ACTA No._____.

NOMBRE DEL COMITÉ o REUNIÓN

Comité de Lideres y Profesionales área Asistencial

Fecha de la reunión:	Hora de Inicio:	Hora de Terminación:
12 de abril de 2023	7:30	8:30

OBJETIVO

Capacitar y dar a conocer los lineamientos, compromisos y tareas sobre Sistema Único de Acreditación para el año 2024.

TEMAS

Capacitación SUA 2024
Compromisos SUA 2024

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

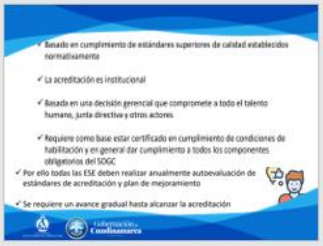
Siendo las 7:30 a.m. se da inicio a la reunión en sala de juntas con lideres y profesionales del área y procesos asistenciales para abordar el tema Sistema Único de acreditación, iniciando con la siguiente capacitación:



1



2



3



4











La anterior capacitación estará cargada en el aula virtual de la institución para el mes de abril ejecución de todo el personal.

En la reunión se realizó a la socialización de los resultados desde el año 2018-2023, haciendo reflexión sobre los logros obtenidos y las metas que quedan para dar continuidad este año.

RESULTADOS CUANTITATIVO

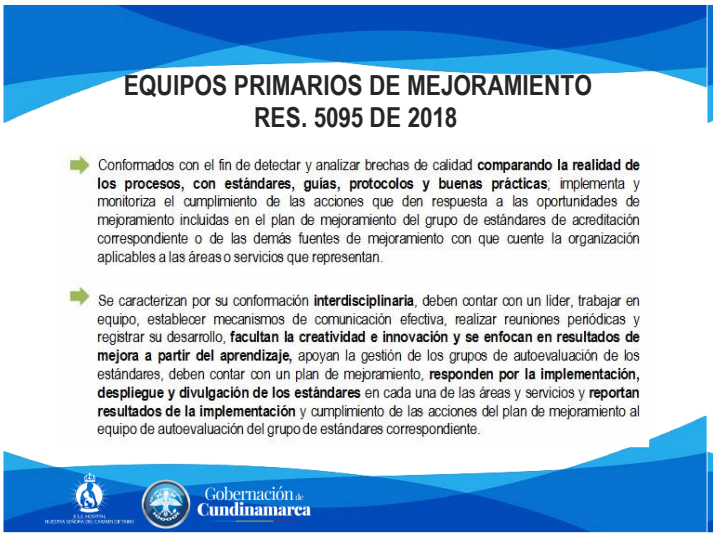
Estándar	Autoevaluación 2019	Autoevaluación 2020	Autoevaluación 2021	Autoevaluación 2022	Autoevaluación 2023
	2019	Dic - 2020	Dic 2021	Dic 2022	Nov 2023
Direccionamiento	2.4	1.21	1.51	1.51	1.81
Gerencia	2.4	1.22	1.60	1.60	1.92
Gerencia del Talento Humano	2.3	2.03	2.36	2.89	2.91
Gerencia de Ambiente Físico	2.1	2.17	2.62	3	3,1
Gestión de la Tecnología	1.7	1.60	2.38	2.75	2.91
Gerencia de la Información	2.1	2.15	2.40	2.75	2.91
Mejoramiento de la Calidad	1.8	2.30	2.56	2.86	3,1
Proceso de Atención Cliente Asistencial	2.4	1.85	2.35	2.78	2.85
Promedio Total Obtenido Por Año	**2.3**	**1.82**	2.22	2.52	2,7

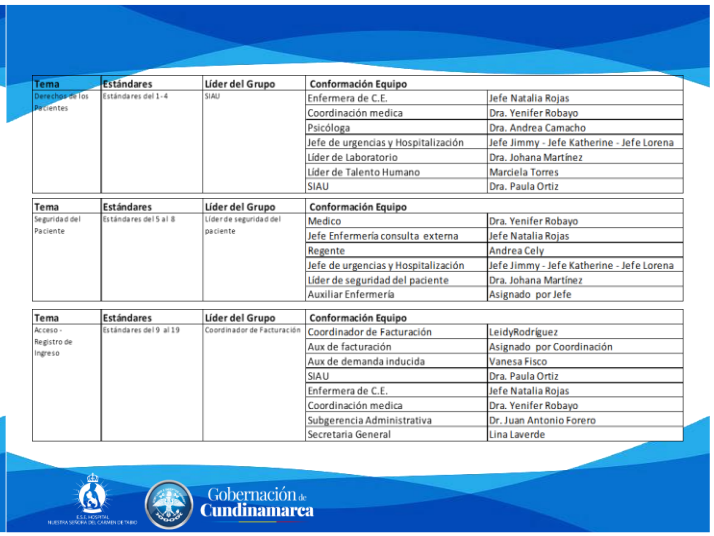
Por último se realizó socialización de la actividades a ejecutar para el año 2024:





Se socializa los equipos de trabajo por grupo de estándares así:





Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Derechos de los Pacientes	Estándares del 1-4	SIAU	Enfermera de C.E.	Jefe Natalia Rojas
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
			Psicóloga	Dra. Andrea Camacho
			Jefe de urgencias y Hospitalización	Jefe Jimmy - Jefe Katherine - Jefe Lorena
			Líder de Laboratorio	Dra. Johana Martínez
			Líder de Talento Humano	Marciela Torres
			SIAU	Dra. Paula Ortiz

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Seguridad del Paciente	Estándares del 5 al 8	Líder de seguridad del paciente	Medico	Dra. Yenifer Robayo
			Jefe Enfermería consulta externa	Jefe Natalia Rojas
			Regente	Andrea Cely
			Jefe de urgencias y Hospitalización	Jefe Jimmy - Jefe Katherine - Jefe Lorena
			Líder de seguridad del paciente	Dra. Johana Martínez
			Auxiliar Enfermería	Asignado por Jefe

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Acceso - Registro de Ingreso	Estándares del 9 al 19	Coordinador de Facturación	Coordinador de Facturación	LeidyRodríguez
			Aux de facturación	Asignado por Coordinación
			Aux de demanda inducida	Vanesa Fisco
			SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Enfermera de C.E.	Jefe Natalia Rojas
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
			Subgerencia Administrativa	Dr. Juan Antonio Forero
			Secretaria General	Lina Laverde

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Evolución de necesidades de ingreso	Estándares del 20 al 22	Jefe de Consulta Externa	Jefe Consulta E	Jefe Natalia Rojas
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
			Líder de seguridad del paciente	Dra. Johana Martínez
			SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Coordinación de Facturación	Leidy Rodríguez
Tema	**Estándares**	**Líder del Grupo**	**Conformación Equipo**	
Planeación de la atención	Estándar del 23 al 40	Líder de Habilitación y PAMEC y Subgerente Científica	Jefe Consulta E	Jefe Natalia Rojas
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
			SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Coordinación de Facturación	Leidy Rodríguez
			Líder de laboratorio	Dra. Johana Martínez
			Subgerente Científica	Dra. Shirley Cortes
			Aux de demanda inducida	Vanesa Fisco
			Líder de odontología	Dra. Tania
			Aux estadística	
			Líder de Rayos x	Nilsa Lancheros
			Profesional de estadística	Viviana Espinosa
			Aux de enfermería	Asignado por Jefe
			Líder de Farmacia	Andrea Cely
			Jefe de urgencias y Hospitalización	Jefe Jimmy - Jefe Katherine - Jefe Lorena
			Líder de Calidad	Pilar Gómez
			Líder de seguridad del paciente	Dra. Johana Martínez

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Planeación de la Ejecución de Tratamiento	Estándar del 23 al 40 del 41 al 46	Líder de Habilitación y Jefe de Consulta Externa	Líder de seguridad del paciente	Dra. Johana Martínez
			Jefe de consulta externa	Jefe Natalia Rojas
			Líder de seguridad del paciente	Dra. Johana Martínez
			Nutricionista	Dra. Marcela Benavides
			Coordinación de facturación	Maricela Rodríguez
			Jefe de urgencias y Hospitalización	Jefe Jimmy - Jefe Katherine - Jefe Lorena
			SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Aux de demanda inducida	Vanesa Fisco
			Terapeuta respiratoria	Constanza Navarrete
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
Tema	**Estándares**	**Líder del Grupo**	**Conformación Equipo**	
Evaluación de la atención	del 47 al 50	SIAU	SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Líder de odontología	Dra. Tania
			Líder de Estadística	Viviana Espinosa
			Coordinación medica	Dra. Yenifer Robayo
Tema	**Estándares**	**Líder del Grupo**	**Conformación Equipo**	
Salida y seguimiento	del 51 al 52	Líder de Referencia y Contra referencia	Jefe de consulta externa	Jefe Natalia Rojas
			Coordinación de Facturación	Leidy Rodríguez
			Líder de Referencia y Contra referencia	Sebastian Triana
Referencia y contra referencia	del 53 al 58	Líder de Referencia y Contra referencia	Tripulante	Asignado por Líder de referencia
			Líder de laboratorio	Dra. Johana Martínez
			Líder de RX	Nilsa Lancheros
			Fisioterapia	Alejandra Vanegas
			Coordinación de Facturación	Leidy Rodríguez
			Jefe de urgencias y Hospitalización	Jefe Jimmy - Jefe Katherine - Jefe Lorena
			Terapia respiratoria	Constanza Navarrete
			Líder de Referencia y Contra referencia	Sebastian Triana

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Estándares de Direccionamiento	Del 76- al 88	Líder de planeación	Líder de Planeación	Pilar Gómez
			Subgerente científica	Dra. Shirley Cortes
			Líder SIAU	Dra. Paula Ortiz
			Gerente	Dra. Isabel Garzón
			Líder de Presupuesto	Sra. Ana Duarte
			Secretaria General	Lina Laverde
			Asesor de control Interno	Dra. Martha Vanegas
Estándares de gerencia	del 89 al 103	Gerencia	Gerente	Dra. Isabel Roció Garzon
			Asesor de Control Interno	Dra. Martha Vanegas
			Profesional Análisis de datos	Viviana Espinosa
			Subgerente científica	Dra. shirley Andrea Cortes
			líder de planeación	Pilar Gómez
Estándares de Talento Humano	del 104 al 120	Líder de Talento Huma	Líder de Talento Humano	Maricela Torres
			Subgerente administrativa	Dr Juan Antonio
			Líder de contabilidad	Sonia Márquez
			Asistente administrativo	Angélica García
			Líder de Tesorería	Nubia Peñuela

Tema	Estándares	Líder del Grupo	Conformación Equipo	
Estándares de Ambiente físico	del 121 al 131	Subgerente administra	Subgerente administrativa	Dr Juan Antonio
			Ing. Ambiental	Ing. Alejandra
			Líder de SST	Dra. Vanesa Correa
			Líder de Almacén	Liliana Usaquén
Estándares de Tecnología	del 132 al 141	Ing. Biomédico	Ingeniero Biomédico	Ing.Liz
			Regente Farmacia	Andrea Cely
			Equipo TICS	Fabián Pulido
			Líder de contratación	Jessica Urrego
				Ing. Liliana Chiquiza
				Claudia Alvarado
Estándares de Información	del 142 al 155	TICS	Equipo de TICS	Fabián Pulido
			Líder documental	Jessica Urrego
			Profesional de estadística	Ing. Liliana Chiquiza
			Estadística	Viviana Espinosa
				Felipe Morales







Criterios de Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.



COMPROMISOS:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Realizar capacitación en aula virtual	Todo el personal	Abril 2024
Revisión de requisitos de entrada – Normograma	Lideres	Abril 2024
Envio de informe documentado por grupo de estándares	Lideres de equipos	Abril 2024
Priorización de estándares para plan de mejoramiento	Líder de calidad y equipos SUA	Abril 2024

Los Asistentes a esta reunión firman en el formato de Asistencia No._____