INFORME FINAL PAMEC 2024

PROFESIONAL UNIVERSITARIO: Angélica Jiménez Cortecero

Fecha: 11 de febrero 2025

OBJETIVO: evaluar el avance y nivel del cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC 2024 con corte 31 de diciembre de 2024, con el propósito de identificar el mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional bajo la gestión de las oportunidades de mejora planteadas

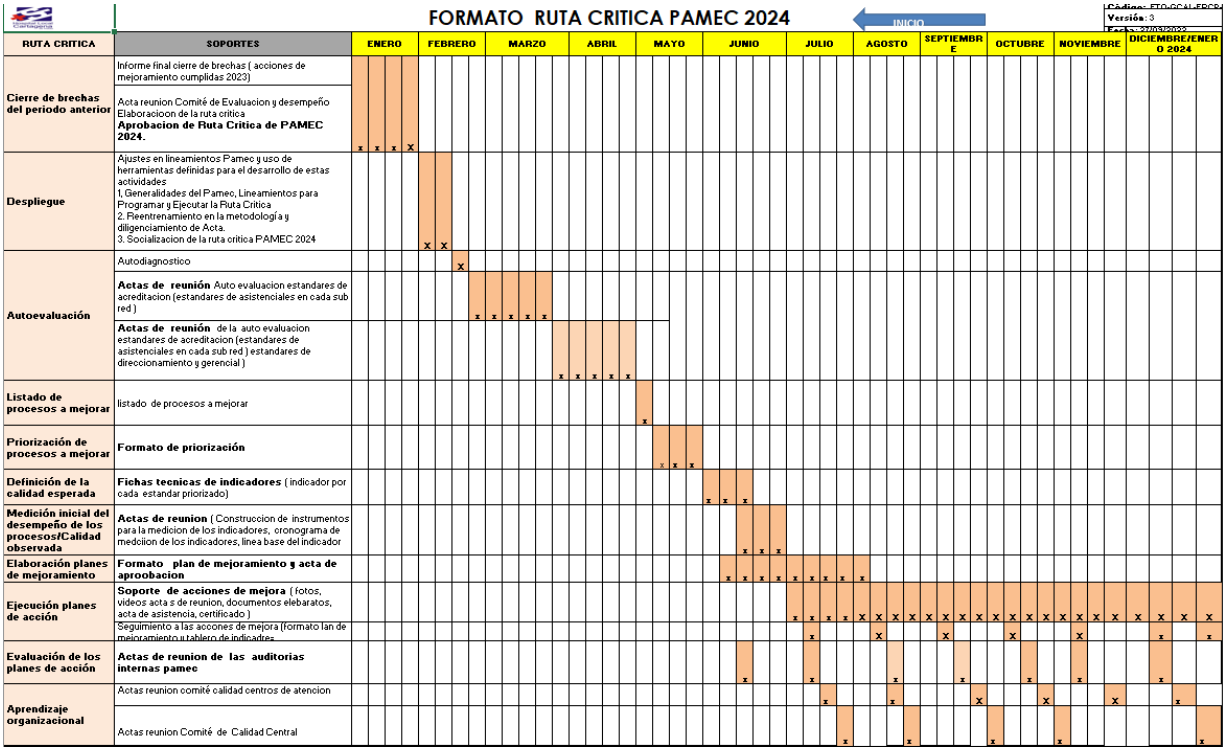
ALCANCE: el presente informe tiene como alcance realizar la verificación y seguimiento en cada fase del ciclo acorde a la ruta crítica definida, verificando el avance y resultado de los procesos priorizados bajo la responsabilidad del equipo PAMEC, frente a la implementación, ejecución y seguimiento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

DESARROLLO

El PAMEC 2024 de la ESE Hospital Local Cartagena de indias se inició con la planeación de este; se actualizo documento PAMEC, ruta crítica e instrumentos para la implementación del programa, se conformaron los equipos de autoevaluación y mejoramiento para la calidad aprobado por el agente interventor en la resolución 0205 de 21 de febrero de 2024, se capacitaron y se realizó el despliegue de la ruta crítica.

DEFINICION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RUTA CRITICA PAMEC

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



Para el mes de febrero se modificó instrumentos y documento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, el 24 de mayo de 2024 en reunión de comité de gestión y desempeño se aprobó ruta crítica y conformo el equipo de evaluación y mejoramiento, así como las funciones del equipo, se socializo el resultado por subred de la autoevaluación por estándares de acreditación.

AUTOEVALUACION

Posterior a la aprobación y adopción de la ruta crítica por correo institucionales, se realizó notificación para convocar al proceso de autoevaluación al área de talento humano, por lo que empezó la autoevaluación de los estándares asistenciales por subredes el 22 de febrero del año en curso y culmino en el mes de abril con los estándares de talento humano, gerencia, ambiente físico y gestión de la tecnología.

A continuación, se detalla tablero de resultado de evaluación PAMEC 2024 por subredes con una calificación global de 1.72.

La subred con mayor resultado fue la de Pozón con una calificación de 1.72 y menor calificación fue de 1.68 de la subred Arroz Barato, con relación a los estándares de acreditación el que obtuvo mayor resultado fueron los de talento humano y seguridad del paciente cabe anotar que este resultado es por el enfoque, no abarca la implementación y resultado de los estándares.

RESULTADO DE AUTOEVALUACION PAMEC 2024 POR SUBRED

ESTANDARES ASISTENCIALES

GRUPO DE ESTANDARES		CALIFICACION		CALIFICACION		CALIFICACION
DERECHOS DE LOS PACIENTES	SUBRED CANAPOTE	1.83	SUBRED ARROZ BARATO	1.83	SUBRED POZON	1.85
SEGURIDAD DEL PACIENTE		2.39		2.33		2.39
ACCESO		1.66		1.67		1.92
REGISTRO E INGRESO		1.94		1.66		1.66
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO		1.65		1.69		1.69
PLANEACION DE LA ATENCION		1.53		1.40		1.51
EJECUCION DEL TRATAMIENTO		0.90		0.90		0.95
EVALUACION DE LA ATENCION		1.72		1.72		1.72
SALIDA Y SEGUIMIENTO		1.66		1.66		1.66
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA		2.04		2.04		1.96
SEDES INTEGRADAS EN RED		1.52		1.62		1.62
TOTAL		1.71		1.68		1.72

ESTANDARES ADMINISTRATIVOS

GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION
DIRECCIONAMIENTO	1.65
GERENCIA	1.78
TALENTO HUMANO	2.09
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1.55
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1.77
GERENCIA DE LA INFORMACION	1.79
MEJORAMIENTO CONTINUO	1.72
TOTAL	**1.76**
CALIFICACION GENERAL	**1.72**

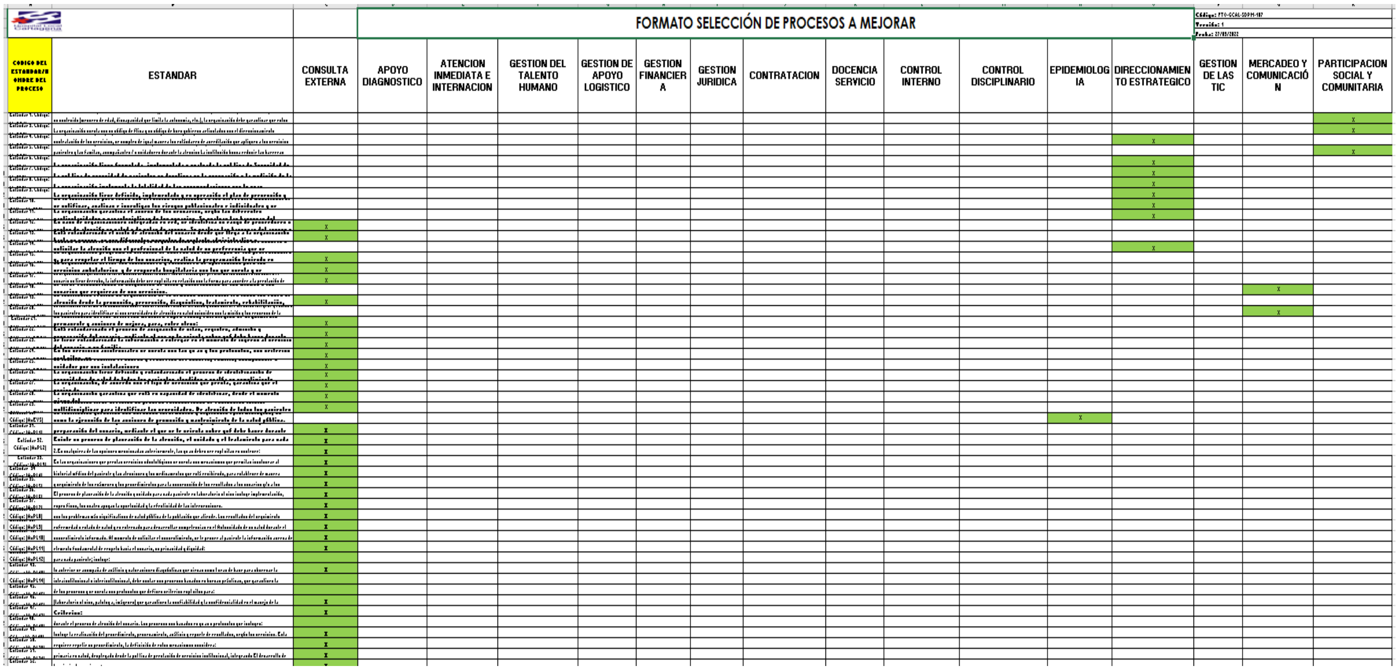
Con el presente PAMEC que contaba con una vigencia de tres años de 2022 al 2024 se obtuvo un avance de 0.1 cada año como se muestra en la tabla

RESULTADO DE AUTOEVALUACION PAMEC 2022-2024	
AÑO	CALIFICACION
2022	1.7
2023	1.71
2024	1.72

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

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.



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.

Las oportunidades de mejora priorizadas fueron aprobadas desde la gerencia en el comité de gestión y desempeño y enviada por correo institucional a cada proceso responsable.

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

En esta etapa se construyeron un total de 9 indicadores a continuación se en lista

1. Porcentaje de adherencia A guías de manejo Institucionales
2. Porcentaje de Eventos Adversos De Dispositivos Médicos
3. Porcentaje de Cumplimiento en la entrega de medicamentos
4. Porcentaje de Medicamentos y dispositivos médicos vencidos.
5. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Laboratorio Clínico de Urgencia.
6. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Laboratorio Clínico de Consulta Externa
7. Porcentaje De Muestras de Laboratorio Clínico Procesadas
8. Oportunidad En La Respuesta De PQRSDF
9. porcentaje de usuarios sensibilizados en deberes y derechos

CALIDAD OBSERVADA

En este paso se realizó un diagnóstico 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.

Se empezó a medir los indicadores elaborados en la calidad esperada y se realizó seguimiento a los mismo.

ELABORACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La formulación de los planes de mejoramiento inicio en el mes de julio, debido a la reprogramación de reuniones de los diferentes pasos de la ruta crítica y finalizo en el mes de agosto.

La elaboración del plan de mejoramiento se realizó con cada responsable del proceso o persona asignada del área; se tomaron las 40 oportunidades de mejora priorizadas y aprobada por el agente interventor y se entregó a cada responsable para su ejecución.

EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

En el mes de septiembre inicia el paso de ejecución del plan de acción y seguimiento de los indicadores; se realizaron reuniones de seguimiento a partir del mes de octubre con cada responsable de los procesos y se dejaban sugerencias para el avance del PAMEC.

En el mes de diciembre se realizó cierre del plan de acción con un avance general del 37%; de 140 actividades programadas a corte de diciembre 2024, se ejecutaron 30 actividades, a continuación, se detallan las actividades se encuentran en estado atrasado y en desarrollo.

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACTIVIDADES	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	Implementar estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida	Contar con buzón de sugerencias en todos los centros de salud	En desarrollo
DIRECTOR OPERATIVO DE TALENTO HUMANO		Contratar personal que oriente la población vulnerable	atrasado
NO SE DEFINIÓ		Implementar digiturnos para clasificar la población vulnerable y brindar atención prioritaria	atrasado
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA		Divulgar los derechos de las pacientes víctimas de violencia sexual a través del equipo intra y extramural.	En desarrollo
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	Garantizar el despliegue de la política de participación ciudadana al cliente interno y externo	Aprobar por gerencia la política	En desarrollo
		Socializar la política en las redes sociales.	En desarrollo
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Revisar y validar periódicamente de acuerdo a la norma el cumplimiento de las Competencias: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.	Validar a través de las hojas de vida que todo el talento humano cuente con los cursos de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad	Atrasado
		validar periódicamente y de acuerdo a la normatividad vigente el cumplimiento de las competencias	Atrasado
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Incluir en el Plan de emergencias la Comunicación de esta situación a las familias, Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención)	Solicitar Inclusión en la base de datos de GCI nombre y teléfono de un familiar en caso de emergencia	Atrasado
		Actualizar plan de emergencias (comunicación con la familia, Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención))	Atrasado
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN	Elaborar y socializar documento a todo el personal asistencial y administrativo	Actualizar Manual de usuario por cada módulo creado	En desarrollo

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN	Implementar modalidad de autoguardado de HC para que repose en la nube.	Realizar prueba de autoguardado	En desarrollo
		Disponer de congeladores para que se realice el proceso de autoguardado	En desarrollo
	Documentar y estandarizar sistema de alarmas en historias clínicas	Elaborar e Incluir en el módulo de historias clínicas las alarmas que se generaran en las historias	En desarrollo
		Realizar prueba con el nuevo software para el sistema de alarma	En desarrollo
	Implementar el consentimiento informado sistematizado y que quede adjunto a la historia clínica digital.	Migrar la herramienta cliente servidor actual a un ambiente web	Atrasado
		Revisar los formatos de consentimiento informado	Atrasado
		Adjuntar los formatos de consentimiento informado al módulo asistencial	Atrasado
		Socializar al talento humano responsable en la utilización de las firmas digitales.	Atrasado
	Realizar diagnóstico de las necesidades de equipos de cómputo y dotar los procesos claves con los dispositivos tecnológicos. Realizar entrenamiento de las nuevas tecnologías a todo el personal del ESE hospital local HLCI.	Adquirir equipos de cómputo a través de contratistas para dotar en los puntos clave o áreas que se requiera. Capacitar al personal en todas las herramientas corporativas	En desarrollo
	Revisar, actualizar e implementar protocolo de interfase entre historia clínica manuales y digitalizadas	Realizar el documento sobre el procedimiento de digitalización de las historias manuales al software Solicitar al área de desarrollo del contratista incluir el sistema de alarma en el software de HC	Atrasado
	Garantizar la conectividad para que las atenciones se registren en tiempo real en la modalidad extramural Revisar y actualizar las políticas de copia de seguridad y administración de base de datos	Actualizar las políticas de copia de seguridad y administración de base de datos	En desarrollo
	Ajustar la historia clínica de psicología con base a la res. 3280 (TEST ASSIST Y AUDITI), escala ZARIT y los componentes psicosociales.	Solicitar ajustar historia clínica que incluya formato de (TEST ASSIST Y AUDITI), escala ZARIT	Atrasado
		incluir en la historia clínica de psicología los formatos	Atrasado
		Socializar el uso del formato a los psicólogos responsables del proceso	Atrasado
	Definir un solo canal de comunicación para la distribución de la información y se mejore la sinergia (correos institucionales)	Verificar que todas las jefes de centros de salud cuenten con correos institucionales	En desarrollo
		Utilizar como medio de comunicación los correos institucionales en toda la institución iniciada con los centros de salud	Atrasado
	Ajustar el modelo de historias clínica de GCI agregándole un ítem que despliegue las preparaciones a tener en	Enviar al área de gestión de los tics el formato de recomendaciones para que las ayudas diagnosticas	Atrasado

	cuenta para la toma de las ayudas diagnósticas y que quede sentado en el modelo que se entrega la recomendación.	queden adjunta	
		Incluir en el software GCI las recomendaciones de las ayudas diagnosticas	Atrasado
EPIDEMIOLOGIA	Disminuir la brecha del indicador de adherencia de lavado de manos.	Realizar seguimiento a la dotación para higiene de manos	En desarrollo
	Medir indicador del protocolo de bioseguridad	Crear y Medir la adherencia al protocolo de bioseguridad en todos los centros de salud	En desarrollo
	Medir indicador manual de limpieza y desinfección	Socializar y publicar protocolo manual de limpieza y desinfección de áreas	En desarrollo
		Implementar formato para la medición manual de limpieza y desinfección de áreas	En desarrollo
		Crear y Medir la adherencia manual de limpieza y desinfección de áreas	En desarrollo
APOYO LOGISTICO	Fortalecer los mecanismos de autoevaluación con el fin de identificar la eficiencia de los procesos implementados para el control de vectores y plagas	Realizar auditorías de campo para verificar la eficacia de los procesos para el control de vectores	Atrasado
	Diseñar e implementar el plan de saneamiento básico de la ESE HLCI	Realizar charlas a los pacientes y comunidad en general sobre el control de vectores e importancia en la salud publica	Atrasado
	Establecer indicadores de cumplimiento de programa control de vectores	Medir el programa control de vectores	Atrasado
		Realizar seguimiento a la medición del programa control de vectores	Atrasado
APOYO LOGISTICO	Extender el plan de mantenimiento de la ESE a los centros que no cumplen las condiciones de privacidad, establecer políticas de reducción de contaminación visual y ambiental (mantener una imagen institucional en todos los centros), señalizar las áreas que se requieran por lineamientos normativos. Promocionar condiciones de silencio.	Realizar diagnóstico de la situación actual de los consultorios de la consulta externa, urgencias y hospitalización para garantizar la privacidad de los usuarios.	Atrasado
		Realizar presupuesto para definir costos a través de contrato de mantenimiento de infraestructura	Atrasado
		Ejecutar las mejoras de la infraestructura	Atrasado
		Recuperar espacios en los centros asistenciales que se habían convertidos en botaderos de residuos sólidos. acompañado de un programa de reciclaje institucional	Atrasado
		Pasar al área de gestión comercial la necesidad de las	

		cantidades de señalizaciones de ruta sanitarias	Atrasado
		Instalar las señalizaciones de rutas sanitarias en todos los centros de salud	Atrasado
		Realizar reunión en el área de apoyo logístico junto con gerencia y subgerencias administrativa y científica para definir los colores que se manejaran en los centros de salud par a mantener la uniformidad o imagen institucional	Atrasado
	Fomentar el sentido de pertenencia y cuidado de la infraestructura por parte de los colaboradores, contratistas, pacientes, acompañantes y comunidad en general.	Capacitar a funcionarios y usuarios en general sobre el cuidado de la infraestructura	Atrasado
		Solicitar apoyo al área de gestión comercial con el envió de publicidad por redes sociales sobre uso, cuidado y manejo adecuado de la infraestructura de los centros de salud	Atrasado
	Extender el plan de mantenimiento de la ESE a los centros que no cumplen las condiciones de privacidad, establecer políticas de reducción de continuidad visual y ambiental (mantener una imagen institucional en todos los centros), señalizar las áreas que se requieran por lineamientos normativos. Promocionar condiciones de silencio.	Elaborar plan de acción para los hospitales o centros de salud que se remodelaran (plan de contingencia)	Atrasado
		Incluir en las obligaciones contractuales del contratista de obras materiales resistentes a la humedad, y desinfección; cerraduras de seguridad para puertas de tipo inclusiva para los centros en remodelación y nuevos.	Atrasado
DOCENCIA SERVICIO	Evaluar la distribución de los estudiantes en los centros para garantizar la privacidad de los usuarios.	Realizar seguimiento al indicador por centro de salud donde este la rotación de enfermería	Atrasado
	Actualizar el documento de costos-beneficios del proceso docencia servicios	Revisar documento con apoyo de gestión estratégica	Atrasado
		Codificación del documento	Atrasado
		Publicación del documento en GLPI	Atrasado
	Revisar junto con el área de científica la actualización del consentimiento informado para incluir la autorización del usuario a los estudiantes	Revisar junto con el área de científica la actualización del consentimiento informado para incluir la autorización del usuario a los estudiantes	Atrasado
GESTION ESTRATEGICA	Elaborar y medir indicador de los procesos seguros institucionales	Medir indicador de los procesos seguros institucionales (identificación correcta en la toma de muestra de laboratorio clínico, autocuidado),	En desarrollo
		Elaborar encuesta de comunicación efectiva al talento humano en salud, monitorear y realizar plan de acción a los resultados detectados	En desarrollo

		Análisis de las desviaciones indicador de los procesos seguros institucionales	Atrasado
	Adoptar, implementar y medir la practica segura de desnutrición y malnutrición.	Socializar la practica segura de desnutrición	Atrasado
	Realizar mediciones de la demanda insatisfecha de los usuarios por problemas de acceso al servicio.	Elaborar procedimiento de demanda insatisfecha	Atrasado
		Evaluar y medir indicador de demanda insatisfecha	Atrasado
	Aumentar el indicador porcentaje de adherencia a guías de los servicios de urgencias y consulta externa	Actualizar las guías de atención de los servicios de odontología, consulta externa y urgencias	En desarrollo
	Revisar, desplegar, conocer e implementar las políticas que son emanadas desde la gerencia.	Revisar y actualizar con el responsable del proceso las políticas	En desarrollo
		Enviar a gerencia para su aprobación	En desarrollo
		Velar por el cumplimiento de la política	En desarrollo
GESTION ESTRATEGICA	Continuar con la evaluación de la política de seguridad del paciente	Continuar con la evaluación de la política de seguridad del paciente, actualizar video de la política y la evaluación	Atrasado
	Medir el clima de seguridad del paciente	Evaluar clima de seguridad del paciente anualmente con todo el personal asistencial y administrativo	En desarrollo
		Socializar los resultados en el boletín de seguridad del paciente	Atrasado
	Fortalecer la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos incluir a los clientes externos en la ejecución de los componentes de la política de seguridad	Fortalecer la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos incluir a los clientes externos en la ejecución de los componentes de la política de seguridad	Atrasado
	Realizar seguimiento a oportunidades de mejora resultado de las auditorías realizadas a terceros	Hacer seguimiento al plan de mejoramiento de las auditorias realizada a terceros	Atrasado
	Elaborar, hacer seguimiento al plan de mejoramiento productos de las auditorías internas.	Hacer seguimiento al plan de mejoramiento de las auditorías internas	Atrasado
SERVICIO FARMACEUTICO	Garantizar espacios adecuados para la conservación y almacenamiento de reactivos, insumos y medicamentos en todos los centros de atención.	Garantizar espacios adecuados para la conservación y almacenamiento de reactivos, insumos y medicamentos en todos los centros de atención.	Atrasado
	Revisar, publicar, socializar y evaluar manual del servicio farmacéutico de forma sistémica.	Solicitar al proveedor los registros de temperatura de los medicamentos y reactivos diagnósticos que requieran cadena de frio.	En desarrollo
		Realizar seguimiento al indicador del manual de servicio farmacéutico	En desarrollo
	Reforzar la asistencia de los regentes en farmacia en los centros de salud de zona insular.	Contratar regentes de Farmacia para las asistencias técnicas de Islas Cercanas	En desarrollo
		Contratar regentes de Farmacia para las asistencias técnicas de Islas lejanas	Atrasado

	Definir estrategias para disminuir la oportunidad de la atención en el servicio de consulta externa por medicina general	Contar con médicos disponibles cuando se presenten novedades por incapacidades y licencias.	En desarrollo
	Medir indicador de oportunidad en la atención por medicina general	Solicitar al área de las TIC la Base de datos para Consolidar información del indicador por centro de salud y EAPB para resultados de indicadores	Atrasado
		Hacer seguimiento al indicador	Atrasado
	Medir pacientes no atendidos por causas internas de la IPS en consulta externa de medicina general	Solicitar al área de las TIC la información mensual para la recolección de los datos y obtención del resultado	Atrasado
	Medir la implementación protocolo de atención al ciudadano	Consolidar información de la encuesta y analizar en comité de historias clínicas	Atrasado
		Monitorear indicador en el comité de historias clínicas	Atrasado
	Medir el indicador porcentaje de adherencia a guías de los servicios de urgencias y consulta externa.	Monitorear los indicadores en el comité de historias clínicas	Atrasado
	Buscar estrategias para obtener los resultados deseados en el indicador de tamizaje de citología de cuello uterino	a través de la herramienta S4L se detecta los pacientes que requieren realizar actividades de PYM	En desarrollo
	Buscar estrategias para obtener los resultados deseados en el indicador de tamizaje de hepatitis B	a través de la herramienta S4L se detecta los pacientes que requieren realizar actividades de PYM	En desarrollo
	Buscar estrategias para obtener los resultados deseados en el indicador de control de placa	a través de la herramienta S4L se detecta los pacientes que requieren realizar actividades de PYM por salud oral el odontólogo llama a los pacientes para que soliciten la cita	En desarrollo
	Actualizar, revisar, socializar y medir adherencia del manual de referencia y contrarreferencia	Evaluar la adherencia del manual de referencia y contrarreferencia y los servicios diferenciados por cada prestado	En desarrollo
	Ajustar la capacidad instalada de acuerdo a la población afiliada y georreferenciación	Revisar procedimiento de capacidad instalada incluyendo todos los servicios	
		Publicar en GLPI	
	Actualizar, socializar y evaluar los procedimientos	Actualizar, socializar, publicar y evaluar los procedimientos del servicio de urgencias	
		Actualizar, socializar, publicar y evaluar los procedimientos del servicio de Hospitalización	
	Implementar la utilización de manillas de identificación de riesgos en todos los servicios. (paciente pediátrico, urgencias y hospitalización).	Mantener la dotación de las manillas en los centros de salud	
		Revisar y socializar protocolo de identificación correcta	

	Implementar el post consulta en el servicio de salud oral, vía telefónica en los pacientes que requieran medicación (absceso)	Realizar ronda de identificación correcta	
		De acuerdo a la necesidad realizar llamada telefónica por parte de la auxiliar quedara registrado en la historia clínica	
	Desplegar la política de privacidad de la información del usuario y confidencialidad de la información.	Socializar las políticas de privacidad de la información del usuario y confidencialidad de la información.	
		Incluir en los consentimientos informados la política de confidencialidad y privacidad	
	Establecer y/o actualizar el protocolo de atención en salud oral y el protocolo de atención de urgencias odontológicas.	Establecer y/o actualizar el protocolo de atención en salud oral y el protocolo de atención de urgencias odontológicas.	
	Crear flujograma de egresos, estandarizados, para los usuarios en el centro de salud.	Crear flujograma de egresos, estandarizados, para los usuarios en el centro de salud.	
	Fortalecer el uso de herramienta nominal en todos los servicios incluyendo urgencias para realizar demanda inducida.	Socializar la herramienta nominal al personal de urgencias para la demanda inducida	
	Medir la pertinencia de las remisiones de imagenología (RX)	Evaluar la pertinencia de las remisiones de imagenología (RX)	
		Construir y Medir pertinencia de las remisiones de imagenología (RX)	
	Continuar con la medición los tiempos de estancias del paciente e incluir en el comité de urgencias local.	Continuar con la medición los tiempos de estancias del paciente e incluir en el comité de urgencias local.	

A continuación, se detalla las actividades ejecutadas por los diferentes procesos

PROCESO PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA

Se continúa midiendo el indicador de los deberes y derechos a los pacientes indicador que se mantiene en su meta que es 90% de los encuestados conocen sus deberes y derechos

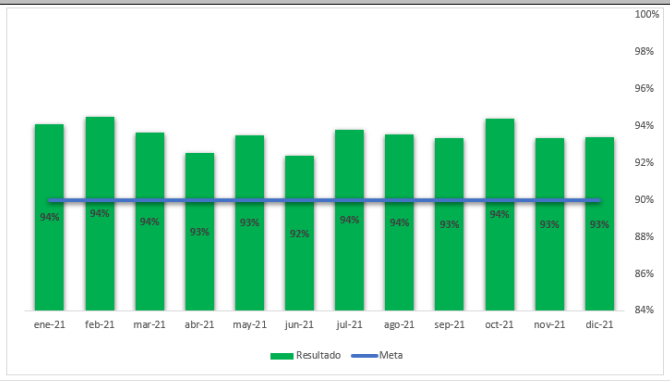
NUMERO DE USUARIOS QUE CONOCEN SUS DEBERES Y DERECHOS / TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS EN EL MES * 100

REPORTADO A

EPS- MINISTERIO- SUPERSALUD

RESULTADOS DEL INDICADOR

Periodo	NUMERO DE USUARIOS QUE CONOCEN SUS DEBERES Y DERECHOS	TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS EN EL MES * 100	Resultado	Meta
ene-24	5503	5849	94%	90%
feb-24	5370	5683	94%	90%
mar-24	4207	4492	94%	90%
abr-24	5386	5821	93%	90%
may-24	5416	5793	93%	90%
jun-24	5119	5542	92%	90%
jul-24	5625	5996	94%	90%
ago-24	5658	6049	94%	90%
sep-23	5104	5468	93%	90%
oct-24	5941	6294	94%	90%
nov-24	5137	5503	93%	90%
dic-24	5542	5936	93%	90%

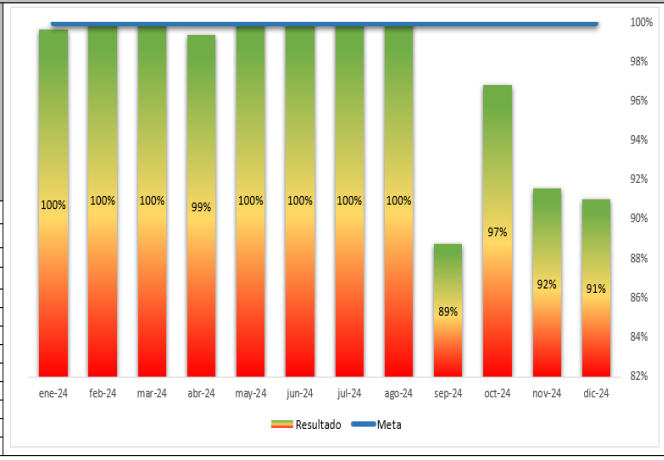


Para el indicador repuesta a las PQRSDF antes de los 15 días se mantuvo en el transcurso del año 2024 se adjunta pantallazo.

Como se puede verificar en la ficha técnica el indicador de repuestas a las PQRSDF, se mantuvo por encima de la meta establecida, hasta el mes de septiembre por lo que se generó planes de mejoramiento, donde se analizó que no se llegó a la meta en tres meses consecutivo por ausencia del responsable del proceso.

RESULTADOS DEL INDICADOR

Periodo	total de respuestas antes de 15 dias	total de quejas recibidas en el periodo	Resultado	Meta
ene-24	533	535	100%	100%
feb-24	438	438	100%	100%
mar-24	444	444	100%	100%
abr-24	618	622	99%	100%
may-24	605	605	100%	100%
jun-24	449	449	100%	100%
jul-24	466	466	100%	100%
ago-24	453	453	100%	100%
sep-24	433	488	89%	100%
oct-24	455	470	97%	100%
nov-24	347	379	92%	100%
dic-24	345	379	91%	100%



Se actualiza documento de protocolo de servicio de atención al ciudadano en el que se incluye manejo de agresión verbal al talento humano en salud, se socializa con todo el personal.

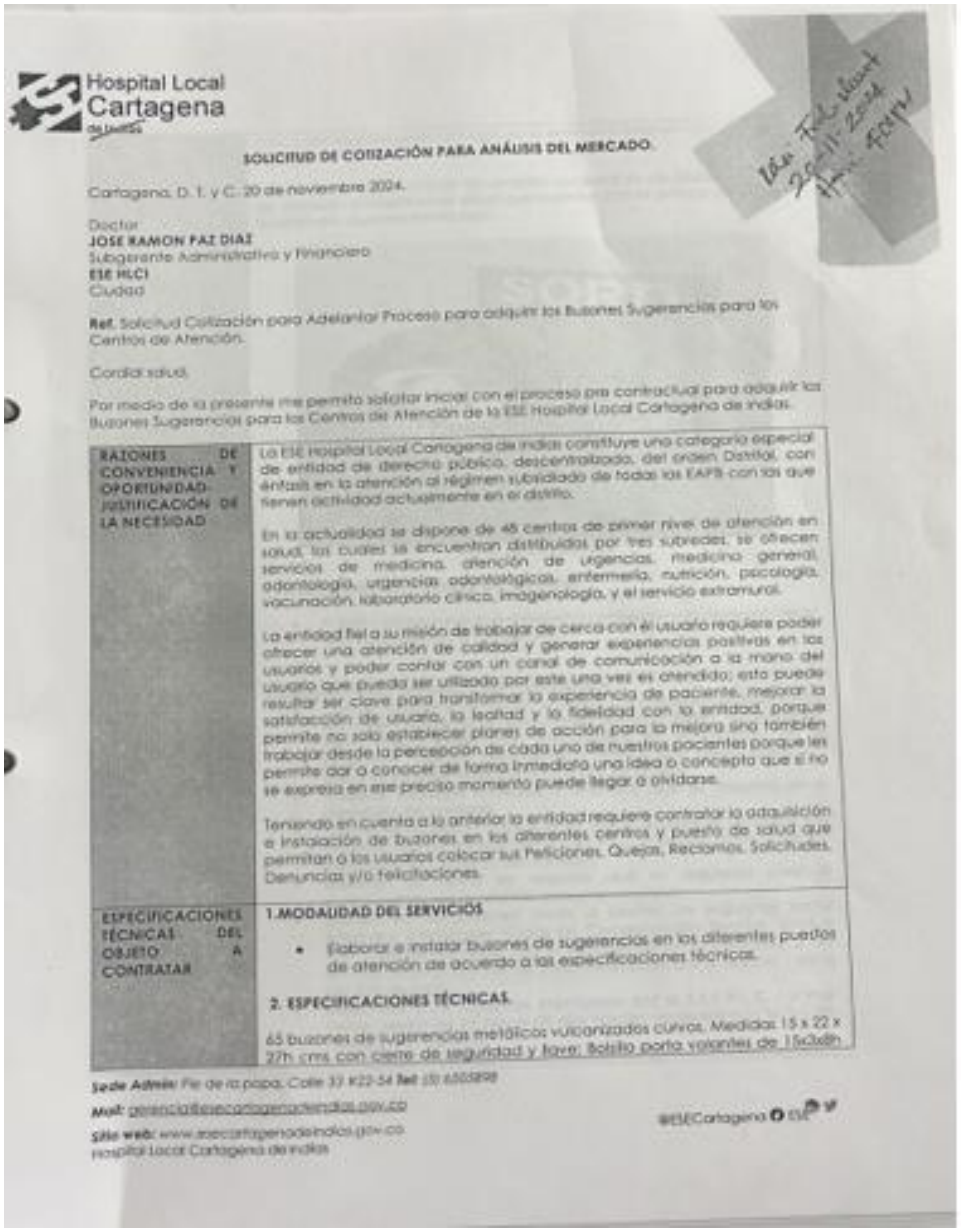
Hospital Local Cartagena	PROTOCOLO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	CODIGO: PT-SIAU-PSAC-34 VERSION: 2 FECHA: 30/05/2024

PROTOCOLO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	NUMERAL	VERSIÓN	CAMBIOS
Mayo-2021	Todo el Documento	1.0	Documento inicial
Mayo de 2024	6		Se incluye inciso 6. Guía para la prevención y protección de agresiones y violencia contra los trabajadores de la salud por parte de los pacientes y sus acompañantes.

Solicitud para adquisición de buzones de sugerencias



Hospital Local Cartagena de Indias

SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA ANÁLISIS DEL MERCADO.

Cartagena, D. T. y C. 20 de noviembre 2024.

Doctor
JOSE RAMON PAZ DIAZ
Subgerente Administrativo y financiero
ESE HLCI
Ciudad

Ref. Solicitud Cotización para Adelantar Proceso para adquirir los Buzones Sugerencias para los Centros de Atención.

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito solicitar inicial con el proceso pre contractual para adquirir los Buzones Sugerencias para los Centros de Atención de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

RAZONES DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD- JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD	La ESE Hospital Local Cartagena de Indias constituye una categoría especial de entidad de derecho público, descentralizada, del orden Distital, con énfasis en la atención al régimen subsidiado de todas las EAPB con las que tienen actividad actualmente en el distrito. En la actualidad se dispone de 45 centros de primer nivel de atención en salud, los cuales se encuentran distribuidos por tres subredes, se ofrecen servicios de medicina, atención de urgencias, medicina general, odontología, urgencias odontológicas, enfermería, nutrición, psicología, vacunación, laboratorio clínico, imagenología, y el servicio extramural. La entidad fiel a su misión de trabajar de cerca con el usuario requiere poder ofrecer una atención de calidad y generar experiencias positivas en los usuarios y poder contar con un canal de comunicación a la mano del usuario que pueda ser utilizado por este una vez es atendido; esto puede resultar ser clave para transformar la experiencia de paciente, mejorar la satisfacción de usuario, la lealtad y la fidelidad con la entidad, porque permite no solo establecer planes de acción para la mejora sino también trabajar desde la percepción de cada uno de nuestros pacientes porque les permite dar a conocer de forma inmediata una idea o concepto que si no se expresa en ese preciso momento puede llegar a olvidarse. Teniendo en cuenta a lo anterior la entidad requiere contratar la adquisición e instalación de buzones en los diferentes centros y puesto de salud que permitan a los usuarios colocar sus Peticiones, Quejas, Recursos, Solicitudes, Denuncias y/o felicitaciones.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR	**1.MODALIDAD DEL SERVICIOS** • Elaborar e instalar buzones de sugerencias en los diferentes puestos de atención de acuerdo a las especificaciones técnicas. **2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.** 65 buzones de sugerencias metálicos vulcanizados cúbicos. Medidas 15 x 22 x 27h cms con cierre de seguridad y llave; bolsillo porta volantes de 15x3x8h

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6502898
Mail: gerencia@esecartagenadeindias.gov.co
Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Hospital Local Cartagena de Indias

@ESECartagena

Se actualizo, socializo y publico procedimiento de asignación de

PROCEDIMIENTO ASIGNACION Y CONFIRMACION DE CITAS SISTEMATIZADAS DE LA CONSULTA EXTERNA

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
1	11/04/2012	
2	02/01/2013	Se actualiza documentación que conforma el manual de calidad de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, ya que se cambia logo de la entidad
3	12/06/2015	Ajuste por cambio de software institucional y cambios en su contenido
4	06/12/2017	Ajuste para garantizar desde la admisión la remisión a los programas de promoción y prevención Ajustes al procedimiento
5	18/07/2024	Comprobar derecho a todo usuario para su asignación de citas en el software GCI y garantizar los servicios bajo la res. 3280 de 2018

PROCESO DE APOYO LOGISTICO

La ESE Hospital local Cartagena de Indias continua con la promoción de un ambiente que permita los buenos hábitos y actitudes de los funcionarios, empleados y usuarios, frente al aprovechamiento de los residuos sólidos y la conservación del medio ambiente, alcanzando así la promoción del desarrollo sostenible, a través de sus programas de las 3R, ahorro de energía y agua.

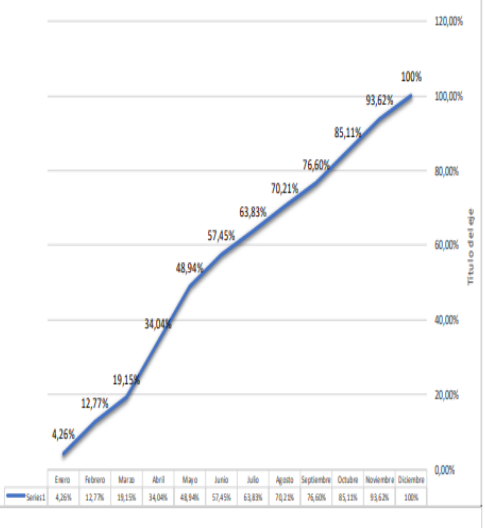
El proceso de apoyo logístico realizo capacitaciones en todos los centros de salud de los programas de las de 3R, ahorro de energía y agua.

En la siguiente grafica se muestra el numero centros capacitados en el transcurso del año 2024 para los tres programas que se están implementando que puede generar gran impacto ambiental en la ciudad

LÍMITES DE CONTROL			
Cumplimiento de la meta		Clasificación	Observación
I	100%	Cumple	Mantener
	> 70	Cumple parcialmente	Analizar para mejorar
	<70	No Cumple	Tomar acción correctiva urgente
FÓRMULA DE CÁLCULO			
(Núm. de centros asistenciales capacitados /total centros asistenciales de la entidad)*100			
REPORTADO A			
Director Dirección Apoyo Logistico			

RESULTADOS DEL INDICADOR

Periodo	Núm. de Centros Asistenciales capacitados	Centros Asistenciales total de la entidad	Resultado	Meta
Enero	2	47	4,26%	4,26%
Febrero	4	47	8,51%	12,77%
Marzo	3	47	6,38%	19,15%
Abril	7	47	14,89%	34,04%
Mayo	7	47	14,89%	48,94%
Junio	4	47	8,51%	57,45%
Julio	3	47	6,38%	63,83%
Agosto	3	47	6,38%	70,21%
Septiembre	3	47	6,38%	76,60%
Octubre	4	47	8,51%	85,11%
Noviembre	4	47	8,51%	93,62%
Diciembre	3	47	6,38%	100%
	47	49	100%	100%



Continúan con la herramienta dosis ambiental perteneciente al programa de las 3R, creada en el mes de mayo del 2023, con el fin de educar el hábito en cada uno de los funcionarios de la ESE HLCI, usuarios y comunidad en general, de segregar, reciclar y preservar el medio ambiente y la salud humana. Esta herramienta es divulgada semanalmente a través de los medios de comunicación interna de la ESE HLCI y en sus redes sociales, las imágenes a continuación corresponden al mes de diciembre de 2024.

Con el programa de las 3R que se implementó en 2023, se ha observado un aumento en la adherencia 2024 en comparación del 2023, a continuación, se muestra grafica de los consolidado de reciclaje 2023-2024.

Total, residuos aprovechables en kilogramo 2023 6.572 Kg

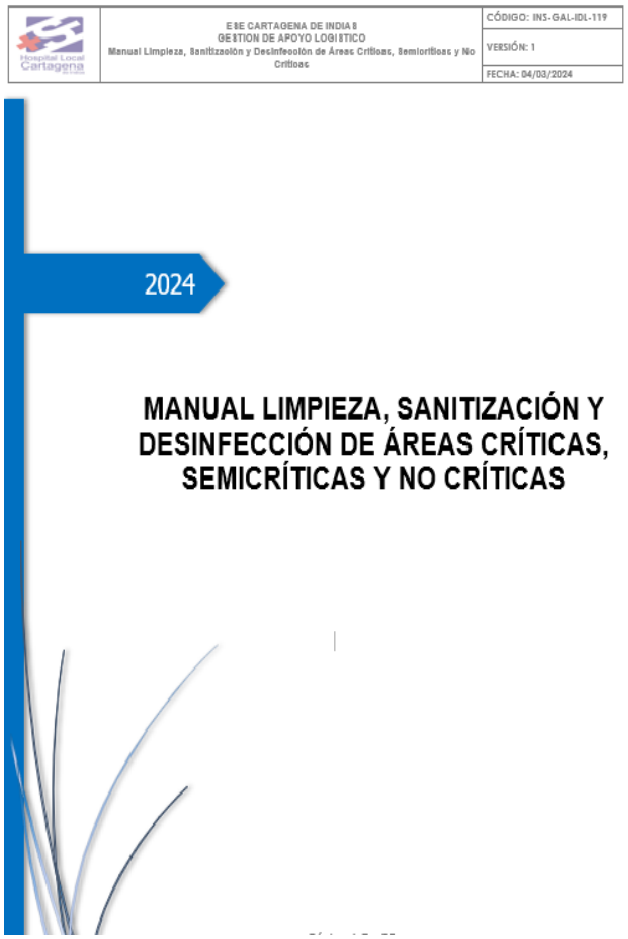
Total, residuos aprovechables en kilogramo 2024 14.304 Kg.

Realizaron seguimiento al consumo de agua y energía en centros de salud

con consumos elevados, simultáneamente con las capacitaciones al talento humano, acciones correctivas y preventivas de los sistemas hidrosanitarios de los centros de salud y publicaciones semanales en la herramienta dosis ambiental.

Gráfico de seguimiento mensual de consumo de agua y energía en los centros de salud

Se elaboró manual de limpieza, sanitización y desinfección de área críticas, semi críticas y no críticas, listado de chequeo del manual para su aplicación y realizar las diferentes acciones correctivas que surjan.

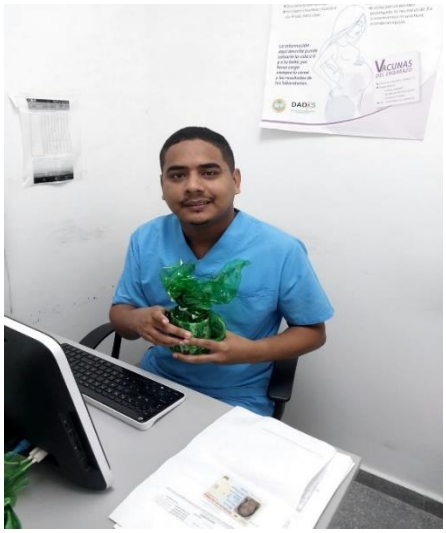


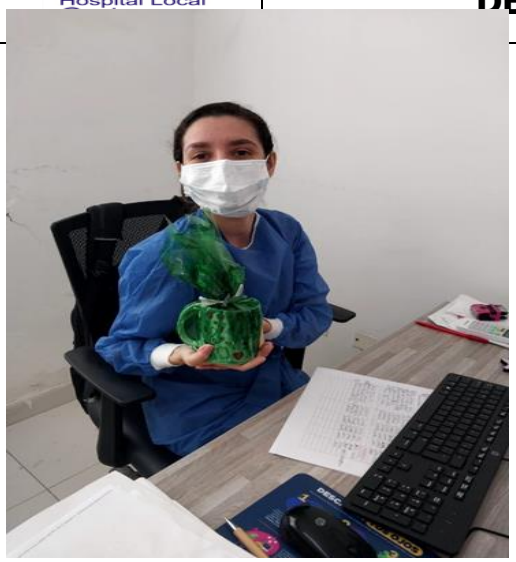
PROCESO TALENTO HUMANO

El proceso del talento humano en el transcurso del año 2024 realizo actividades de humanización para disminuir las quejas por trato deshumanizado en el mes de marzo se actualizo la meta paso de 50% a 10% porcentaje de quejas relacionadas con trato deshumanizado con la atención en salud.

Dentro de las actividades realizadas fueron las siguientes:

- En el mes de diciembre se entregó un detalle el día del médico a todos los profesionales de esta área de forma presencial en 33 centros de salud.





- Con el apoyo de todo el personal asistencial y administrativo se recolecto 725 regalos para la ruta navideña estrategia que se viene implementando todos los años, para entregar regalos a los niños de las zonas más vulnerables de la ciudad.

- Se realiza desde el área de talento humano felicitación diaria envío de tarjeta de felicitación a 50 servidores públicos en su cumpleaños, lo anterior orientado al aumento de la motivación de los funcionarios, en cuanto perciban un mayor interés de la institución hacia su bienestar y satisfacción.

- Atención en el centro de escucha Se brindó acompañamiento por psicología a 4 funcionarios de la ESE.

- Dia de la familia Durante el mes de diciembre 487 funcionarios públicos recibieron día libre de disfrute con sus familias.

Se realizo cena navideña al personal del servicio de urgencias la noche del 24 y 31 de diciembre del 2024.

- Actividad lúdica para funcionarios del área de facturación. Se realizo actividad de creación de visión Board, en donde a través de un espacio de introspección se trabajó el valor de la gratitud y la proyección de metas dentro del proyecto de vida de cada uno de los participantes.

- Actividad fisica desde programa Onda fit. Se realizo actividad fisica y rumbaterapia en los centros de salud de socorro y pozon. Como fortaleciemiento de promocion de estilos de vida saludable.

- Intervención de humanización, manejo de emociones con empresa de seguridad estatal Se realizo intervención con empresa tercerizada del servicio de vigilancia sobre el manejo de las emociones difíciles en época navideña y de fin de año.

- PROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Se continuo con la evaluación del protocolo de bioseguridad y se realizó intervención al talento humano no adherido al protocolo por parte del líder de seguridad y salud laboral y la ARL encargada de la afiliación

  A continuación, se detalla los hallazgos detectados en la evaluación del protocolo de bioseguridad

CENTROS OPERATIVOS	OBSERVACIÓN	FECHA DE VISITA
C.S Blas de Lezo	Disposición inadecuada de residuos hospitalarios. Se concientiza al personal del área de la salud.	10- Oct-2024
C.S Socorro	Disposición inadecuada de residuos hospitalarios	17- Oct- 2024
	Manipulación incorrecta de los elementos cortopunzantes (se registra accidente laboral). Se realiza retroalimentación de estos actos inseguros.	
C.S Olaya Herrera	Uso inadecuado de los elementos de protección personal. Se concientiza al personal de la importancia de su uso al interactuar con los pacientes	25- Sep-2024
C.S Nelson Mandela	Se evidenció falta de guardianes en área de vacunación, esto produjo disposición inadecuada de elementos cortopunzantes en canecas rojas.	03-Oct-2024
C.S Barú	Se evidencian guardines no soportados en varias áreas del centro de salud.	07-Jun-2024
Hospital Pozón	Se evidencia personal del área de la salud con uñas largas y uso de esmaltes. Se concientiza al personal previniendo actos inseguros que puedan ocasionar accidentes laborales.	10-Sep-2024
P.S Manzanillo	Se evidencian guardianes sin instalar, provocando disposición inadecuada de elementos cortopunzantes.	04-Sep-2024
P.S Punta Canoa	Se evidencian guardianes sin instalar, provocando disposición inadecuada de elementos cortopunzantes.	04-Sep-2024
P.S Ternera	Se evidencia personal del área de la salud con uñas largas y uso de esmaltes. Se concientiza al personal previniendo actos inseguros que puedan ocasionar accidentes laborales.	17-Jul-2024
Contingencia Boquilla	Se evidencian guardianes sin instalar, provocando disposición inadecuada de elementos cortopunzantes.	24-Jul-2024
C.S Líbano	Se evidencia alimentos almacenados en neveras prestas solo para el servicio. Se	10-Jul-2024

Desde el comité de infecciones se actualizo política de reúso

Hospital Local Cartagena de Indias

POLITICA INSTITUCIONAL DE REUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS

El reúso de los dispositivos médicos es una práctica común en las instituciones hospitalarias; por esto es importante considerar la prevención de eventos adversos e infecciones generados por prácticas inadecuadas de desinfección y esterilización de los dispositivos médicos.
En la ESE Hospital Cartagena de Indias se establece una política relacionada con el reúso de dispositivos, cuyas condiciones técnicas de acuerdo a las condiciones del fabricante, sin poner en riesgo la integridad de los pacientes; garantizando así la seguridad de los usuarios, a través de procesos estandarizados y supervisados de limpieza, desinfección y esterilización.

Teniendo en cuenta lo anterior, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias ha normatizado el tema del reuso de los dispositivos médicos en cada uno de los servicios donde se realizan procedimientos invasivos (consulta externa de odontología general, urgencias, toma de muestras de laboratorio clínico, consulta externa de enfermería; cirugía general, atención del parto); con el fin de evitar eventos adversos e infecciones se garantiza que los dispositivos que son considerados por los fabricantes como de un solo uso, sean descartados luego de su primera utilización. Estos dispositivos aparecen citados en el manual de reuso de la institución.
Los dispositivos en reúso que no estén en contacto con el paciente, están adheridos a procedimientos de limpieza y desinfección.
Cualquier necesidad de incluir un dispositivo en los procesos de reuso diferentes a los inicialmente aprobados, deberá ser estudiado por el responsable comité de Farmacia Y Terapéutica de la Institución.
La inclusión de nuevos dispositivos deberá ser estudiada por el comité de infecciones, para establecer los lineamientos de uso.

Dra. Malka Piña Berdugo
Gerente
ESE HLCI

Gestión estratégica se actualiza la política de seguridad del paciente y se divulga al personal asistencial

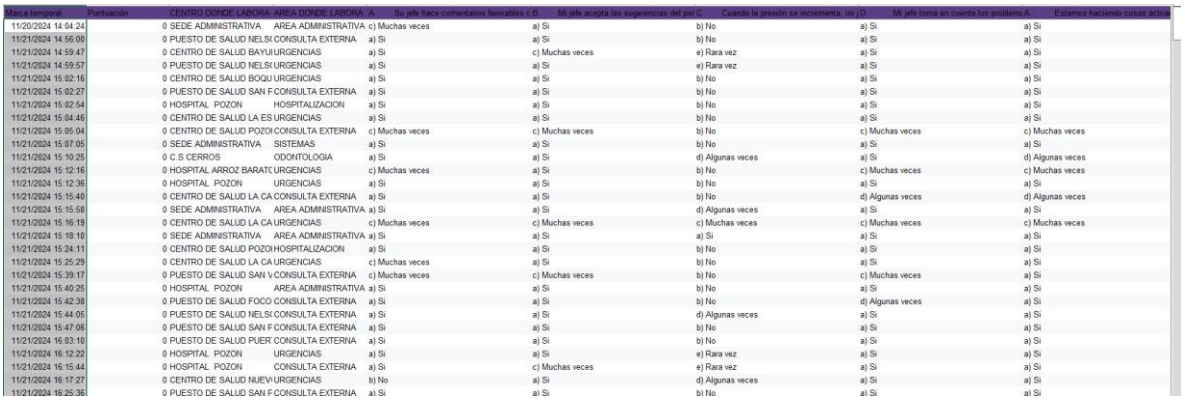
	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 3
		Fecha: 08/02/2024

POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION

CONTROL DE CAMBIOS

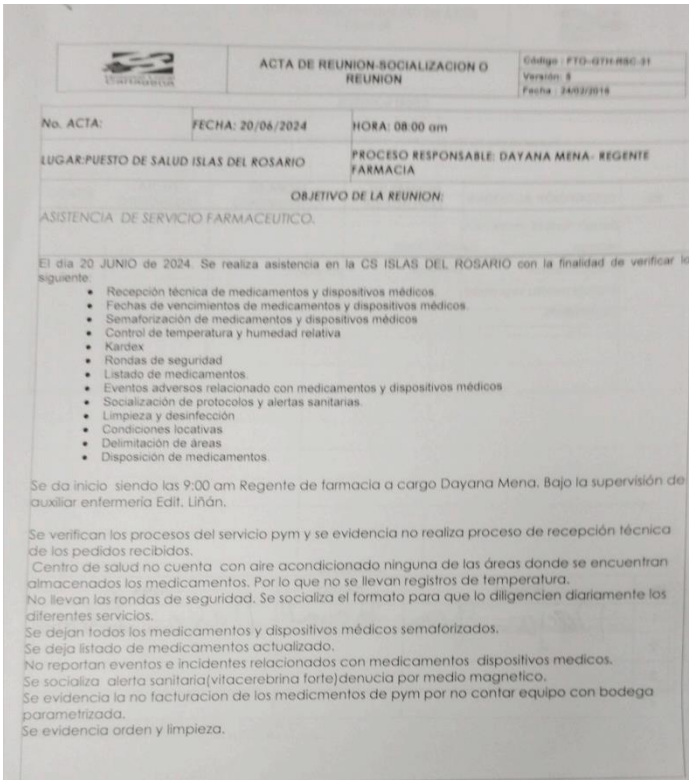
Versión	Fecha	Descripción del Cambio
2	22/02/2018	Ajuste en la normatividad de Habilitación que exige el cumplimiento en la implementación de la Política, inclusión de las instancias en el centro de atención y a nivel central evaluarán el tema de la Política y registrar los procesos seguros que serán adoptados por los procesos. Mención de los formatos que soportan las actividades de la Política.
2.1	30/10/2019	Ajuste en la estructura organizacional, en las estrategias de difusión y entrenamiento y en los procesos seguros adoptados por la institución.
3	08/02/2024	Ajuste en la denominación de los cargos y funciones.

Se realizo la evaluación de clima de percepción de la seguridad del paciente por parte de 455 funcionarios se está a la espera del análisis del resultado de la evaluación.



Marca temporal	Puntuación	CENTRO DONDE LABORA	AREA DONDE LABORA	A	Su jefe hace comentarios favorables c	B	Mi jefe acepta las sugerencias del per	C	Cuando la presión se incrementa, mi	D	Mi jefe toma en cuenta los problem	A	Estamos haciendo cosas activ
11/20/2024 14:04:24		0 SEDE ADMINISTRATIVA	AREA ADMINISTRATIVA	c) Muchas veces		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 14:56:00		0 PUESTO DE SALUD NELSO	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 14:59:47		0 CENTRO DE SALUD BAYUI	URGENCIAS	a) Si		c) Muchas veces		e) Rara vez		a) Si		a) Si	
11/21/2024 14:59:57		0 PUESTO DE SALUD NELSO	URGENCIAS	a) Si		a) Si		e) Rara vez		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:02:16		0 CENTRO DE SALUD BOQU	URGENCIAS	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:02:27		0 PUESTO DE SALUD SAN F	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:02:54		0 HOSPITAL POZON	HOSPITALIZACION	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:04:46		0 CENTRO DE SALUD LA ES	URGENCIAS	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:05:04		0 CENTRO DE SALUD POZOI	CONSULTA EXTERNA	c) Muchas veces		c) Muchas veces		b) No		c) Muchas veces		c) Muchas veces	
11/21/2024 15:07:05		0 SEDE ADMINISTRATIVA	SISTEMAS	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:10:25		0 C.S CERROS	ODONTOLOGIA	a) Si		a) Si		d) Algunas veces		a) Si		d) Algunas veces	
11/21/2024 15:12:16		0 HOSPITAL ARROZ BARAT	URGENCIAS	c) Muchas veces		a) Si		b) No		c) Muchas veces		c) Muchas veces	
11/21/2024 15:12:36		0 HOSPITAL POZON	URGENCIAS	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:15:40		0 CENTRO DE SALUD LA CA	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		d) Algunas veces		d) Algunas veces	
11/21/2024 15:15:58		0 SEDE ADMINISTRATIVA	AREA ADMINISTRATIVA	a) Si		a) Si		d) Algunas veces		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:16:19		0 CENTRO DE SALUD LA CA	URGENCIAS	c) Muchas veces		c) Muchas veces		c) Muchas veces		c) Muchas veces		c) Muchas veces	
11/21/2024 15:18:10		0 SEDE ADMINISTRATIVA	AREA ADMINISTRATIVA	a) Si		a) Si		a) Si		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:24:11		0 CENTRO DE SALUD POZOI	HOSPITALIZACION	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:25:29		0 CENTRO DE SALUD LA CA	URGENCIAS	c) Muchas veces		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:39:17		0 PUESTO DE SALUD SAN V	CONSULTA EXTERNA	c) Muchas veces		c) Muchas veces		b) No		c) Muchas veces		a) Si	
11/21/2024 15:40:25		0 HOSPITAL POZON	AREA ADMINISTRATIVA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:42:38		0 PUESTO DE SALUD FOCO	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		d) Algunas veces		a) Si	
11/21/2024 15:44:05		0 PUESTO DE SALUD NELSO	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		d) Algunas veces		a) Si		a) Si	
11/21/2024 15:47:06		0 PUESTO DE SALUD SAN F	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 16:03:10		0 PUESTO DE SALUD PUER	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	
11/21/2024 16:12:22		0 HOSPITAL POZON	URGENCIAS	a) Si		a) Si		e) Rara vez		a) Si		a) Si	
11/21/2024 16:15:44		0 HOSPITAL POZON	CONSULTA EXTERNA	a) Si		c) Muchas veces		e) Rara vez		a) Si		a) Si	
11/21/2024 16:17:27		0 CENTRO DE SALUD NUEV	URGENCIAS	b) No		a) Si		d) Algunas veces		a) Si		a) Si	
11/21/2024 16:25:36		0 PUESTO DE SALUD SAN F	CONSULTA EXTERNA	a) Si		a) Si		b) No		a) Si		a) Si	

Servicio farmacéutico se contrató personal para realizar asistencias técnicas al talento humano de islas y corregimientos



ACTA DE REUNION-SOCIALIZACION O REUNION

Código : FTO-GTH-RSC-31
Versión: 5
Fecha : 24/02/2016

No. ACTA: | FECHA: 20/06/2024 | HORA: 08:00 am

LUGAR:PUESTO DE SALUD ISLAS DEL ROSARIO | PROCESO RESPONSABLE: DAYANA MENA- REGENTE FARMACIA

OBJETIVO DE LA REUNION:

ASISTENCIA DE SERVICIO FARMACEUTICO.

El dia 20 JUNIO de 2024. Se realiza asistencia en la CS ISLAS DEL ROSARIO con la finalidad de verificar lo siguiente:

- Recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos.
- Fechas de vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos.
- Semaforización de medicamentos y dispositivos médicos
- Control de temperatura y humedad relativa
- Kardex
- Rondas de seguridad
- Listado de medicamentos.
- Eventos adversos relacionado con medicamentos y dispositivos médicos
- Socialización de protocolos y alertas sanitarias.
- Limpieza y desinfección
- Condiciones locativas
- Delimitación de áreas
- Disposición de medicamentos.

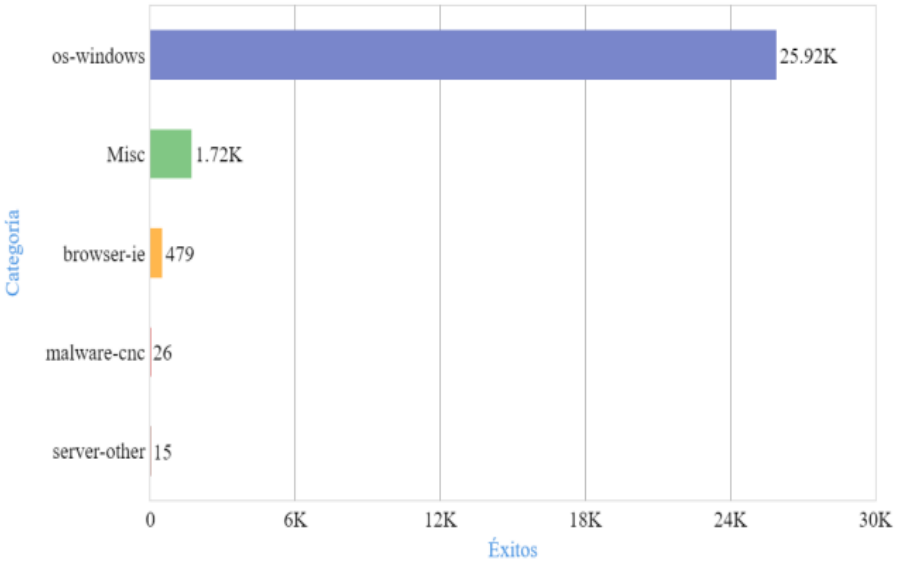
Se da inicio siendo las 9:00 am Regente de farmacia a cargo Dayana Mena. Bajo la supervisión de auxiliar enfermeria Edit. Liñán.

Se verifican los procesos del servicio pym y se evidencia no realiza proceso de recepción técnica de los pedidos recibidos.
Centro de salud no cuenta con aire acondicionado ninguna de las áreas donde se encuentran almacenados los medicamentos. Por lo que no se llevan registros de temperatura.
No llevan las rondas de seguridad. Se socializa el formato para que lo diligencien diariamente los diferentes servicios.
Se dejan todos los medicamentos y dispositivos médicos semaforizados.
Se deja listado de medicamentos actualizado.
No reportan eventos e incidentes relacionados con medicamentos dispositivos medicos.
Se socializa alerta sanitaria(vitacerebrina forte)denucia por medio magnetico.
Se evidencia la no facturacion de los medicmentos de pym por no contar equipo con bodega parametrizada.
Se evidencia orden y limpieza.

Gestión de los tics se contrató un software para detectar ataques en los sistemas informáticos.

SOPHOS

1.Categorías de ataques



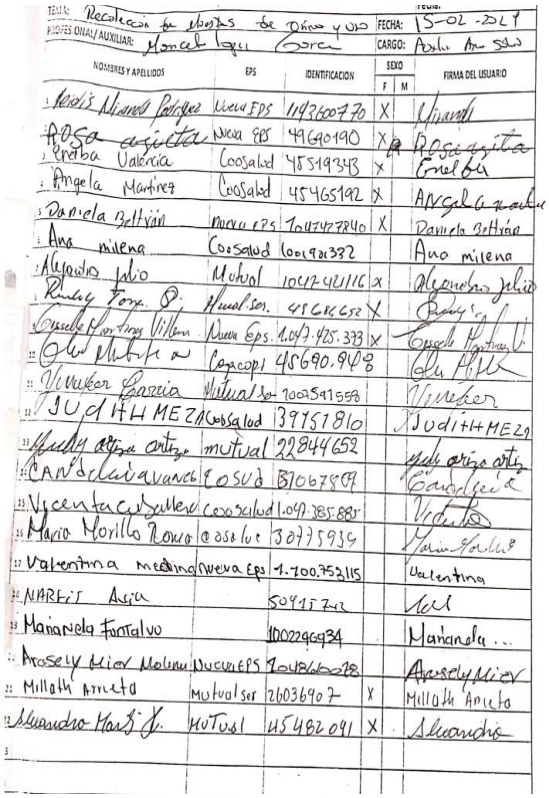
CATEGORÍA	ÉXITOS
os-windows	25919
Misc	1718
browser-ie	479
malware-cnc	26
server-other	15

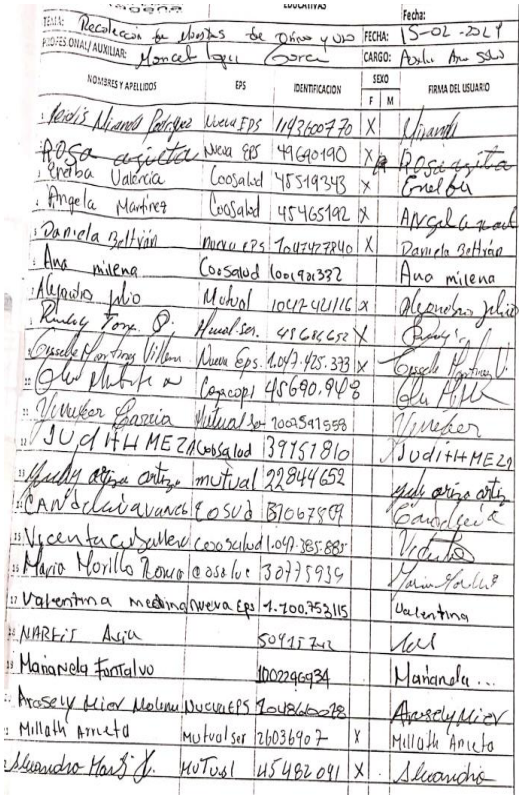
Se realiza mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo pertenecientes a la empresa, se adjunta pantallazo del cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo.

Anexo No. 1
SNS 3000-PMH
Nombre de la Institución: ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
Dirección: PIE DE LA POPA SECTOR DEL TORIL CALLE 33 # 22-54
Plan de Mantenimiento de: EQUIPOS DE COMPUTO Y TECNOLOGÍA

2024												
CENTROS DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
BOCACHICA			X			x			X			X
PUNTA ARENA			X			X			X			X
TIERRA BOMBA			X			X			X			X
CAÑO DEL ORO			X			X			X			X
ISLAS DEL ROSARIO			X			X			X			X
ISLA FUERTE		x		x		X		x		x		x
ISLOTE		x		x		X		x		x		x

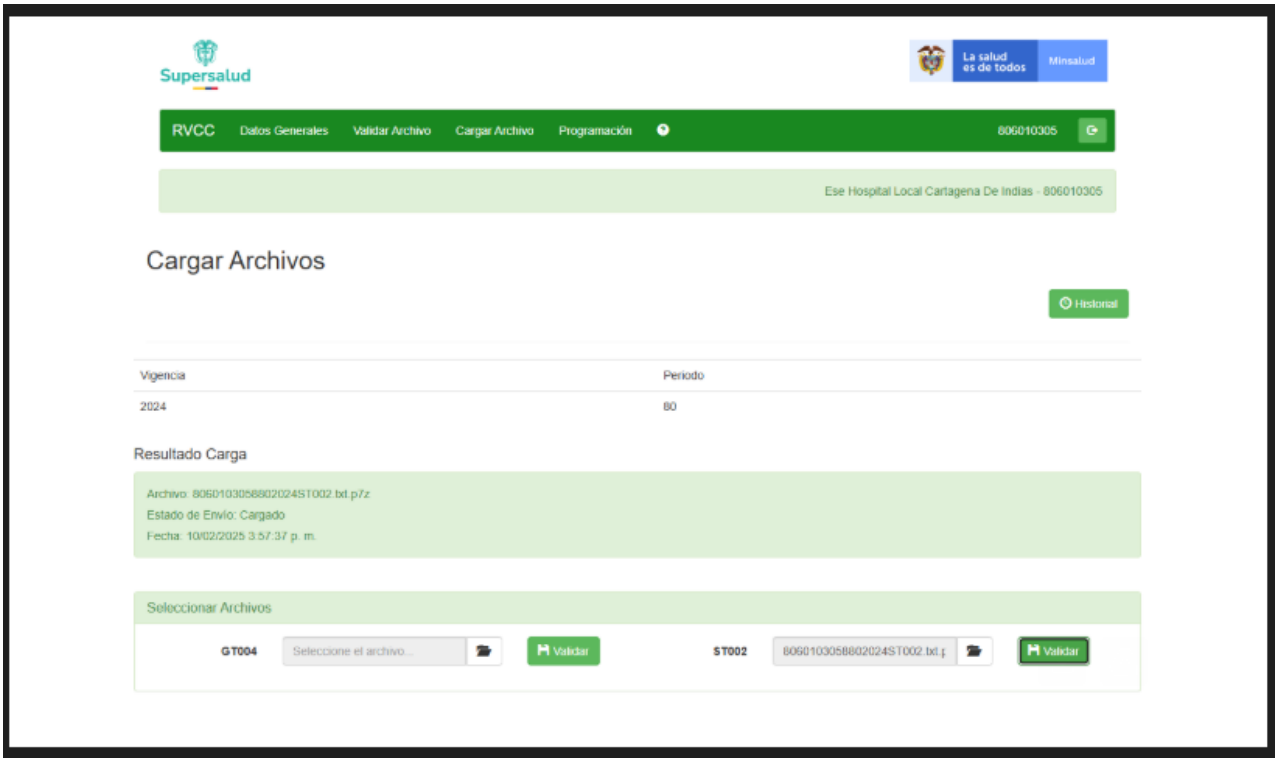
Apoyo diagnóstico y terapéutico se mide los indicadores de toma de muestra de laboratorio clínico no llegan a la meta el indicador Porcentaje de muestras canceladas se cancelaban un número considerable de muestra por mal recolección de los pacientes, por lo que se empezó a realizar charlas a los pacientes en los centros de salud con mayor desviación de la meta





Se realizo reporte de la circular 012 de 2006 el día 10 de febrero del 2025, por lo que se anexa archivo y pantallazo del mismo

Codigo Municipio	Fecha Inicial	Fecha fin	Acciones program	Acciones ejecutad	Auditorias Internas Programa	Auditorias Internas Ejecutac	Documento Sopo	Procesos Estandarizados	Nombre del lider de calidad	Direccion Electronica lider de Calid	Telefonos Lider de Calidad	Nombre responsable	Cargo Responsable	Direccion Electronica respons	Telefono del Responsable
1300	20/07/2024	31/12/2024	140	30	47	46	46	APOYO LOGISTICO, PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA, TALENTO HUMANO, GESTION ESTRATEGICA, GESTION DE	YOLIMA YARGAS JIMEN	coord.calidad@esecartagenade	3126399733	SELICA JIMENEZ CORTEC	PROFESIONAL UNIVERSITARI	angelica021281@gmail.com	3126036664



Angélica Jiménez Cortecero

ANGELICA JIMENEZ CORTECERO
Profesional universitario.