



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

INFORME CIERRE PAMEC 2025

LIDER DEL PAMEC: Angelica Jiménez Cortecero

Fecha: 3 de febrero de 2026 2026

OBJETIVO:

Evaluar el avance y nivel del cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC 2025 a corte diciembre 2025, 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 bajo la responsabilidad del líder del PAMEC y el equipo de autoevaluación y mejoramiento.

DESARROLLO

El PAMEC 2025 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 y mejoramiento, se capacito, sensibilizo en cada reunión y se realizó el despliegue de la ruta crítica.

De acuerdo con la ruta crítica establecida, aprobada por la Junta de Calidad y adoptada mediante Resolución Institucional 1121 del 7 de julio de 2025, se ejecutaron los nueve pasos de la ruta crítica.

A corte diciembre de la presente vigencia, el **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)** se encuentra en la **fase de ejecución de los planes de mejoramiento**, los cuales se priorizaron de acuerdo con el mapa de procesos institucional.

Para el mes de febrero se modificó instrumentos y documento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad quedando a 3 años 2025-2027, el día 21 de marzo del 2025 se realizó reunión de comité de gestión y desempeño en dicho comité se aprobó la ruta crítica, se socializo el resultado del PAMEC, reporte a la circular 012, se sensibiliza la importancia del PAMEC, se conformó 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.

FORMATO RUTA CRITICA PAMEC 2025													Código: FTO-GCAL-FRCP-31
													Versión: 4
													Fecha: 27/02/2025
RUTA CRITICA	SOPORTES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE/ENERO 2026	
Autoevaluación	Autodiagnóstico Auditorías internas y externas Indicadores de calidad comités institucionales obligatorios Actas de reunión informes de auditorías			X									
	Entrenamiento de la metodología de autoevaluación Auto evaluación estándares de acreditación (estándares de asistenciales en cada sub red) Actas de reunión formato de autoevaluación			X	X	X	X	X					
	Entrenamiento de la metodología de autoevaluación. Auto evaluación estándares de acreditación (gerencias, direccionamiento, talento humano, gestión de las tecnologías, ambiente, físico) Actas de reunión formato de autoevaluación			X	X	X	X	X					
Listado de procesos a mejorar	listado de procesos a mejorar				X								
Priorización de procesos a mejorar	Formato de matriz de priorización				X								
Definición de la calidad esperada	Fichas técnicas de indicadores y actas de reunión (Indicador por cada estándar priorizado Construcción de instrumentos para la medición de los indicadores, cronograma de medición de los indicadores, meta del indicador)				X	X	X						
Medición inicial del desempeño de los procesos/Calidad observada	Actas de reunión y fichas técnicas con resultado de los indicadores					X	X	X					
Elaboración planes de mejoramiento	Diligenciamiento del plan de mejoramiento Aprobación del plan de mejoramiento (comité de calidad central)						X	X	X				
Ejecución planes de acción	Soposte acciones de mejora (fotos, videos actas de reunión, documentos elaboración, acta de asistencia, certificado)						X	X	X	X	X	X	X
	Seguimiento a las acciones de mejora (formato plan de mejoramiento y tablero de indicadores)							X	X	X	X	X	X
Evaluación de los planes de acción	Actas de reunión de las auditorías internas PAMEC						X		X		X		X
Aprendizaje organizacional	Actas reunión comité calidad centros de atención- tablero de indicadores						X		X		X		X
	Actas reunion Comité de Calidad Central					X		X		X		X	X

AUTOEVALUACION

Posterior a la aprobación y adopción de la ruta crítica por comité de gestión y desempeño se inicia autoevaluación de los estándares de acreditación en el mes de abril y culmina en el mes mayo, obteniéndose una calificación de 1.67 a continuación, se detalla por grupo de estándar la calificación obtenida.

Es de anotar que la baja calificación se presento porque todos los estándares no se pudieron evaluar y pasa de 1.72 en 2024 a 1.67 en 2025 con una diferencia negativa de 0.05

RESULTADOS DE AUTOEVALUACION 2025	
ESTANDARES	
ASISTENCIALES	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1.7
SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.112
ACCESO	1.847272727
REGISTRO E INGRESO	1.585
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	1.63
PLANEACION DE LA ATENCION	1.420833333
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	0.954285714
EVALUACION DE LA ATENCION	1.72
SALIDA Y SEGUIMIENTO	1.66
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	1.96
SEDES INTEGRADAS EN RED	1.6225
DIRECCIONAMIENTO	1.65
GERENCIA	1.78
G. TALENTO HUMANO	1.70
G. INFORMACION	1.74
G. AMBIENTE FISICO	1.50
G. TECNOLOGIA	1.75
MEJORAMIENTO	1.72
TOTAL, FINAL	1.67

Las oportunidades de mejora calificadas con igual o mayor a 125 puntos, se consideraron como críticas, de las cuales se tomaron los primeros 30 estándares, que generen un mayor impacto en la prestación del servicio por lo que se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial en la tabla anterior se muestra los procesos priorizados y la cantidad de estándares.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

GRUPO DE ESTANDAR PRIORIZADO	NUMERO DE ESTANDARES	ESTANDARES
DERECHO DE LOS PACIENTES	2	Estándar 4. Código: (AsDP4)
		Estándar 5. Código: (AsDP5)
SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	Estándar 6. Código: (AsSP1)
		Estándar 7. Código: (AsSP2)
		Estándar 8. Código: (AsSP3)
		Estándar 10. Código: (AsSP5)
ACCESO	3	Estándar 14. Código: (AsAC4)
		Estándar 16. Código: (AsAC6)
		Estándar 18. Código: (AsAC8)
REGISTRO	1	Estándar 24. Código: (AsREG3)
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRES	1	Estándar 28. Código: (AsEV3)
PLANEACION	4	Estándar 31. Código: (AsPL1)
		Estándar 38. Código: (AsPL8)
		Estándar 42. Código: (AsPL12)
		Estándar 48. Código: (AsPL18)
EJECUCION	1	Estándar 56. Código: (AsEJ2)
EVALUACION D ELA ATENCION	1	Estándar 66. Código: (AsEVA4)
SALIDA	1	Estándar 68. Código: (AsSAL1)
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1	Estándar 75. Código: (AsREF6)
TALENTO HUMANO	4	Estándar 132. Código: (TH1)
		Estándar 136. Código: (TH5) (106 VIEJO)
		Estándar 137. Código: (TH6):
		Estándar 138. Código: (TH7)
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	4	Estándar 153. Código: (GAF4)
		Estándar 159. Código: (GAF10)
		Estándar 161. Código: (GAF12)
		Estándar 162. Código: (GAF13).
GESTION DE LAS TECNOLOGIAS	2	Estándar 165. Código: (GT3)
		Estándar 168. Código: (GT6)
GESTION DE LA INFORMACION	1	Estándar 174. Código: (GI1)
TOTAL	30	

Los procesos priorizados fueron:

- Gestión del Talento Humano
- Direccionamiento Estratégico
- Consulta Externa (medicina general y odontología)
- Atención Inmediata e Internación
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Apoyo Logístico (biomédico, gestión ambiental, infraestructura, vectores)
- Mercadeo y Comunicación
- Gestión de las TIC
- Gestión Financiera (facturación)
- Participación Social y Comunitaria
- Epidemiología
- Docencia
- Servicio Farmacéutico

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

Se definió la calidad esperada de forma general de acuerdo con los objetivos estratégicos del plan de desarrollo institucional y los indicadores de PAMEC cuya proyección se determinó en 0.1.

En esta etapa se construyeron un total de 18 indicadores a continuación se en lista

1. Cumplimiento de medidas de aislamiento y manejo de contaminación en remodelaciones.
2. Porcentaje de adherencia del personal extramural al protocolo institucional vigente
3. Nivel de Satisfacción del Programa de Bienestar (contratista)
4. Cumplimiento del Plan de Bienestar Laboral (contratista)
5. Porcentaje de remisiones a un nivel superior desde el servicio
6. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas del ingreso
7. Tasa de infección intrahospitalaria
8. Porcentaje ocupacional de camas
9. Promedio día estancia
10. Giro cama
11. Porcentaje de hospitalización por neumonía en menores de 3 a 5 años
12. Porcentaje de hospitalización por deshidratación en menores de 5 años
13. Proporción vigilancia eventos Adversos
14. Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización

15. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.
16. Tasa de Ulceras por Presión
17. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
18. Proporción de reingresos hospitalario por infección respiratoria aguda IRA en menores de 5 años.
19. Cumplimiento de actividades del Programa de Control de Vectores
20. Reducción de hallazgos por presencia de vectores
21. Cumplimiento del uso de manilla de identificación en pacientes atendidos en Urgencias

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 con la resolución 256 de 2016, auditorias externas de las EAPB contratadas 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, y finalizo en el mes de agosto presentándose un retraso ya que el primer paso de la ruta crítica inicio extemporáneo.

La elaboración del plan de mejoramiento se realizó con cada responsable del proceso o persona asignada del área; se tomaron las 30 oportunidades de mejora priorizadas y aprobadas por el equipo PAMEC a continuación.

Cada responsable del proceso definía sus actividades y fecha de cierre.

EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

En el mes de agosto 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 total de 116 actividades programadas a corte de diciembre 2025, se ejecutaron 79

actividades, con un porcentaje de cumplimiento de 68%; 6 actividades en estado atrasado con un 5%, y 31 actividades en estado en desarrollo con un 27%.

A continuación, se muestra tablero consolidados de actividades por procesos

PROCESO	NUMERO DE ACTIVIDADES /ESTADO DE LAS ACTIVIDADES				
	TOTAL	NO INICIADO	ATRASADO	EN DESARROLLO	CERRADO
Gestión del talento humano	13	0	0	11	2
Direccionamiento estratégico	19	0	2	4	13
Consulta externa (PYM)	3	0	0	0	3
Atención inmediata e internación	10	0	2	0	8
Apoyo diagnóstico y terapéutico	5	0	0	0	5
Consulta externa (odontología)	11	0	0	0	11
Mercadeo y comunicación	5	0	0	0	5
Gestión de las Tics	TODAS LAS ACTIVIDADES REPROGRAMADAS PARA CERRAR EN 2026				
Gestión financiera (facturación)	5	0	0	0	5
Participación social y comunitaria	2	0	0	0	2
epidemiología	6	0	0	4	2
Docencia	TODAS LAS ACTIVIDADES REPROGRAMADAS PARA CERRAR EN 2026				
Apoyo logístico (biomédico)	11	0	2	4	5
Apoyo logístico (gestión ambiental)	6	0	0	0	6
Apoyo logístico(infraestructura)	4	0	0	0	4
Apoyo logístico (vectores)	7	0	0	6	1
Servicio farmacéutico	9	0	0	2	7
TOTAL	116	0	6	31	79
PORCENTAJE		0%	5%	27%	68%

A continuación, se describen las actividades que no lograron cerrarse cabe anotar que fueron reprogramadas para el 2026.

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACTIVIDADES	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
APOYO LOGISTICO (BIOMEDICO)	Revisar, implementar y medir el plan de contingencia en caso de falla de equipos biomédico.	Implementar el plan de contingencia en caso de falla de equipos biomédico	EN DESARROLLO
		Medir la ejecución del plan de contingencia en caso de falla de equipos biomédico	EN DESARROLLO
	Fortalecer las capacitaciones de riesgo asociados al manejo de equipos biomédico.	Realizar evaluaciones a las capacitaciones	EN DESARROLLO
		Realizar análisis de los resultados de las evaluaciones	EN DESARROLLO
	Definir la política de renovación de tecnología	Aprobar por parte de gerencia la política de renovación de la tecnología	ATRASADO
		Socialización y publicación	ATRASADO
APOYO LOGISTICO (PROGRAMA VECTORES – DESINFECCION)	Actualizar programa control de vectores que incluya indicadores de cumplimiento y efectividad del programa además de fortalecer el despliegue a clientes internos y externos	Elaborar y socializar protocolo interno de control de vectores para centros de salud y elaboración de los indicadores de cumplimiento y efectividad	EN DESARROLLO
		Elaborar cronograma para capacitación al personal asistencial, usuarios en sala de espera y consulta para brindar educación en cuanto a vectores	EN DESARROLLO
		Capacitar al personal asistencial, usuarios en sala de espera y consulta para brindar educación en cuanto a vectores	EN DESARROLLO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

	Evaluar adherencia de protocolo de desinfección incluyendo al personal de servicios generales. Garantizar el suministro de insumos para el cumplimiento del lavado de mano.	Evaluar la adherencia al protocolo de desinfección incluyendo a todo el personal de servicio general	EN DESARROLLO
		Medir el consumo de insumos para el cumplimiento de lavado de manos	EN DESARROLLO
		Entregar resultado de medición del gasto de insumo mensual para garantizar el suministro de insumos para el cumplimiento de lavado de manos	EN DESARROLLO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Fortalecer la trazabilidad del impacto del programa de capacitación, implementando mecanismos de evaluación que permitan evidenciar no solo la asistencia, sino también la aplicación práctica y mejora en el desempeño del personal.	Diseñar e implementar los formatos de evaluación pre y post para cada capacitación	EN DESARROLLO
		Realizar Seguimiento a la aplicación práctica mediante encuesta de satisfacción	EN DESARROLLO
	Documentar y sistematizar todas las evaluaciones realizadas tras las capacitaciones, garantizando soporte verificable que respalde su efectividad y permita auditorías o análisis posteriores.	Implementar archivo digital (Excel, OneDrive u otro) para almacenamiento de archivos	EN DESARROLLO
		Escanear los registros en físicos para el almacenamiento digital	EN DESARROLLO
	Fortalecer la integración de los servicios contratados con terceros, exigiendo evidencia formal de la capacitación de su personal en temas institucionales claves, y asegurando su alineación con el modelo de atención.	Solicitar de manera mensual las evidencias e informe de las capacitaciones realizadas de acuerdo con la programación establecida	EN DESARROLLO
		Solicitar al tercero informe de análisis de las asistencias y/o inasistencias a las capacitaciones junto con el plan de mejora de	EN DESARROLLO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

		acuerdo con hallazgos	
	Verificar que las hojas de vida estén completas y actualizadas en el SIGEP, y que incluyan soportes válidos de formación y experiencia.	Hacer seguimiento a la actualización de las hojas de vida con respecto al cargue de los cursos de educación continua en la página de SIGEP II	EN DESARROLLO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Definir para cada cargo cuáles de estas competencias son aplicables y cómo se validan (formación, experiencia, evaluaciones, etc.).	Revisar y actualizar la descripción de cada cargo incluyendo las competencias técnicas, blandas y de seguridad requeridas. Diferenciar competencias obligatorias vs. deseables.	EN DESARROLLO
		Revisar y actualizar anualmente las competencias definidas según cambios normativos, tecnológicos o estratégicos.	EN DESARROLLO
	Estandarizar una matriz de validación para registrar y evidenciar el cumplimiento de los requisitos de cada colaborador (interno y subcontratado).	Implementar la matriz en un sistema digital (Excel avanzado, Power BI, SharePoint, software de RRHH o SG-SST) que permita cargar documentos escaneados como soporte	EN DESARROLLO
		Establecer alertas automáticas para requisitos con fecha de caducidad (ej. exámenes médicos, cursos de seguridad, licencias) y Configurar recordatorios con anticipación (30, 60 y 90 días antes).	EN DESARROLLO
ATENCION INMEDIATA E INTERNACION	Habilitar áreas de aislamiento de pacientes por centro de atención en Hospitalización y urgencias	Revisar y actualizar el protocolo de aislamiento	ATRASADO
		Socializar protocolo de aislamiento	ATRASADO
SERVICIO FARMACEUTICO	Diseñar plan farmacológico de tratamiento de acuerdo con el servicio	Realizar talleres de actualización sobre el plan farmacológico. Integrar sugerencias del equipo clínico y del comité de farmacia	EN DESARROLLO
	Implementar política de uso racional de antibióticos	Revisar cultivos y perfiles de sensibilidad bacteriana del hospital.	EN DESARROLLO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

EPIDEMIOLOGIA	Implementar perfil y boletín epidemiológico de manera trimestral.	Socializar y evaluar planes de contingencia de patologías susceptibles de brote, según periodo epidemiológico	EN DESARROLLO
	Elaborar e implementar documento donde se definan estrategias de abordaje en caso de aparición de brote.		
	Actualizar manual de uso y reúso de dispositivos médicos.	Actualizar y publicar la política del uso racional de antibióticos	EN DESARROLLO
	Implementar boletín epidemiológico para que el personal conozca el comportamiento de la institución.		
	Ajustar el perfil epidemiológico ya sea por centro de salud o por subred.	Seguimiento al protocolo de desinfección incluyendo al personal de servicios	EN DESARROLLO
	Evaluar adherencia de protocolo de desinfección incluyendo al personal de servicios generales. Garantizar el suministro de insumos para el cumplimiento del lavado de mano.		
	Fortalecer con todo el recurso humano asistencial, administrativo y operativo el protocolo del lavado de mano.	Realizar seguimiento al consumo de insumos para el cumplimiento de lavado de manos	EN DESARROLLO
	Realizar seguimiento de auditoria al cumplimiento de los estándares de acreditación a todos los contratistas. Socializar a los interesados las contrataciones que existen. Medir la entrega oportuna del producto o servicio por parte del contratista-	Presentar informes periódicos a la dirección sobre el avance y cumplimiento de los estándares en los procesos contratados.	EN DESARROLLO
	Aumentar la adherencia a la política de seguridad	Realizar jornadas educativas periódicas sobre la política de seguridad del paciente. Realizar	ATRASADO

GESTION ESTRATEGICA		Retroalimentación en tiempo real sobre buenas prácticas y desviaciones.	EN DESARROLLO
	Medir y realizar seguimiento a todos las practicas seguras adoptar la práctica segura de desnutrición y malnutrición, medir y realizar seguimiento	Medir la implementación de las practicas seguras	EN DESARROLLO
	Notificar los eventos adversos y riesgos sistemáticamente a terceros con quienes se tienen alianzas o convenios y de manera articulada.	Enviar los eventos adversos externos a las EAPB una vez sean analizados los casos presentados.	ATRASADO
	Fortalecer con todo el recurso humano asistencial, administrativo y operativo el protocolo del lavado de mano.	Verificar disponibilidad constante de jabón, gel antibacterial, toallas desechables y dispensadores en todas las áreas.	EN DESARROLLO

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.

Se Realiza visitas a los centros de atención con el fin de mantener un mayor contacto con los usuarios en los que se permitiera conocer las PQRSDF y tener una mayor agilidad en la respuesta de las mismas.

MERCADO Y COMUNICACIÓN

Diseño e instalo señalización con sistema braille para la atención diferencial en todos los centros de salud y hospitales.

Inclusión de la clasificación de población vulnerable (víctimas de conflicto armado, grupo étnico, discapacidad física, mental, lgtbiq+, habitantes de calle, niño, adolescente, adulto mayor, embarazada)

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES				Código: FTO-MVC-FRM-19	
				Versión: 1	
				Fecha: 04/03/2024	
TEMA:					
ÁREA / OFICINA:					
ITEM	NECESIDAD (ELEMENTO)	DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD	TIPO DE	ÁREA QUE SOLICITA	PROCESO
1	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
2	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
3	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
4	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
5	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
6	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
7	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
8	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
9	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
10	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
11	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
12	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
13	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
14	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
15	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
16	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
17	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
18	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
19	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
20	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
21	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
22	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
23	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
24	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
25	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
26	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO
27	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	SEÑALIZACIÓN DE PREVENCIÓN PARA PASAJOS	DOTACIÓN	SUBGERENCIA CENTRICA	APOYO DIAGNOSTICO

CONSULTA EXTERNA (ODONTOLOGIA)

implementación de un sistema de gestión de las causas de no atención a pacientes.

implementación en todos los Centros de salud del post consulta para los pacientes que se realice exodoncias.

Levantamiento de inventario de protocolos, guías y manuales

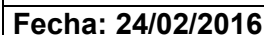
Actualización de los siguientes documentos:

Guía de manejo de caries dental

Guia de manejo de las 10 primeras causas de morbilidad en odontología

Aumento de estrategias para obtener los resultados deseados en los indicadores de promoción y mantenimiento en la salud.

		INVENTARIO DE DOCUMENTOS SERVICIO DE SALUD BUCAL							Código : FTO-ODO-ID58-43		
									Versión: 1		
									Fecha: 8/09/2025		
TITULO		CODIGO	VERSION	FECHA	SERVICIO	FECHA DE ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO	POSIBLE CAMBIO DE NOMBRE	RESPONSABLE DE LA MEDICION	1 REVISION	2 REVISION	3 REVISION
GUIA DE COMPLICACIONES MEDIATAS O INMEDIATAS EN ODONTOLOGIA		GM-ODO-CMI-04	2	17/01/2013	SALUD ORAL						
GUIA DE MANEJO PARA LAS 10 PRIMERAS CAUSA DE MORBILIDAD EN ODONTOLOGIA		GM-ODO-PCM-05	2	17/01/2013	SALUD ORAL	30/08/2025		P.U ODONTOLOGO	19/08/2025	25/08/2025	29/08/2025
PROTOCOLO DE VIGILANCIA CENTINELA DE FLUOROSIS DENTAL		PT-ODO-FD-09	3	17/01/2013	SALUD ORAL						
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DE TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO		PO-ODO-LTA-13	2	17/01/2013	SALUD ORAL						
GUIA DE MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN ODONTOLOGIA		GM-ODO-PHO-38	2	17/01/2013	SALUD ORAL	30/09/2025	GUIA DE MANEJO DEL PACIENTE CRONICO Y DEMAS ENFERMEDADES SISTEMICAS EN ODONTOLOGIA	P.U ODONTOLOGO	10/09/2025	17/09/2025	24/09/2025
MANUAL PARA TOMA REVELADO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICALES Y RADIOPROTECCION		MN-ODO-RPR-41	1	25/02/2013	SALUD ORAL	30/10/2025		P.U ODONTOLOGO	13/10/2025	16/10/2025	
GUIA DE MANEJO PARA ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA		GM-ODO-AED-43	2	26/09/2016	SALUD ORAL						

[illegible]



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016



FORMATO POST CONSULTA ODONTOLOGICA

CODIGO: FTO-ODO-PCO-98

VERSION: 1

Fecha: 03/10/2025

Nombre del paciente: _____

Fecha de la consulta: _____

Nombre del profesional tratante: _____

1. Seguimiento del tratamiento

¿Ha seguido las recomendaciones indicadas por el profesional de odontología?

☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente

Si respondió "No" o "Parcialmente", indique la razón:

2. Síntomas posteriores a la consulta

¿Ha presentado algún nuevo síntoma desde la atención recibida?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique cuál o cuáles:

GESTION FINANCIERA (FACTURACION)

Reviso, actualizo y socializo el procedimiento de asignación de citas al cliente.



PROCEDIMIENTO DE ASIGNACION Y CONFIRMACION DE
CITAS SISTEMATIZADA DE LA CONSULTA EXTERNA

Código: PO-CE-RC8-01

Versión: 6

Fecha: 24/11/2025

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
6	24/11/2025	actualización de los procedimientos relacionados a la asignación y confirmación de citas realizadas desde el front y call center



ACTA DE REUNION- SOCIALIZACION O
CAPACITACION

Código : FTO-GTH-RSC-31

Versión: 5

Fecha : 24/02/2016

ACTA No.:	FECHA: 12/12/2025	HORA: 11: 10 AM
LUGAR: Socialización Virtual	PROCESO RESPONSABLE: Facturación	
OBJETIVO DE LA REUNION:		
Socializar y retroalimentar lista de chequeo y procedimientos de asignación de citas a los Aux Front del servicio de consulta externa.		
DESCRIPCION DEL DESARROLLO		
Siendo las 11:10 a. m. del día 12 de diciembre de 2025, se realizó la socialización de la lista de chequeo que será aplicada durante las visitas de seguimiento al procedimiento de asignación de citas y a otros procesos asociados.		
Dicha lista de chequeo permitirá evaluar diversos aspectos críticos del servicio, entre ellos el trato brindado al usuario durante todo el proceso de atención, desde el primer contacto hasta el cierre del servicio, así como los elementos clave que garantizan una prestación adecuada del servicio y una correcta facturación.		
De igual manera, se llevó a cabo la retroalimentación del procedimiento de asignación de citas, versión 6, haciendo especial énfasis en la importancia del trato amable y respetuoso hacia el usuario, la verificación de derechos para la correcta identificación de la entidad responsable del pago de la atención		

A		B		C		D		E		F	
				LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE FACTURACIÓN				Código: FTO-GF-LFP-01 Versión: 1 Fecha: 24/11/2025			
CENTRO DE SALUD/PUESTO DE SALUD/HOSPITAL								AREA			
ITEM	CONOCIMIENTO/APLICACIÓN			CUMPLE	NO CUMPLE	N.A		OBSERVACIONES			
1	El auxiliar de front es amable con la persona que solicita la cita										
2	El auxiliar de front sabe que debe hacer si el paciente no se encuentra en base de datos en el software institucional										
3	Se verifica tipo de contratación y afiliación en ADRES/EP, asegurando derechos.										
4	Sabe que hacer en caso que el usuario solicite una cita y no cuente con seguridad social										
5	Se actualizan los datos del paciente (teléfono, dirección, etc.) y se diligencian inconsistencias cuando aplica (Res. 2335/2023).										
6	Conoce que hacer cuando el usuario presenta documento de identificación que no corresponda a la edad actual										



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016



FORMATO DE SEGUIMIENTO POSTERIOR AL ALTA

Código: FTO-HOS-SPA-57

Versión: 1

Fecha: 27/10/2025

FECHA EGRESO	FECHA LLAMADA	TELEFONO	NOMBRE COMPLETO PACIENTE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO	CIEN	DIAGNOSTICO	CRITERIO PARA SEGUIMIENTO	¿Se evaluó la calidad de la atención del hospital?	2. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	3. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	4. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	5. Si se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad, ¿se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	6. Si se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad, ¿se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	7. Si se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad, ¿se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	8. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	9. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	10. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	11. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	12. ¿Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad?	13. OBSERVACIONES (Bulnes de datos relevantes)
--------------	---------------	----------	--------------------------	------------------------	----------------	------	------	------	-------------	---------------------------	--	---	---	---	--	--	--	---	---	--	--	--	--



CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Código: FI-HOS-CIEN-55

Versión: 1

Fecha: 27/10/2025

CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	27/10/2025	Creación del documento. Se detalla el procedimiento e incluye seguimiento posterior al alta

Impa leyendo un resumen usando el Asistente de IA.

Resumen



ACTA DE REUNIÓN: SOCIALIZACIÓN O CAPACITACIÓN

Código: FTO-GTH-RSC-01

Versión: 1

Fecha: 24/02/2016

No. ACTA: FECHA: 23/08/2025 HORA: 10:00 AM

LUGAR: Auditorio ESE Hospital Local

Cartagena de Indias

PROCESO RESPONSABLE: ATENCIÓN INMEDIATA

URGENCIAS E INTERNACIÓN

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Implementación del Comité de urgencias y hospitalización.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

Orden del día

1. Socialización de la resolución

2. Designación formal de integrantes

3. Instalación oficial del Comité

4. Socializar indicadores actuales de Urgencias y Hospitalización

5. Proposiciones y votos

6. Compromisos

SOCIALIZACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Se realiza socialización de la Resolución No. 1498 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN No. 0221

DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2020 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 0384 DE 29 DE JUNIO DE 2012, CON

LA CUAL SE SUBROGA LA RESOLUCIÓN No. 0285 DE 4 DE NOVIEMBRE DE 2008, CON EL CUAL SE CONFORMA EL COMITÉ DE

URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS"

Que, mediante Oficio del 19 de agosto de 2025, las Directoras Operativas de la Subred Corapote GINA ORTEGA

DAZ y Subred Pastén JUDITH MARGARITA DIAZ AGUIRRE, solicitaron la modificación de la resolución 0221 del 25 de

septiembre de 2020, con la cual se conforma el Comité de Urgencias de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias,

con el fin de actualizar su estructura y funciones, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

PRIMERO: MODIFICAR el ARTÍCULO PRIMERO de la Resolución No. 0221 de 25 de septiembre de 2020 "POR MEDIO

DE LA CUAL SE MODIFICÓ LA RESOLUCIÓN 0384 DE 29 DE JUNIO DE 2012, CON LA CUAL SE SUBROGA LA RESOLUCIÓN

No. 0285 DE 4 DE NOVIEMBRE DE 2008, CON EL CUAL SE CONFORMA EL COMITÉ DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL

LOCAL CARTAGENA DE INDIAS" el cual quedará de la siguiente manera:

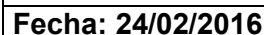
APOYO LOGISTICO (GESTION AMBIENTAL)

Identifico los centros que no cuentan con caracterización de las aguas residuales y presento la necesidad en la alta dirección desde el comité GAGA. Se continua con el aumento de la adherencia del proceso de PGIRASA en los centros de atención.

Presento la necesidad de los elementos faltantes para la gestión de los residuos. En la alta dirección desde el comité GAGA.

Incluyo en las capacitaciones del PGIRASA a los pacientes, familiares y estudiantes que rotan por los centros de atención.

Continua con la implementación del programa ahorro de energía y agua.



Nº	CC	APELLIDOS Y NOMBRE	PERFIL	SERVICIO	CENTRO	OBSERVACIONES	DOCUMENTOS				
							FOTOGRAFIA UNIFORME DE HOJA DE	GUARDIA DE GENDAS APLICADA	LIBRETA MILITAR HOMEBRES	FOTOGRAFIA RUT ACTUALIZA	FOTOGRAFIA DIPLOMA O ACTA DE EST
1	45765951	GIRA ORTEGA DIAZ	DIRECTOR OPERATIVO CODIGO 008 GRADO 15	ASISTENCIAL	SUBSUCURSIA CENTRICA						
2	45528478	AGUIRRE MARGARITA DIAZ AGUIRRE	DIRECTOR OPERATIVO CODIGO 008 GRADO 15	ASISTENCIAL	SUBSUCURSIA CENTRICA						
3	33336666	BLA ZECUA RAYA DIAZ	DIRECTOR OPERATIVO CODIGO 008 GRADO 15	ASISTENCIAL	SUBSUCURSIA CENTRICA						
4	73980288	GOE RAMON PAZ DIAZ	DIRECTOR TECNICO CODIGO 008 GRADO 15	ADMINISTRATIVO	APYO FINANCIERO						
5	45420475	CLAUDIA BELTRA BLANCO VIGIL	DIRECTOR TECNICO CODIGO 008 GRADO 15	ADMINISTRATIVO	SALETO COMUNICACIONES						
6	1088247197	SABRINA VAN LENDE GONZALEZ	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 2E	ADMINISTRATIVO	GERENCIA						
7	114333333	RAFAEL SANCHEZ POND GONZALEZ	JEFE DE OFICINA ASESORA CODIGO 115 GRADO 9	ADMINISTRATIVO	GERENCIA						
8	27733348	LENNY GONZALEZ CERNA	JEFE DE OFICINA ASESORA CODIGO 115 GRADO 9	ADMINISTRATIVO	GESTION DE SISTEMAS						
9	80967174	EDWIN JAVIER LUPEZ CUMAYES	JEFE DE OFICINA CODIGO 008 GRADO 15	ADMINISTRATIVO	GESTION DE SISTEMAS						
10	45953732	OLGA BELANDIERO SALCEDO	JEFE DE OFICINA CODIGO 008 GRADO 15	ADMINISTRATIVO	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIOS AL CIUDADANO						
11	1047356477	ANDRÉSICA MARABANCHER TOLU	JEFE DE OFICINA CODIGO 008 GRADO 15	ADMINISTRATIVO	JURIDICA						
12	22056666	PASILA ALEXANDERSON VARGAS	JEFE OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO CODIGO 008 GRADO 1	ADMINISTRATIVO	CONTROL DISCIPLINARIO						
13	40760206	SONIA PERCEVALGOUTIERRE DE PINERES MORA	JEFE OFICINA CONTROL INTERNO CODIGO 008 GRADO 25	ADMINISTRATIVO	CONTROL INTERNO						
14	22807340	KATHERINE TOLA ANDRADA	SUBSUCURSIA CODIGO 008 GRADO 25	ADMINISTRATIVO	SUBSUCURSIA						

**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN -
INTRODUCCIÓN A NUEVAS VACUNAS
TALLER TEORICO PRACTICO DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE ENFERMEDADES
PREVALENTES DE LA PRIMERA INFANCIA**

MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN

Se han realizado 750 encuestas de satisfacción de las diferentes capacitaciones realizadas en el año lo cual ha arrojado:

Muy satisfecho	210	28%
Satisfecho	533	71%
Poco satisfecho	7	1%

Las respuestas teniendo en cuenta las citaciones por área a sido de la siguiente manera:

ADMINISTRATIVOS	93
AUX ENFE URGEN	55
AUX ENFE CONSULTA EXTER	83
AUX LABORATORIO	30
AUX ODONTOLOGIA	33
BACTERIOLOGO	16
DIRECTOR OPERATIVO	2
ENFERMERA CONSULTA EXTERNA	120
ENFERMERA URGENCIA	25
FACTURADOR	5
INGENIERO	1
JEFE DE OFICINA	1
MEDICO CONS EXTERNA	175
MEDICO DE URGENCIA	5
ODONTOLOGO	72
TECNICO	37
TRABAJADOR SOCIAL	3

4

GESTION ESTRATEGICA

Se realizo seguimiento de auditoria con bajo porcentaje al cumplimiento de los estándares de acreditación y obligaciones contractuales.

Se diseño, elaboro, doto y se está fortaleciendo la utilización de manillas identificación y tablero de identificación en los servicios de urgencias y hospitalización.

atención especial.

Blanco: Sin riesgo General, utilizado para pacientes sin condiciones especiales o alertas.

Gris: Inmunosuprimidos, identifica a pacientes con el sistema inmunológico comprometido.

Morado: Paciente con riesgo de lesión por piel (LPP)

Rosa: Abuso sexual

Naranja: Aislado- Infectocontagioso

Café: No resucitar

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.



CONTROL DE ASISTENCIA						
FECHA: 24/10/2025						
ACTO: # 1						
OBJETO: Capacitación Seguridad del pte, paquetes Instruccionales lavado manos, Eventos Adm						
LUGAR: Nuevo Bosque y Socialización y Verificación Manilla y Tómbos Identificación						
RESPONSABLE DEL ACTO: HORARIO:						
Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA
1	Guerra E	Medico	N. Bosque	301333333		3033658
2	Valeria MASTRUCCHI	Medico	N. Bosque	310831665	Ulenomuntescu@hotmil	10440318
3	Jose Garcia	Enferm	N. Bosque	300884886	edil.bed206@hotmail	108449284
4	Ysabel de la Cruz	apil. Buj	N. Bosque	308333333	Maratugidato@hotmail	1100382859
5	Enzo	Estudiante	Nuevo Bosque	30854661	Ulenomuntescu@hotmil	11433333
6	Emilijulio Riquelme	Estudiante	Nuevo Bosque	310831665	emilijulio200@gmail.com	11433333
7	Daniela Ponce	Estudiante	Nuevo Bosque	320650779	conelatoromero310@gmail.com	1049583386
8	Carla Juliana Ponce	Estudiante	Nuevo Bosque	314682671	leidyw39456@gmail.com	1101970286
9	Mayra Marcela Mendez	Estudiante	N. Bosque	321696661	marmandy303@gmail.com	102242359
10	Vanessa Hernandez	Estudiante	Nuevo Bosque	318133333	kyshinacostepa@outlook.com	11433333
11	Laura Carolina Cordero	Estudiante	N. Bosque	316181414	Cosmopolitan77@gmail.com	11433333
12	Carlos Espinoza	Guarda	N. Bosque	314378843	carlosel1910820@hotmail	9158132
13	Miguel Francisco	OVEM	N. Bosque	310354964	EVANGELINAGARCIA731405	
14	Daniel Esteban Ponce	auxiliar de enfermeria	N. Bosque	321696661		

FICHA TECNICA DE INDICADORES			
Versión: 2			
Fecha: 18/02/2015			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Cumplimiento del uso de manilla de identificación en pacientes atendidos en Urgencias		
MACROPROCESO:	ATENCIÓN INMEDIATA		
PROCESO:	HOSPITALIZACIÓN		
RESPONSABLE DEL PROCESO:	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:		
OBJETIVO DEL INDICADOR:			
Verificar la adherencia al uso obligatorio de la manilla de identificación en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.			
JUSTIFICACIÓN DEL INDICADOR:			
Este indicador se justifica como una herramienta de monitoreo continuo del cumplimiento de esta práctica segura			
TENDENCIA	CATEGORÍA	ATRIBUTO DE LA CALIDAD	
AUMENTO	PROCESO	SEGURIDAD	
VALOR	META ESTABLECIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS
100%	PORCENTAJE	SEMANAL	ROMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE/ OBSERVACIÓN DIRECTA
LÍMITES DE CONTROL			
Cumplimiento de la meta	Clasificación	Observación	
100%	Verde	Mantener	
90-99%	Amarillo	Analizar para mejorar	
80-89%	Rojo	Tomar acción correctiva urgente	
FÓRMULA DE CÁLCULO			
Pacientes en urgencias con manilla de identificación/Total de pacientes evaluados en Hospitalización x 100			

SERVICIO FARMACEUTICO

Se analiza perfil epidemiológico del servicio de hospitalización

Se Defino dosis, frecuencia, duración y consideraciones especiales (edad, comorbilidades, interacciones)

Se Definió, socializo e implementos antibióticos de primera línea, alternativas y restricciones según patología.

Se elaboro, socializo y se está implementando procedimiento y formato de registro para recibir explicación verbal y escrita sobre los medicamentos a utilizar.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016

	PROCEDIMIENTO DE ASESORIA EN LA PRESCRIPCION O ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE	Código: PO-SF-PEDM-13 Versión: 1 Fecha: 24/09/2025
--	--	--

	SOLICITUD ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO	Código: FTO-SF-RUA-70 Versión: 1 Fecha: 24/11/2024
--	--	--

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

PROCEDIMIENTO DE ASESORIA EN LA PRESCRIPCION O ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE

CONTROL DE CAMBIOS

SOLICITUD DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO

Nombre Paciente: _____

Edad: _____

Peso: _____

Fecha solicitud: _____

Centro de salud: _____

Solicitud corresponde a:

Terapia empírica:

Terapia dirigida:

TRATAMIENTO EMPIRICO

Sospecha diagnóstica: _____

Fecha de toma de cultivo: _____

FORMATO REGISTRO ASESORIA FARMACOLOGICA DE ENTREGA DE FORMULAS A PACIENTES DE ALTA EN HOSPITALIZACION										Código: FTO-SF-PEDM-71
#VALORI										Versión: 1
										Fecha: 24/05/2025
Nombre completo del paciente	Tipo de documento	Número de documento	Etnia	Sexo (M/F)	Fecha de asesoría	¿Recibió asesoría farmacológica al ingreso?	¿Recibió asesoría educativa?	Nombre del funcionario que brindó la asesoría	Firma del paciente/a huella	
Ama Hoyos Diaz	CC	45464150	Guarauna	F	23-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Luisa Anton Ramo	CC	22808880	Guarauna	F	20-1-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Nirvana Herrera	CC	204933920	Guarauna	F	20-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Bonita Guerra Amadi	CC	204330714	Guarauna	F	20-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Diana Castañeda	CC	42426652	Guarauna	F	20-10-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Rosa Escondon Ruiz	CC	104240310	Guarauna	F	20-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Isamar Castañeda	CC	204401621	Guarauna	F	20-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Margen Diaz Torn	CC	204252386	Guarauna	M	20-10-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Jesus Hernan Vasquez	CC	204124429	Guarauna	M	21-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Bonita Guerra Amadi	CC	204240310	Guarauna	F	21-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
William Jairo Vega	CC	20424412	Guarauna	F	21-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C
Edgar Pedraza	CC	204250563	Guarauna	M	21-11-2011	SI	NO	Hernando Castañeda	[Firma]	C

APOYO DIAGNOSTICO Y TEREAPUTICO

Se reviso, actualizo e implemento fichas técnicas del servicio de radiografía
Se creo formatos para recolectar indicadores del servicio de radiografía.

APOYO LOGISTICO (BIOMEDICO)

Elaboro y socializo en comité de seguridad del paciente; política de renovación, reposición, y compra de equipos biomédicos

Actualizo plan de contingencia para equipos biomédicos y procedimiento de mantenimiento preventivo, predictivo, correctivo, recuperación y aseguramiento metrológico.

Se realizo socializo y evaluó la adherencia al manejo de equipos biomédicos.

APOYO LOGISTICO (PROGRAMA VECTORES)

Socializacion al cliente interno sobre el manejo y control de vectores

Cumplimiento de actividades del Programa de Control de Vectores

HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS		CONTROL DE ASISTENCIA				CODIGO: FTO-GTH-CDA-10 VERSION: 3.1 FECHA: 09/05/2019	
FECHA: 21-9-2025							
ACTO: Capacitación a cliente interno y externo sobre el manejo y control de vectores, eliminación de potenciales criaderos de mosquito							
OBJETO: Control, mitigación y eliminación de plagas, como mecanismo de prevención							
LUGAR: Candiana							
RESPONSABLE DEL ACTO: Pablo Renteria							
HORARIO: 8 pm							
Nº	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CENTRO DE ATENCION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	CEDULA	FIRMA
1	Sebastian Beltrán	Enf. Jefe	Candiana	32057214	Soriano, P. Renteria	32057214	[Firma]
2	Valeria Gonzalez	Enf. Jefe	Candiana	32060705	Nikolauskajewich	45356	[Firma]
3	Natalia Hernandez	Asis. Soc	Candiana	32022200	Nikolauskajewich	22022200	[Firma]
4	Julio Cesar R	Sup. Soc	Candiana	317657519	Julio Cesar R	1031880784	[Firma]
5	Vanessa Pardo	Fact	Candiana	304348600	Vanessa Pardo	1049284442	[Firma]
6	Diego Carlos Renteria	Asis. Soc	Candiana	304303413	Diego Carlos Renteria	405472934	[Firma]
7	Rafael Pardo	Medico	Candiana	311408857	Rafael Pardo	1049281630	[Firma]
8	Miguel Carlos Renteria	Medico	Candiana	3023766601	Miguel Carlos Renteria	9172445	[Firma]
9							
10							
11							
12							
13							
14							

Se realizo reporte a la superintendencia nacional de salud circular 012 de 2016, fecha de reporte 3 de febrero de 2026, a continuacion se muestra la estructura de reporte y pantallazo del mismo.

Código Municipio	Fecha Inicio	Fecha Fin	Acciones programadas	Acciones ejecutadas	Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas Ejecutadas	Documento Soporte	Procesos Estandarizados	Nombre del líder de calidad	Dirección Electrónica líder de Calidad	Teléfono líder de Calidad	Nombre responsable	Cargo Responsable	Dirección Electrónica responsable	Teléfono del Responsable
1300	15/07/2025	21/12/2025	116	79	47	47	94	APOYO LOGISTICO, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA, TALENTO HUMANO, GESTIÓN ESTRATÉGICA, CONSULTA INTERNA, ATENCIÓN INMEDIATA-INTERVENCIÓN	YOLIANA VARGAS JIMENEZ	card.caldad@hccartagena.gov.co	3126289793	ANGELICA JIMENEZ CORTECERO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	angelica2128@gmail.com	3126286654



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Código: FTO-GCAL-AIC-31

Versión: 3

Fecha: 24/02/2016



RVCC

Datos Generales

Validar Archivo

Cargar Archivo

Programación



806010305



Ese Hospital Local Cartagena De Indias - 806010305

Validar Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor diríjase a la opción cargar.

Historial

Vigencia

Periodo

2025

80

Resultado Validación

Archivo: 8060103058802025ST002.txt

Estado de Envío: Validado

Fecha: 03/02/2026 3:29:46 p. m.

ANGELICA JIMENEZ CORTECERO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

CODIGO219 GRADO 12