACION	Elaborar proceso de planeación, gestión y evaluación de sistema de tecnología	EN DESARROLLO
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	establecer el dx de necesidad de equipos Biomédicos en relación a los tiempos de reposición, vida útil capacitación por el prestador en el uso de las tecnologías	EN DESARROLLO
TECNOLOGIA Y SISTEMA DE INFORMACION	Generar automáticamente la información de indicadores por medio de un Software.	EN DESARROLLO
TECNOLOGIA Y SISTEMA DE INFORMACION	Implementar modalidad de autoguardado de HC para que repose en la nube.	EN DESARROLLO
TECNOLOGIA Y SISTEMA DE INFORMACION	Implementar plan de contingencia ante afectaciones del sistema. Documentar y estandarizar sistema de alarmas en historias clínicas	EN DESARROLLO
GESTION DE LA CALIDAD	Monitorear los resultados a través de los indicadores del mejoramiento de la calidad	EN DESARROLLO

INDICADORES DEL PAMEC: En el presente PAMEC se construyeron diecisiete indicadores algunos sin empezar a medir

TABLERO DE INDICADORES DEL PAMEC 2022

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO OBTENIDO 2019	RESULTADO OBTENIDO 2020	RESULTADO OBTENIDO 2021	RESULTADO OBTENIDO 2022
PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	N° DE FUNCIONARIOS EVALUADOS EN EL CUMPLIMIENTO LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CALIFICACIÓN ≥ 80% /TODOS DE FUNCIONARIOS EVALUADOS EN EL PERIODO X 100	90	52%	85. 5%	38%	92%
PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA DE LAVADO DE MANOS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS EVALUADOS SOBRE LAVADO DE MANOS CON UN RESULTADO MAYOR O IGUAL A 80% / TOTAL DE FUNCIONARIOS EVALUADOS	80	57%	5900%	5200%	87%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE INDUCCION Y REINDUCCION	RECURSO HUMANO PROGRAMADO CUMPLIENDO PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN/ RECURSO HUMANO PROGRAMADO X 100	90	100%	100%	53%	100%
PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA CUMPLIDAS DEL PAMEC	N° DE ACCIONES DE MEJORA CUMPLIDAS /TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA PROGRAMADAS EN LA VIGENCIA X100	70	73%	72%	40%	55%
PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS EVALUADOS SOBRE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CON CALIFICACION DE 80% / TOTAL DE FUNCIONARIOS EVALUADOS ANUALMENTE	80	NO SE MIDIO	NO SE MIDIO	18%	82%
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	NUMERO INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD/ NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	0%	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO SE MIDIO
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PLAN DE GESTION DE RIESGOS Y DESASTRE	NUMERO DE TRABAJADORES CON CALIFICACION DE 100%/ TOTAL DE TRABAJADORES EVALUADOS	100%	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO SE MIDIO
PORCENTAJE DE REPUESTA DE PQRSD	N° TOTAL DE RESPUESTAS DE PQRSDF ANTES DE 15 DIAS /TOTAL DE QUEJAS X 100	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	98%
PROCENTAJE DE REENTRENAMIENTO A LOS BRIGADISTAS	NUMERO DE REENTRENAMIENTOS EJECUTADO/NUMERO DE REENTRENAMIENTO PROGRAMADOS	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	100%
CONTRAREFERENCIA A UN NIVEL SUPERIOR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS	NO. DE CONTRAREFERENCIAS RECIBIDAS POR LA ESE, DE LOS USUARIOS REMITIDOS DE URGENCIAS/ NO. DE REMISIONES TOTALES REALIZADAS POR URGENCIAS	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	0%
SOCIALIZACION DE RESULTADO DE INDICADORES DE GESTION	NUMERO DE PUBLICACIONES DE LOS TABLEROS DE INDICADORES DE GESTION/ NUMERO DE PUBLICACIONES PROGRAMAS	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	100
PORCENTAJE DE CAPACITACION EN EL PROGRAMA DE LAS 3R.	NÚM. DE CENTROS ASISTENCIALES CAPACITADOS/CENTROS ASISTENCIALES TOTAL DE LA ENTIDAD*100	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	15%
% DE CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACION AL PROGRAMA DE LAS 3R	NÚM. CAMPAÑAS REALIZADA/NÚM. CAMPAÑAS PROGRAMADAS ANUALMENTE	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	75%
SUPERVISION DE PROCESOS FORMATIVOS	SUPERVISIONES REALIZADAS/SUPREVISIONES PROGRAMADA DE LOS CONVENIOS VIGENTES ACTIVOS	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	SE EMPIEZA A MEDIR EN ENERO
NUMERO DE COLABORADORES CAPACITADOS SOBRE COMPETENCIAS Y HABILIDADES	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS/CAPACITACIONES PROGRAMADAS TRIMESTRALMENTE	90	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	SIN RESULTADO AUN
PORCENTAJE DE ENTENDIMIENTO Y DOCUMENTACION ESCRITA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	NO. DE USUARIOS ENCUESTADOS CON ENTENDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN EN UN 100% DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO / TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	48%
PORCENTAJE DE CLIMA ORGANIZACIONAL	NUMERO DE COLABORADORES QUE PUNTUAN 4Y5 EN LAS PREGUNTAS DE CLIMA ORGANIZACIONAL/ TOTAL DE ENCUESTADO	70	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO SE MIDIO
PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA	NUMERO DE TRABAJADORES CON CALIFICACION MAYOR A 80%/ TOTAL DE TRABAJADORES EVALUADOS EN EL SEMESTRE	80	NO EXISTIA	NO EXISTIA	96%	89%
PORCENTAJE DE USUARIOS SENCIBILIZADOS EN DEBERES Y DERECHOS	NUMERO DE USUARIOS QUE CONOCEN SUS DEBERES Y DERECHOS/ TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS EN EL MES * 100 MENSUAL	90	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	94%
PROPORCION DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO CORRECTAMENTE IDENTIFICADO	NUMERO DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS EN EL PERIODO /NUMERO TOTAL DE MUESTRAS DE LABORATORIO EVALUADAS, EN EL PERIODO X 100	100	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	SE EMPEZARA A MEDIR ENERO 2023
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO DE URGENCIAS	TIEMPO EN MINUTOS QUE TRANSCURREN ENTRE LA SOLICITUD DEL EXAMEN DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA ENTREGA DE RESULTADOS EN UN PERIODO DADO/NÚMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO EN UN	120 MINUTOS	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	100 MINUTOS
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO EN CONSULTA EXTERNA	NÚMERO DE DÍAS QUE TRANSCURREN ENTRE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN Y LA ENTREGA DE RESULTADOS EN UN PERIODO DADO/NÚMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO EN UN PERIODO DADO.	2 DIAS	NO EXISTIA	NO EXISTIA	NO EXISTIA	1 DIA

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

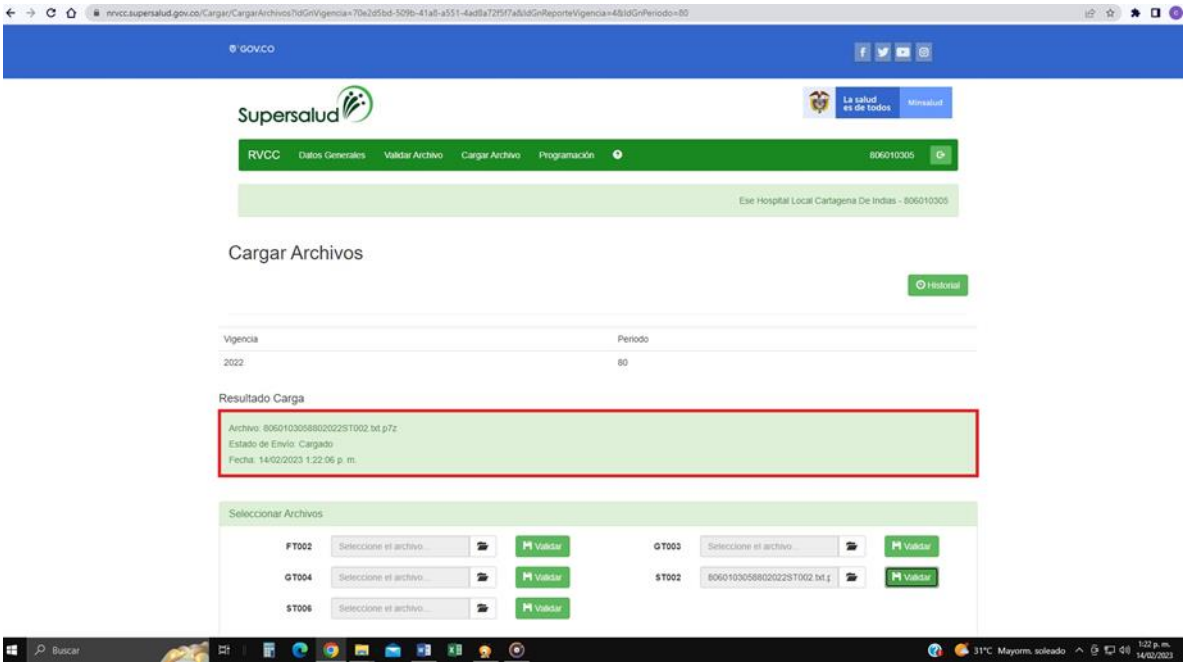
DOCUMENTOS NUEVO SOCIALIZAD E IMPLEMENTADO O PAMEC 2022		
NUMERO	SERVICIO/PROCESO	NOMBRE DEL DOCUMENTO
1	DOCENCIA SERVICIO	PROCEDIMIENTO DE SUPERVICION DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS FORMATIVAS
2	DOCENCIA SERVICIO	FORMATO SUPERVISION DE PROCESO FORMATIVO
3	APOYO DIAGNOTICO Y TERAPEUTICA	PROTOCOLO DE ENTREGA DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO
4	APOYO DIAGNOTICO Y TERAPEUTICA	ELABORACION DE LA FICHA TECNICA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO
5	APOYO DIAGNOTICO Y TERAPEUTICA	
6	SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	PLAN HOSPITALARIO PARA LA GESTION DE RIESGO Y DESASTRE ESE HLCI (BICENTENARIO)
7	TALENTO HUMANO	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TALENTO HUMANO
8	TALENTO HUMANO	CONTROL DE ASISTENCIA SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL EJE PERSONAL Y PROFESIONAL DE LOS COLABORADORES A TRAVES DEL DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE HUMANIZACION Y LA PREVENCION EN SALUD MENTAL.
9	TALENTO HUMANO	ACTA DE REUNION SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL EJE PERSONAL Y PROFESIONAL DE LOS COLABORADORES A TRAVES DEL DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE HUMANIZACION Y LA PREVENCION EN SALUD MENTAL.
10	TALENTO HUMANO	BOLETINES POR COMPETENCIAS
11	TALENTO HUMANO	CONTROL DE ASISTENCIA A LAS INDUCCIONES GENERALES
16	SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PLAN DE GESTION DE RIESGOS Y
17	SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	PROCENTAJE DE REENTRENAMIENTO A LOS BRIGADISTAS
18	VICIO CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALA	CONTRAREFERENCIA A UN NIVEL SUPERIOR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
19	GESTION COMERCIAL	SOCIALIZACION DE RESULTADO DE INDICADORES DE GESTION
20	BIENES Y SERVICIOS	PORCENTAJE DE CAPACITACION EN EL PROGRAMA DE LAS 3R.
21	BIENES Y SERVICIOS	% DE CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACION AL PROGRAMA DE LAS 3R
22	DOCENCIA SERVICIOS	SUPERVISION DE PROCESOS FORMATIVOS
23	TALENTO HUMANO	NUMERO DE COLABORADORES CAPACITADOS SOBRE COMPETENCIAS Y
24	COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	PORCENTAJE DE ENTENDIMIENTO Y DOCUMENTACION ESCRITA DEL
26	PLANEACION	PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA
27	ATENCION AL CIUDADANO	PORCENTAJE DE USUARIOS SENCIBILIZADOS EN DEBERES Y DERECHOS
28	APOYO DIAGNOSTICO	PROPORCION DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO CORRECTAMENTE
30	APOYO DIAGNOSTICO	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO DE URGENCIAS
31	APOYO DIAGNOSTICO	INDICADOR OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO EN CONSULTA EXTERNA
32	GETION DE LA TECNOLOGIA	MODULO DE SUMINISTRO
33	GETION DE LA TECNOLOGIA	MODULO DE NOMINA
34	GETION DE LA TECNOLOGIA	MODULO DE PRESUPUESTO
35	GETION DE LA TECNOLOGIA	MODULO DE GESTION CLINICA
36	CALIDAD	CERTIFICADO Y ACTAS CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE
37	EPIDEMIOLOGIA	OFICIO POR RETRASO DEL COMITÉ DE INFECCIONES
38	APOYO DIAGNOTICO Y TERAPEUTICA	ACTAS DE COMITÉ DE URGENCIAS
39	BIENES Y SERVICIOS	FOLLETO, CONTROL DE ASISTENCIA Y ACTAS DE LAS SOCIALIZACIONES DEL PROGRAMA DE LAS 3R
40	AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA Y I	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
41	AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA Y I	ACTAS DE SOCIALIZAZACION MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
42	SERVICIOS DE AMBULATORIOS CONSUL	OFICIOS A LA EAPB PARA SOCLITAR LAS CONTRAREFERENCIAS
43	COMITE DE HISTORIA CLINICA	ACTA DE COMITÉ DE HISTORI CLINICA CENTRAL
44	CALIDAD	INCLUSION AL BOLETIN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE UN PROCESO SEGURO

ARCHIVO DE REPORTE CIRCULAR 012 DE 2016

ARCHIVO PAMEC 2021 TXT

13001|01/08/2022|31/12/2022|40|22|26|26|43|GESTION DEL TALENTO HUMANO;GESTION DE LA CALIDAD;SERVICIOS AMBULATORIO HOSPITALIZACION CONSULTA EXTERNA; PLANEACION|YOLIMA VARGAS JIMENEZ|coord.calidad@esecartagenadeindias.gov.co|3126399733|YOLIMA VARGAS JIMENEZ|PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA GESTION ESTRATEGICA|coord.calidad@esecartagenadeindias.gov.co|3126399733

SOPORTE DE REPORTE DE CARGUE CIRCULAR 012



AUDITOR DE CALIDAD :

ANGELICA JIMENEZ CORTECERO