¿REUNION DE:	COMITÉ DE CALIDAD
MOTIVO REUNION:	SEGUIMIENTO PAMEC E INDICADORES DE SEG RIESGOS
FECHA	19 DE DICIEMBRE DEL 2022
HORA	10:00 A.M

INTEGRANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ASISTIO	
			SI	NO
1	HECTOR JAVIER CALDERON	GERENTE	X	
2	MARIA YEIMY LOZANO RICO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	X	
3	NOHORA C. JIMENEZ	REGENTE DE FARMACIA	X	
4	KARINA SANCHEZ SANCHEZ	ASESORA DE CALIDAD	X	
5	YULI ANDREA AFANADOR ARENAS	JEFE ENFERMERIA	X	
6	DIEGO A. SAENZ	COOR. MEDICO	X	
7	EDNA PAOLA SANCHEZ	AUX. HIGIENE ORAL	X	
8	ANA KARINA CASTAÑEDA	BACTERIOLOGA	X	

INVITADOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1		
2		
3		

TEMAS TRATADOS

1. Llamado a lista y Verificación de asistencia
2. Cierre de programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC
3. Seguimiento a riesgos indicadores de oportunidad, efectividad y seguridad del paciente

DESARROLLO DE LA REUNION:

1. Llamado a lista y Verificación de asistencia

Siendo las 10:00 A.M del día 19 de diciembre del 2022, se encuentran presentes los integrantes del Comité de Calidad en la Gerencia del Hospital San Sebastián Piedras, se procedió a verificar asistencia y se encuentran presentes por lo tanto hay quorum.

2. Cierre de programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC

Expresa la asesora de calidad Karina Sánchez, que en este mes de diciembre se realizara cierre de PAMEC con el fin de poder rendir el informe a la secretaria de salud del Tolima, por lo anterior

analizaremos en este informe de como quedaron los estándares con la última revisión efectuada según el cierre que se realizó en el programa.

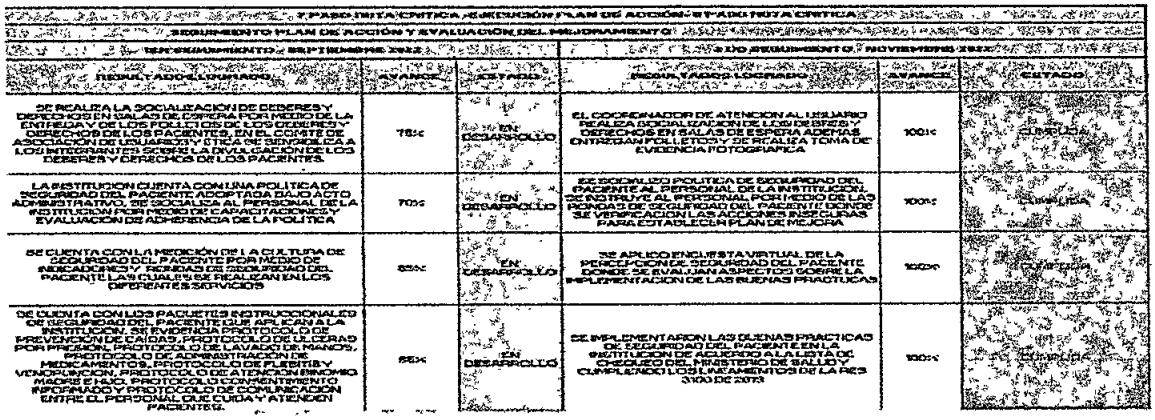
Producto de la priorización por estándares se proyectó un total de 25 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2022.

VIGILADO Supersalud

ESTANDARES	TOTAL	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS
ESTANDARES ASISTENCIAL	75	13	13
ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO	13	2	2
ESTANDARES GERENCIA	16	2	2
ESTANDARES TALENTO HUMANO	17	3	2
ESTANDARES AMBIENTE FISICO	11	2	2
ESTANDARES TECNOLOGIA	10	1	1
ESTANDARES INFORMACION	13	1	1
ESTANDARES CALIDAD	5	1	1
TOTAL	**160**	**25**	**25**

AVANCE Y SEGUIMIENTO PAMEC 2022

Estándares asistenciales



Elaboro:	Reviso:	Aprobó: Héctor Javier Calderón Torres
Karina Sánchez- Asesora Calidad	Comité de Calidad	Gerente

VIGILADO Supersalud

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON MODELO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES; SE ENCUENTRA PENDIENTE DEFINIR EL CICLO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INSTITUCIONALES.	45%	EN DESARROLLO	EL MODELO DE ATENCION ESTA AJUSTADO DE ACUERDO A LA DIRECTRIZ DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA, SE EVIDENCIA SOCIALIZACION AL PERSONAL	100%	CUMPLIDA
SE GARANTIZA LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS CON EL PROFESIONAL DE SU PREFERENCIA, ESTA ACCIÓN SE VERIFICA POR MEDIO DEL SISTEMA SIHOS DONDE SE VERIFICA AGENDAS Y DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL	55%	EN DESARROLLO	CUANDO EL USUARIO REALIZA LLAMADA AL HOSPITAL PARA LA ASIGNACION DE CITA SE LE BRINDA LA POSIBILIDAD DE ELEGIR SU PROFESIONAL DE PREFERENCIA O SE LE DA OPCION DE AGENDA PARA OTRO DIA DONDE ATIENDA EL PROFESIONAL	100%	CUMPLIDA
SE CUENTA CON INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS POR CADA SERVICIO, SE TIENEN ESTABLECIDAS FICHAS TÉCNICAS PARA LOS INDICADORES Y SE REALIZA REGISTRO DE INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO	60%	EN DESARROLLO	SE CUENTA CON LAS FICHAS TECNICAS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS LOS CUALES SE MIDEN DE FORMA MENSUAL Y AQUELLOS QUE PRESENTAN DESVIACION SE LES REALIZA PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	CUMPLIDA

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE TIENEN ESTABLECIDOS PROCESOS DE INFORMACION AL PACIENTE, SE CUENTA CON EL MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO	45%	EN DESARROLLO	EL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO ESTA ESTRUCTURADO PARA BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS DE FORMA PERSONALIZADA DE ESTA FORMA SE GARANTIZA INFORMACION A LOS USUARIOS, ADEMAS POR MEDIO DE LA RED SOCIAL DEL HOSPITAL SE BRINDA INFORMACION A LA POBLACION	100%	CUMPLIDA
SE AJUSTO EL MODELO DE ATENCION DE ACUERDO A LA ESTABLECIDO CON LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	55%	EN DESARROLLO	LA INSTITUCION CUENTA CON MODELO DE ATENCION Y PROTOCOLO DE INGRESO Y EGRESO DEL SERVICIO	100%	CUMPLIDA

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON EL PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, FORMATOS ESTABLECIDOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERIA Y MEDICINA.	55%	EN DESARROLLO	LA INSTITUCION CUMPLE CON EL PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUENTA CON LOS FORMATOS PARA CADA PROCEDIMIENTO, SE EVIDENCIA APLICABILIDAD EN LA INSTITUCION	100%	CUMPLIDA
SE CUENTA CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD, EXPEDIDA BAJO ACTO ADMINISTRATIVO; SE PROMUEVE LA ATENCION HUMANIZADA EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL	55%	EN DESARROLLO	EL PERSONAL SE SENSIBILIZA SOBRE LA POLITICA DE HUMANIZACION EN SALUD POR MEDIO DE CAPACITACIONES, TALLERES; ADEMAS SE REALIZAN OTRAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA ATENCION ENFATIZADA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%	CUMPLIDA

VIGILADO Supersalud

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON LA OPERATIVIDAD DEL COMITÉ DE INFECCIONES INTRHOSPITALARIAS DONDE SE REVISA PERMANENTEMENTE EL PROCESO DE ESTERILIZACION	45%	EN DESARROLLO	SE CUENTA CON APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS POR EL COMITÉ DE INFECCIONES DONDE REVISA PERMANENTEMENTE PROCESOS ACORDE COMO ESTERILIZACION, SALA DE PARTOS, PROCESOS DE LIMPEZA Y DESINFECCION, URGENCIAS ENTRE OTROS	100%	CUMPLIDA

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE EVIDENCIAN AVANCES IMPORTANTES EN LA SOCIALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	55%	EN DESARROLLO	SE EVIDENCIA EDUCACION A LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LA INSTITUCION POR MEDIO DE CHARLAS EN LA ESE, A TRAVES DEL PLAN DE INTERVECCIONES COLECTIVAS SE REALIZA EDUCACION A LA POBLACION DEL MUNICPIO	100%	CUMPLIDA

Estándares Direccionamiento

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
LA POLITICA DE HUMANIZACION SE ENCUENTRA IMPLEMENTADA BAJO ACTO ADMINISTRATIVO EN LA INSRITUCION	50%	EN DESARROLLO	SE CUENTA CON POLITICA DE HUMANIZACION, SE SENSIBILIZA AL PERSONAL SOBRE LA IMPLEMENTACION DE ESTA POLITICA POR MEDIO DE ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA EMPATIAY EL TRATO DIGNO	100%	CUMPLIDA
LA INSTITUCION CUENTA CON LA POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS IMPLEMENTADA BAJO ACTO ADMINISTRATIVO	45%	EN DESARROLLO	LA INSTITUCION CUENTA CON POLTICA DE PRESTACION DE SERVICIOS DOCUMENTADA Y SOCIALIZADA, ADEMAS PUBLICADA EN CARTELERA Y REDES SOCIALES DEL HOSPITAL	100%	CUMPLIDA

Estándares Gerencia

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON UN CRONOGRAMA ESTABLECIDO SOBRE LOS PROGRAMAS DE P Y M ADEMAS LAS RUTAS SE ENCUENTRAN ESTRUCTURADAS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	60%	EN DESARROLLO	SE PROMUEVE LA EDUCACION A LOS USUARIOS MEDIANTE CAPACITACIONES, CHARLAS EN SALAS DE ESPERA, EDUCACION POR MEDIO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENTRE OTROS	100%	CUMPLIDA

Estándares Talento Humano

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON PROTOCOLO DE PLANEACION DE PERSONAL, PERO SE DEBE DEFINIR UNA ESTRUCTURA DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE PERSONAL NECESARIA PARA SU OPERATIVIDAD	45%	EN DESARROLLO	EN EL CRONOGRAMA DE CAPACITACION ANUAL SE CUENTA CON FECHA ESTABLECIDA PARA PROCESOS DE INDUCCION Y REINDUCCION CUANDO INGRESA UNA PERSONA NUEVA A LA INSTITUCION SE LE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO Y SE LE BRINDA LA EDUCACION PERTINENTE AL PERSONAL SOBRE EL PROCESO QUE REQUIERE	100%	CUMPLIDA
EL PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION SE ENCUENTRA ESTRUCTURADO EN UN DOCUMENTO, ADEMAS EN EL PLAN DE CAPACITACION SE ENCUENTRA FECHA PLIADA DE PROCESO DE REINDUCCION	40%	EN DESARROLLO	EN EL CRONOGRAMA DE CAPACITACION ANUAL SE CUENTA CON FECHA ESTABLECIDA PARA PROCESOS DE INDUCCION Y REINDUCCION CUANDO INGRESA UNA PERSONA NUEVA A LA INSTITUCION SE LE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO Y SE LE BRINDA LA EDUCACION PERTINENTE AL PERSONAL SOBRE EL PROCESO QUE REQUIERE	100%	CUMPLIDA

VIGILADO Supersalud

Estandar Ambiente Físico

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON POLITICA AMBIENTAL ESTIPULADA EN ACTO ADMINISTRATIVO EMITIDO DE GERENCIA PENDIENTE LA SOCIALIZACION AL PERSONAL	60%	EN DESARROLLO	SE TIENE ESTABLECIDO LA POLITICA AMBIENTAL LA CUAL SE SOCIALIZO AL PERSONAL Y ES COMPLEMENTO DE LA GESTION AMBIENTAL DEL PLAN DE RESIDUOS	100%	CUMPLIDA
SE CUENTA CON DOCUMENTO DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DONDE SE ESTIPULA EL MANEJO Y DISPOSICION FINAL DE LOS RESIDUOS	55%	EN DESARROLLO	SE CUENTA CON DOCUMENTO ACTUALIZADO DENTRO DE LOS CAMBIOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD COMO EL NUEVO CAMBIO DE COLORES DE CANECAS SEGÚN RES 2184, ADEMAS SE EVIDENCIAN AUDITORIAS INTERNAS AL MANEJO DE RESIDUOS, CARGUE DE INFORMACION PLATAFORMA CORTOLIMA, AUDITORIA EXTERNA, GESTION DEL COMITE AMBIENTAL	100%	CUMPLIDA

Estándares Tecnología

7 PASO RUTA CRITICA -EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN- 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
LA INSTITUCION CUENTA CON UN CRONOGRAMA DE CAPACITACION ESTABLECIDO DONDE SE ESTIPULAN LOS CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO DE CADA SERVICIO , SE EVIDENCIA AVANCE DE OPERATIVIDAD DEL CRONOGRAMA	45%	EN DESARROLLO	SE CUENTA CON EVIDENCIAS DEL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS SUJETOS AL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO IMPLEMENTADO POR EL INGENIERON BIOMEDICO	100%	CUMPLIDA

Estándares Información

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
SE CUENTA CON PROCESO DE BACKUP ESTABLECIDO POR PARTE DEL SISTEMA EN EL DIA Y A SU VEZ LA INFORMACION SE GENERA EN EL SERVIDOR DE LA INSTITUCION	50%	EN DESARROLLO	SE REALIZA BACKUP AL PROGRAMA DE FORMA INTERNA LA EMPRESA SINERGIA DE FORMA PERIODICA CON EL FIN DE EVITAR PERDIDA DE INFORMACION. ADEMAS LA INSTITUCION REALIZA OTRO BACKUP QUE SE GUARDA EN EL SERVIDOR DE LA INSTITUCION	100%	CUMPLIDA

Estándares calidad

7 PASO RUTA CRITICA - EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN - 8 PASO RUTA CRITICA					
SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
1ER SEGUIMIENTO - SEPTIEMBRE 2022			2 DO SEGUIMIENTO - NOVIEMBRE 2022		
RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO	RESULTADOS LOGRADO	AVANCE	ESTADO
POR MEDIO DE LAS REDES SOCIALES DE LA ESE Y LOS COMITES INSTITUCIONALES SE EVIDENCIA COMUNICACIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO AL PERSONAL QUE HACE PARTE DE LA INSTITUCION	45%	EN DESARROLLO	SE REALIZAN REUNIONES DE COMITES DE FORMA MENSUAL DONDE SE SOCIALIZAN LOS DIFERENTES HALLAZGOS DE AUDITORIAS ADEMAS SE ESTABLECEN ACCIONES DE MEJORAMIENTO Y SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO	100%	CUMPLIDA

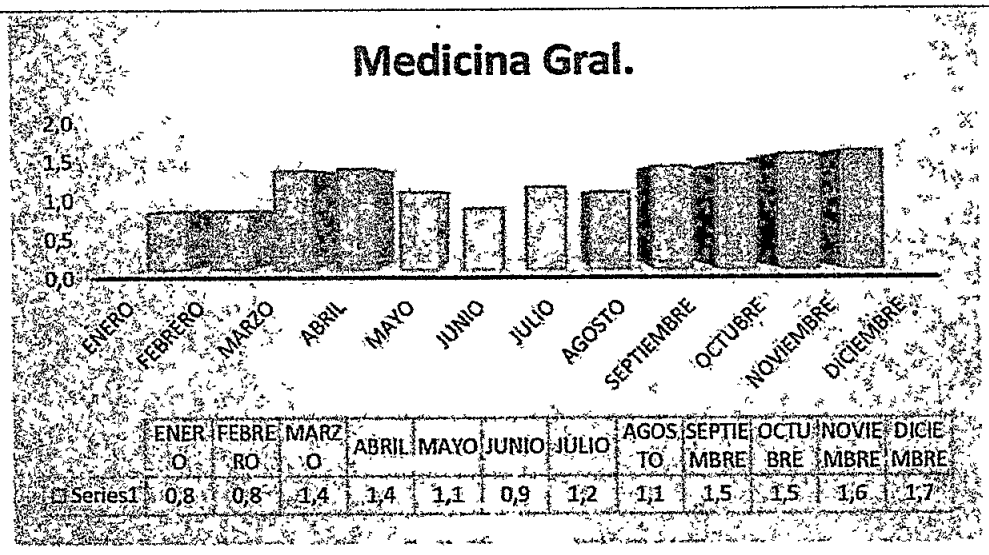
Interviene la asesora de calidad manifestando que para la vigencia 2022 de las 25 acciones priorizadas se lograron completar en un 100%, es de resaltar que la institución ha avanzado significativamente en los diferentes estándares por ello se requiere que los estándares que se priorizaron se sigan trabajando con el fin de no dejar caer los procesos establecidos.

Expresa la Jefe Yuli Afanador, que se espera que para el proximo año se mantengan estos procesos ya que est es un proceso dinamico que se debe alimentar todos los dias y no dejar caer los procesoss que se encuentran ya establecidos en la institucion; ademas debemos trabajar otros estandares para lograr un avanc mucho mas significativo en la implementacion de los estandares de acreditacion.

Interviene la bacterióloga Dra Karina Castañeda, afirmando que ha trabajado en los procesos de laboratorio clínico ya que este año se recibió visita de la secretaria de salud del Tolima y nos fue aceptablemente con aquellos soportes que se lograron revisar por parte del ente departamental, igual como lo afirma la compañera los procesos se deben seguir retroalimentando.

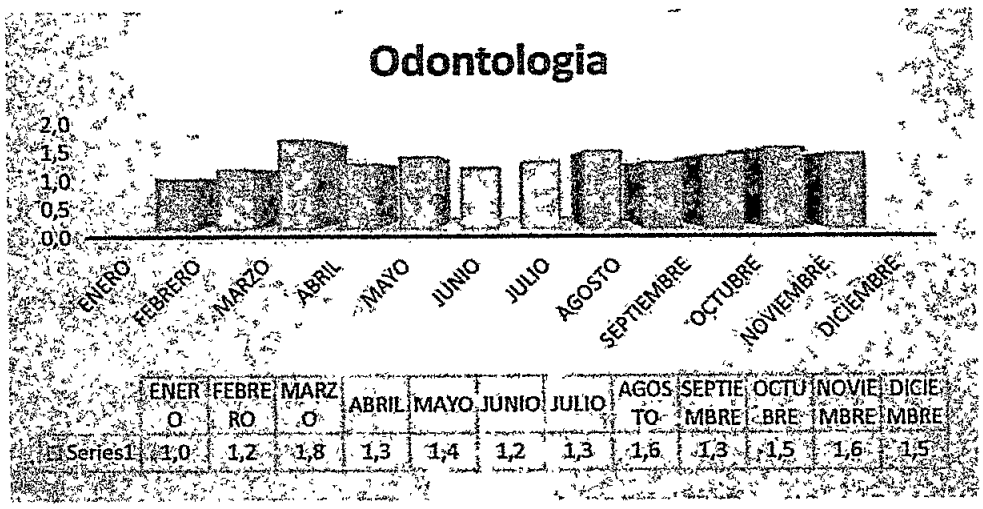
3. Seguimiento a riesgos indicadores de oportunidad, efectividad y seguridad del paciente

VIGILADO Supersalud



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	0,8	0,8	1,4	1,4	1,1	0,9	1,2	1,1	1,5	1,5	1,6	1,7

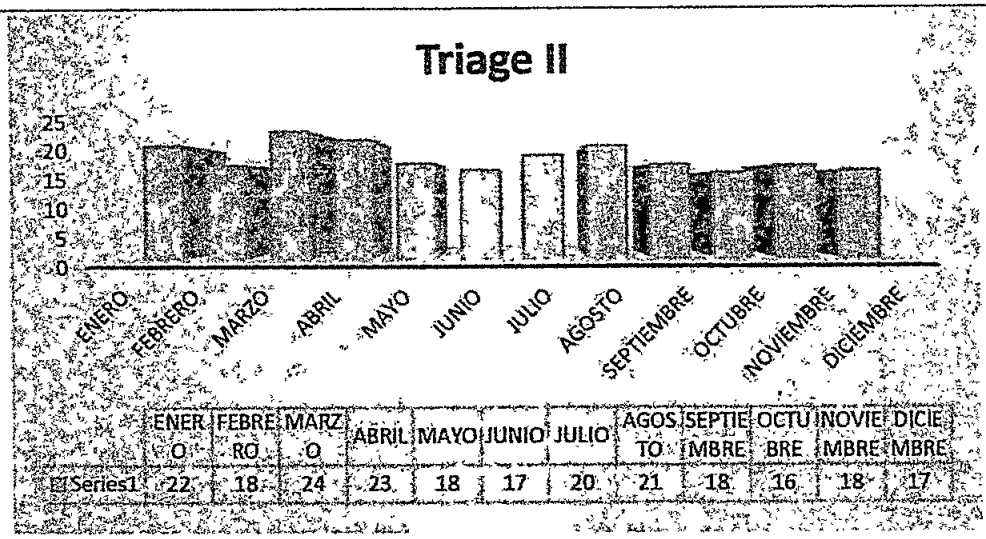
Analizando la oportunidad de la atención en el servicio de medicina general, se obtiene que en el mes de Diciembre la oportunidad se evidencia en 1,7 días y se realizaron 452 consultas durante este mes, es de resaltar que la oportunidad se encuentra en promedio en lo que va desde el mes de agosto, además es óptima ya que se encuentra dentro del estándar establecido según la resolución 256 de 2016.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	1,0	1,2	1,8	1,3	1,4	1,2	1,3	1,6	1,3	1,5	1,6	1,5

Analizando la oportunidad de la atención en el servicio odontología general, se evidencia que durante el mes de diciembre se presentó la oportunidad de 1,5 días, se efectuaron 95 consultas. El indicador arroja un resultado óptimo y en promedio se mantiene; la oportunidad según la resolución 256 de 2016 son 3 días por lo tanto se mantiene el indicador en el estándar establecido.

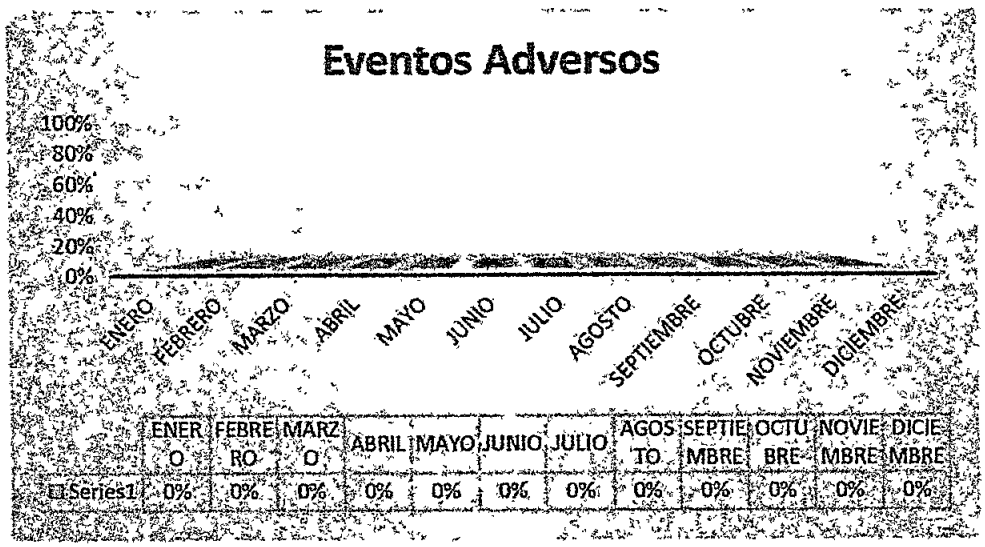
VIGILADO Supersalud



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	22	18	24	23	18	17	20	21	18	16	18	17

Analizando la oportunidad de la atención en el servicio de triage II, se obtiene que, durante el mes de diciembre la oportunidad fue de 17 minutos se clasificaron 120 pacientes como triage 2, se observa que este indicador se encuentra dentro del estándar establecido que son 30 minutos.

Indicadores de seguridad:

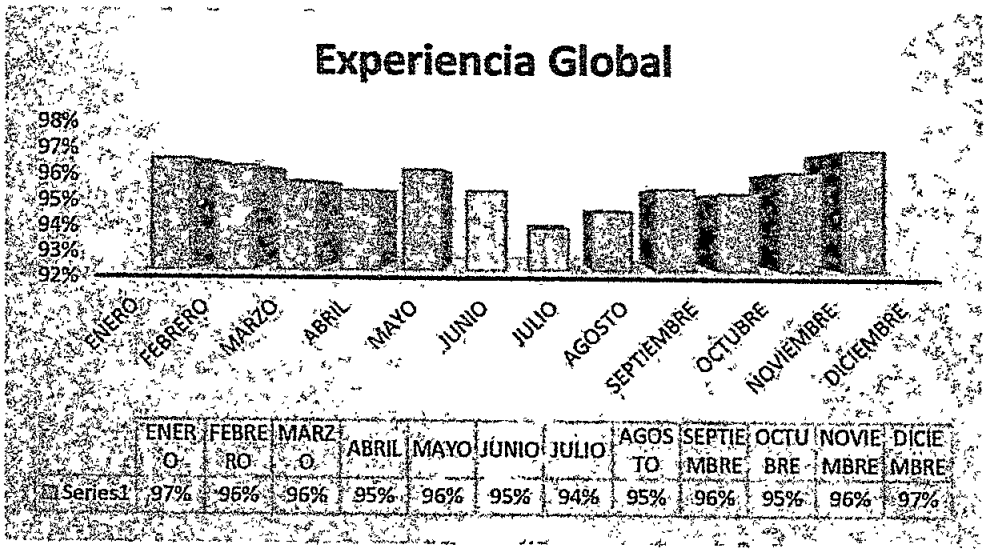


	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Observamos que el indicador de eventos adversos para el mes de diciembre el indicador se presenta en 0%; ya que no se han presentado eventos adversos. Es importante crear una cultura de reporte del evento adverso entre el personal del Hospital por medio de charlas, capacitaciones, talleres para

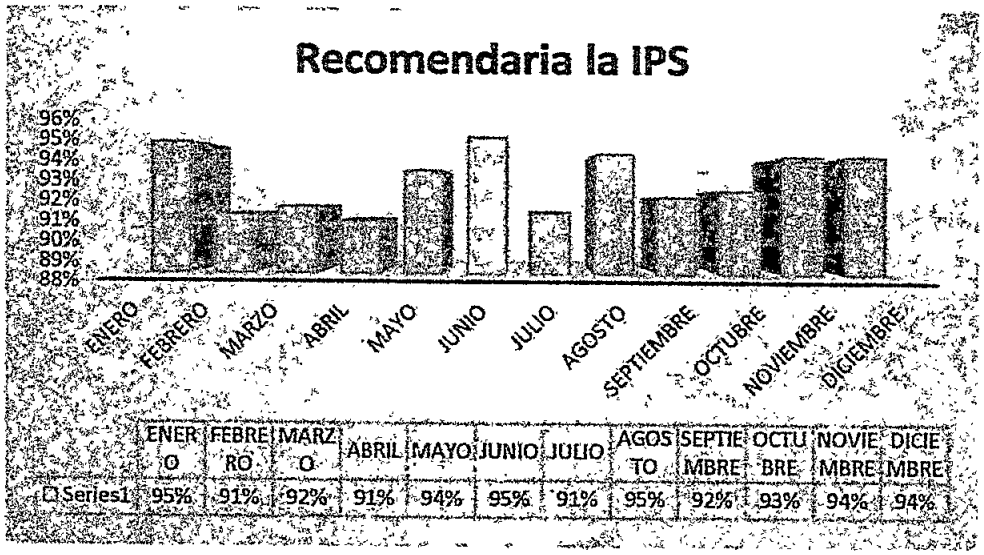
de esta forma cultivar en el personal el reporte de incidentes y eventos adversos entre el personal del hospital.

VIGILADO Supersalud



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	97%	96%	96%	95%	96%	95%	94%	95%	96%	95%	96%	97%

Analizando la oportunidad de cuidado en relación a la experiencia global, obtenemos que durante el mes de diciembre la satisfaccion nos arroja un porcentaje de satisfaccion del 97%, se aplicaron 108 encuestas en total en la institucion.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Series1	95%	91%	92%	91%	94%	95%	91%	95%	92%	93%	94%	94%

Observamos que el indicador de recomendaria la IPS, se evidencia que en el mes de diciembre arroja un resultado de 94%, se aplicaron 108 encuestas en total en la institucion.

Se da por terminada la reunión a las 11:30 a.m.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

VIGILADO Supersalud

FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
Paola Sanchez	Higienista Oral.
Nohora Jimenez	Regente farm.
Ana K. Cardenas	Bacteriologa
Dio A Sam	Medico
Yuli Atencidez	Enfermera.
Hector Calderon	Gerente.
María Jaime Jozano F	P. Universitario.
Karina Sanchez S.	Calidad.