

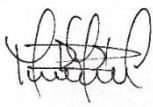
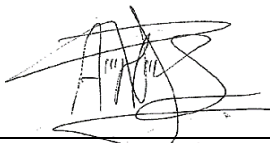


LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 1 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

**PAMEC
AÑO 2025**



Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
Maricela Gómez Calidad	Adriana Sánchez Líder de Calidad	Héctor Armando Pacheco Representante Legal
		
Firma	Firma	Firma
Fecha: 30 de abril 2025	Fecha: 30 de abril 2025	Fecha: 30 de mayo de 2025



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 2 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	
NOMBRE DE LA INSTITUCION	CLINICA VIVE LTDA
FECHA	Mayo 2025
RESPONSABLE	ARMANDO PACHECHO

INFORMACION INSTITUCIONAL 2025

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="900450008"/> - <input type="text" value="3"/> Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	<input type="text" value="Meta"/>	Municipio	<input type="text" value="VILLAVICENCIO"/>		
Código de Prestador	<input type="text" value="5000101346"/> - <input type="text" value="01"/>				
Nombre del Prestador	<input type="text" value="CLINICA VIVE LTDA"/>				
Clase de Prestador	<input type="text" value="Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS"/>			<input type="text" value="Empresa Social del Estado"/>	
Dirección	<input type="text" value="KILOMETRO 10 VIA A PUERTO LOPEZ"/>				
Teléfono(s)	<input type="text" value="3105977040"/>				
Fax	<input type="text"/>				
Correo Electrónico	<input type="text" value="gerenciadclinicavive@gmail.com"/>				
Razón Social	<input type="text" value="CLINICA VIVE LTDA"/>				
Representante Legal	<input type="text" value="HECTOR ARMANDO PACHECO PACHECO"/>				
Nivel Atención Prestador	<input type="text"/>	Carácter Territorial	<input type="text"/>		
Fecha de Inscripción	<input type="text" value="20150914"/>	Fecha de Vencimiento	<input type="text" value="20250831"/>		
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de servicios de Salud con fecha de corte: martes 03 de junio de 2025 (12:49 p.m.)					

SERVICIOS HABILITADOS

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	01	CLINICA VIVE	131 -HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	DHSS0015819
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	01	CLINICA VIVE	132 -HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	DHSS0015820
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	01	CLINICA VIVE	135 -HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	DHSS0015821
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	01	CLINICA VIVE	138 -CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	DHSS0015822
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	01	CLINICA VIVE	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0015825
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	03	CONSULTA EXTERNA CLÍNICA VIVE LTDA	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0016776
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	03	CONSULTA EXTERNA CLÍNICA VIVE LTDA	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0016777
Meta	VILLAVICENCIO	5000101346	03	CONSULTA EXTERNA CLÍNICA VIVE LTDA	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	DHSS0016778

CLINICA VIVE LTDA.
Referencia.vive@gmail.com
KILOMETRO 10 VIA PUERTO LOPEZ
3105977040



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 3 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007 establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 780 del 2016. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 derogada decreto 780 del 2016 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud” que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades.

El componente Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la Calidad, PAMEC, previsto por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad mediante el Decreto 780 del 2016, en La Clínica Vive Ltda. y en la Sede de consulta externa en Clínica Vive Ltda. Se encuentra alineado con las buenas prácticas de seguridad del paciente contenidas en la guía técnica del ministerio de Salud protección social de Colombia.

Una vez cumplidos los requisitos mínimos y obligatorios que le permiten a en La Clínica Vive Ltda. y a la Sede de consulta externa. refiere que En el año 2016, 2017, 2018, 2019 se realizó el PAMEC en los estándares de acreditación. Para el año 2020, 2021 se continua trabajando con los estándares de acreditación, teniendo en cuenta que se hace cambio de personal de calidad donde se reporta la calidad esperaba estaba en el 80%; desde el comité de calidad y PAMEC se toma la decisión para el año 2022 en trabajar con los estándares de seguridad del paciente el buenas practicas del ministerio de salud, en los primeros estándares de seguridad del paciente los cuales son de obligatorio cumplimiento para todas las ips, obteniendo una calidad esperada de 85%, para el año 2023 el equipo de calidad se toma la decisión de continuar con el proceso de seguridad del paciente, los estándares esenciales algunos prestadores y los adicionales se trabajo durante el segundo semestre se realiza cierre finalizando año con el reporte del cumplimiento de la calidad esperada del 85% logrando un 92% para el año 2024 se trabajo

CLINICA VIVE LTDA.

Referencia.vive@gmail.com

KILOMETRO 10 VIA PUERTO LOPEZ

3105977040



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 4 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

también en seguridad del paciente; Aunque la clínica cumplió con las metas establecidas, se identificó como punto crítico la alta rotación del personal asistencial. Este factor ha impactado directamente en la seguridad del paciente, un aspecto prioritario para la institución. Durante el año 2025, se reforzarán las actividades de retroalimentación en torno a la seguridad del paciente y se implementarán nuevos estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad y minimizar los riesgos en la atención.

La Clínica Vive Ltda y la Sede de consulta externa. realizará el séptimo ciclo de mejoramiento de los procesos priorizados. Se encuentra incursionando en la décima etapa de PAMEC ya que inició labores en septiembre del 2015.

El seguimiento se hará basado en el cumplimiento del cronograma PAMEC y se evaluará en cada reunión de comité programada trimestralmente.

Es así como La Clínica Vive Ltda. y en la Sede de consulta externa, sustenta su PAMEC en las actividades propuestas de acuerdo a la selección de la matriz de seguridad del paciente (buenas prácticas).

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

La Clínica Vive Ltda. y la Sede de consulta externa es una entidad privada, independiente de toda filiación política, religiosa o similar. Inscrita en la Cámara de Comercio de Villavicencio. Registrada ante la DIAN mediante NIT 900450008-3 y sujeta a inspección, control y vigilancia por la Secretaría de Salud del Departamento del Meta. Habilitados como I.P.S. en Villavicencio- Meta.

OBJETO SOCIAL

Prestar Servicios de Salud Mental y Farmacodependencia de primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Villavicencio.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud Mental, mediante un servicio integral, seguro, humanizado y diferenciado, con altos estándares de calidad y seguridad; con personal en permanente crecimiento tecnológico y

CLINICA VIVE LTDA.
Referencia.vive@gmail.com
KILOMETRO 10 VIA PUERTO LOPEZ
3105977040



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 5 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

científico, comprometido en satisfacer las necesidades del usuario y su familia, con responsabilidad social, garantizando rentabilidad y permanencia en el tiempo.

VISIÓN

Ser la empresa líder en la prestación de servicios de salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, reconocida en el Departamento del Meta, la Orinoquia y a nivel nacional e internacional, en permanente crecimiento tecnológico y científico, con altos estándares de calidad y seguridad.

POLÍTICA DE CALIDAD

La Clínica Especializada En Salud Mental Vive Ltda. y la Sede de consulta externa en Salud Mental vive Ltda. se compromete a prestar servicios de salud , en forma integral, eficiente, rentable y con responsabilidad social, a través de un equipo humanizado y competente, capaz de brindar a través de la gestión de los procesos una atención efectiva y segura, que genere satisfacción a nuestros clientes y partes interesadas, disponiendo de una infraestructura y tecnología competitiva y cumpliendo con las disposiciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, que permitan el reconocimiento, el posicionamiento y la competitividad a nivel Departamental y Nacional.

VALORES CLÍNICA VIVE LTDA

La filosofía La Clínica Vive Ltda. y la Sede de consulta externa en Salud Mental vive Ltda., de salud mental se desprende de su nombre Vive; cuya definición es símbolo de vida, juventud, humanidad, crecimiento espiritual y apoyo.



MAPA DE PROCESOS



MARCO OPERATIVO

- Resolución 3100 de 2019.
- Decreto 1011 de 2006.
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Versión 2007
- Guías básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Versión 2007.
- Resolución 256 del 2016.
- Resolución 0112 de 2016
- Resolución 1446 de 2016
- Resolución 056 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 7 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

OBJETIVOS / PROPOSITOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar, evaluar y fortalecer de manera continua la calidad de la atención en salud brindada a los usuarios de la Clínica Vive Ltda. y su sede de consulta externa, mediante la implementación efectiva de los lineamientos de buenas prácticas en seguridad del paciente, garantizando una atención segura, oportuna y centrada en el usuario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar autoevaluación de acuerdo a las buenas prácticas seleccionadas.
- Identificar los procesos y oportunidades de mejora de acuerdo a su impacto y frecuencia de afectación de la calidad de la atención.
- Levantar planes de mejoramiento a los procesos y oportunidades de mejora que han sido identificados como prioritarios.
- Incrementar los niveles de satisfacción de los pacientes y su familia.
- Identificar las desviaciones de los lineamientos de buenas prácticas en seguridad del paciente adoptados por la organización para su oportuna intervención.
- Aplicar las medidas correctivas y/o preventivas, necesarias, a las desviaciones de los lineamientos de buenas prácticas en seguridad del paciente.
- Incentivar la cultura del Autocontrol y la Autogestión de seguridad del paciente, promoviendo el reporte oportuno de los eventos o incidentes presentados en la institución.
- Realizar seguimiento al desempeño de los indicadores de calidad.
- Generar aprendizaje organizacional.

ALCANCE DEL PAMEC:

EL Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad definirá con precisión las acciones a realizar a fin de evaluar cada uno de los subprocesos que se consideren como prioritarios en la institución y orientará hacia detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover

la construcción de planes de mejoramiento costo-efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de procesos en favor del usuario.

CICLO PHVA

Una buena manera de expresar un enfoque de mejora continua es el ciclo de mejora o PHVA. El modelo de auditoría para mejorar la calidad de la atención médica se basa en este método básico de gestión. La aplicación de ciclos es continua en el tiempo, cada cuadrante se explica a continuación:



El gráfico representa las actividades específicas a realizar dentro de cada fase del ciclo PHVA. Tomado de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Protección Social.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 9 de 28
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado

Planear (P) esta fase consta de dos fases, el primero tiene como objetivo determinar el objetivo (qué). La segunda tiene que ver con definir los medios (cómo), es decir, los medios para lograr el fin.

Hacer (H) es la etapa de ejecución de los medios establecidos en la etapa inicial, y se divide en dos etapas, la primera etapa tiene como objetivo capacitar a las personas de una forma predeterminada para lograr la meta, y la segunda etapa se presenta formalmente como un plan de implementación, pero también está relacionado con la recopilación de datos.

Verificar (V) es la fase de validación del resultado. Aquí, la aplicación de métodos de evaluación del desempeño o evaluación de la calidad basados en indicadores establecidos, incluso como parte de una auditoría de mejora de la calidad, se realiza sobre la base de hechos y datos recopilados antes de la etapa.

Actuar (A) es la cuarta etapa, es necesario actuar sobre todo el proceso

Aplicando el ciclo anterior en el PAMEC se identifica el con la ruta critica del mismo, siendo los primeros 5 pasos al componente P, los pasos 6 y 7 representa el H, el cual esta en el cronograma de actividades, el paso 8 representa el V, y para terminar el paso 9 el cual se representa en el A, medible en el aprendizaje organizacional.

RESPONSABLES

Será responsabilidad de la alta dirección, dar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas del PAMEC, definir procesos de mejora y hacer seguimiento a su implementación.

Será responsabilidad del personal operativo cumplir con las actividades planeadas.

Será responsabilidad del líder de calidad y los líderes de los procesos, área médica, enfermería, equipo psicoterapéutico y regente de farmacia de velar por el cumplimiento de lo aquí definido.

RUTA CRITICA



1. AUTOEVALUACION:

La Clínica Vive Ltda en hospitalización y la Sede de consulta externa en la adopción del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, realiza su autoevaluación de las buenas prácticas de seguridad establecido por el ministerio de salud y protección social de Colombia frente al instrumento propio de calificación.

Se cuenta actualmente con una sede principal y una sede de consulta externa.

Para la realización de la Autoevaluación se sigue la siguiente metodología:

- Lectura del listado de buenas prácticas en seguridad del paciente.
- Definición de si aplica o no aplica cada ítem para la institución. La hoja radar se divide en los siguientes grupos: esencial para todos los prestadores, esencial para algunos prestadores y adicional, siendo el primero obligatorio para todas las IPS.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 11 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

- Descripción de las fortalezas de la institución frente a cada ítem seleccionado.
- Descripción de los soportes de las fortalezas de la institución frente a cada ítem seleccionado.
- Redacción de todas las oportunidades de mejoramiento de la organización frente al estándar.
- Calificación de cada ítem, utilizando la escala de calificación de la hoja radar, la cual incluye las dimensiones (Enfoque, Implementación y Resultados) con sus respectivas variables de calificación. Para este caso 1,3 y 5.

Los formatos donde se registran los resultados de Autoevaluación son propios.

La Clínica Vive Ltda y la Sede de consulta externa realizará una autoevaluación anual como parte inicial del ciclo de mejoramiento para cada vigencia o según exigencia de la secretaria teniendo en cuenta que la Clínica por pertenecer al grupo III, La Clínica está exenta de este reporte a la Supersalud, pero se debe hacer reporte a la secretaria de salud.

Los resultados de la Autoevaluación de Estándares son consolidados y socializados por el equipo del comité de Calidad y PAMEC.

A partir de la entrada en vigencia del presente documento, las futuras Autoevaluaciones, además de realizarse basada en los lineamientos de las buenas prácticas de seguridad del paciente, se complementará con la información objetiva de las auditorías internas que realice la IPS, resultados de las auditorías externas, resultados de la gestión de los comités institucionales, análisis de los indicadores reglamentarios e institucionales y el análisis de la escucha de la voz del cliente externo.

Para el año 2025 se toma en cuenta como prioridad las buenas prácticas que no se realizaron y se califican bajo aquellos ítems que requieren seguir mejoramiento.

Ver los paquetes instruccionales del ministerio de protección y salud de Colombia que sirvan de guía para mejorar la aplicación del plan de mejora de acuerdo a la ruta crítica.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=paquetes%20instruccionales#k=%2Cpaquetes%20instruccionales#s=11>



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 12 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

2. SELECCIÓN

PRIORIZACIÓN DE ÍTEMS DE BUENAS PRÁCTICAS.

Para la selección de los ítems a mejorar en La Clínica Vive Ltda. y la Sede de consulta externa se tomó como base la calificación que el comité definió en cada ítem del listado en el formato de hoja de radar.

Los criterios a evaluar son:

- **Enfoque:** Se califica de acuerdo con el desarrollo de la documentación existente en la organización acerca del tema analizado.
- **Implementación:** Se califica el nivel de despliegue y apropiación de los documentos o actividades estandarizadas en los niveles pertinentes de la organización.
- **Resultado:** Se califica el grado de resultados obtenidos a través de la implementación de acciones de mejora.

A cada criterio se le calificó con 1, 3 y 5.

ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS
Califique 1, 3 o 5	Califique 1, 3 o 5	Califique 1, 3 o 5

➤ **Enfoque:**

La calificación 1: No existe documentación (manuales, procedimientos o instructivos) sobre el tema analizado.

La calificación 3: Existe documentación, pero no ha sido revisada o actualizada, o es documentación parcial sin un buen grado de consistencia.

La calificación 5: La organización cuenta con documentación actualizada y completa sobre el tema objeto de análisis.

➤ **Implementación:**



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 13 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

La calificación 1: No se ha realizado divulgación de los documentos o actividades estandarizadas. Solo se aplica en unos pocos casos

La calificación 3: Se ha realizado divulgación de algunos aspectos o documentos estandarizados, sin embargo, se evidencia un nivel bajo de apropiación e implementación en todos los niveles pertinentes según la actividad.

La calificación 5: Hay un buen grado de divulgación de manera consistente, y todos los niveles de la organización en donde aplica la actividad o procedimiento lo realizan de la manera como está planificado.

➤ **Resultados:**

La calificación 1: No se conocen o no se tienen resultados de la implementación.

La calificación 3: Los resultados de la implementación son incipientes, no muestran una clara tendencia hacia la mejoría.

La calificación 5: Hay evidencias de resultados obtenidos como respuesta a la implementación de las acciones de mejoramiento o las actividades planificadas.

Cada ítem obtendrá un resultado total, y de acuerdo a ello se seleccionarán el ítem con los trabajará el plan de acción. La calificación para realizar este plan será inferior a 3.

3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

De acuerdo al ejercicio de priorización de las oportunidades de mejora identificados en la Autoevaluación, quedan definidos los ítems de La Clínica Vive Ltda y la Sede de consulta externa los cuales tendrán mayor seguimiento y control y generarán vigilancia estricta del cumplimiento de los planes de mejoramiento formulados.

Para el desarrollo de este paso de la Ruta Crítica del PAMEC, La Clínica Vive Ltda elaboró el formato de matriz PAMEC 2025, en el que se redactará cada ítem seleccionado con la oportunidad de mejora y con esta base se definirán al menos 2 causas. Con esto se redactarán las acciones de mejoramiento y las barreras que puedan presentarse que deberán ser al menos una (1). Después de definidas estas acciones y barreras se asignará al proceso y a la persona responsable de estas.

Cuando se hayan terminado de definir las acciones necesarias para mejorar la calificación inicial, se agregarán al cronograma las actividades, los recursos necesarios y se establecerán los seguimientos para garantizar el cumplimiento.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 14 de 28
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado

4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

La calidad esperada se define a partir de la comparación entre la calificación proyectada en el PAMEC 2024 y la calificación observada en el mismo periodo. En este caso, se superó la meta establecida del 90%, alcanzando un resultado del 95%. Con base en este desempeño, para el próximo año se establece una nueva meta de calidad esperada del 92%, buscando mantener una mejora continua en los estándares de atención.

4.1 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

La calidad esperada se determina con base en el cumplimiento de las acciones de mejora implementadas durante el año 2024. En este periodo, se superó la meta establecida del 90%, alcanzando un resultado del 95%, reflejo del compromiso institucional con la mejora continua. Como resultado y con el fin de mantener estándares altos y sostenibles, se establece para el año 2025 una calidad esperada del 92%.

Fórmula básica (crecimiento progresivo):

Si en 2024 la calidad esperada fue del 90% y se alcanzó el 95%, significa que se superó la meta en 5 puntos porcentuales.

Una forma objetiva de definir la calidad esperada para 2025 es aumentar la meta proporcionalmente, pero sin poner en riesgo la sostenibilidad.

Se utiliza como fórmula:

$$\text{Calidad esperada 2025} = \text{Meta anterior} + (\text{Resultado alcanzado} - \text{Meta anterior}) \times F$$

Donde F es un factor de mejora conservador (entre 0.3 y 0.5)

Donde $F = 0.4$

El Factor de Mejora (F) es un valor numérico que representa el porcentaje del avance logrado que se quiere consolidar como meta futura, permitiendo ajustar de forma controlada la calidad esperada para el siguiente periodo.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 15 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

Si **F = 1**, la nueva meta es igual al resultado logrado (muy exigente).

Si **F = 0**, la nueva meta se mantiene igual (no se exige mejora).

Si **F = 0.4 o 0.5**, se adopta solo una parte del avance logrado como nueva meta.

Resultados para la calidad esperada para el 2025.

Calidad esperada 2025 = $90\% + (95\% - 90\%) \times 0.4 = 90\% + 2\% = 92\%$

$90\% + (95\% - 90\%) \times 0.4$

$90\% + 5 \times 0.4$

$90\% + 2$

92%

CALIDAD OBSERVADA

Esta calidad observada se verificará de acuerdo al cumplimiento del número de oportunidades de mejora establecidas en el plan de acción por 100 sobre el número de oportunidades de mejora programadas.

5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS ESTANDARES PRIORIZADOS

Esta medición se realiza con la calificación global en formato de cada ítem priorizado y con ella se clasifica con semaforización con los siguientes colores: rojo, rosa y verde. Rojo para cuya calificación de por debajo de 2, rosa para cuya calificación de por debajo de 3 y verde cuya calificación total de por encima de 3.5

1,66666667
2,33333333
4,33333333

CLINICA VIVE LTDA.

Referencia.vive@gmail.com

KILOMETRO 10 VIA PUERTO LOPEZ

3105977040



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3		Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 16 de 28
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

6. PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO

De todas las oportunidades de mejora y por cada uno del ítem se levanta un plan de mejoramiento de acuerdo al formato de plan de mejoramiento, así:

- Acciones de mejoramiento: Actividades específicas que se llevarán a cabo en función de la oportunidad de mejoramiento detectada. Solo se definen acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas.
- Barreras de mejoramiento: Situaciones o factores que pueden entorpecer el mejoramiento. Se consideran en general por oportunidad de mejora, no por acción de mejoramiento
- Proceso responsable de la acción de mejoramiento: Según el mapa de procesos de la entidad, nombre del proceso que debe ejecutar la acción.
- Persona responsable ejecución de la acción: Nombre y cargo de la persona responsable de realizar la acción de mejora.
- Recursos adicionales: valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía planeado.
- Seguimiento: Fecha planeada para realizar el seguimiento.
- Responsable del seguimiento: Nombre y cargo de la persona responsable de realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento.
- Estado: Avance de la acción de mejoramiento al momento de realizar el seguimiento. Cumple, en desarrollo o no empezada.

El plan de acción en el formato se ve así:

Nº	ESTANDAR/CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA
1	4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo	Mejorar la prestación del servicio en la institución	Falta de información documentada en el programa	Agregar al programa de seguridad del paciente los aspectos claves de seguridad.	Disponibilidad de tiempo del responsable	CALIDAD	LIDER DE CALIDAD
			Falta de compromiso del personal.	Realizar campañas de sensibilización de seguridad del paciente con el cliente interno	Falta de compromiso del personal	COORDINACION TALENTO HUMANO	COORDINADOR LIDER DE TH

Se realizara el seguimiento de la siguiente manera de forma trimestral. Teniendo en cuenta que el periodo de ejecuciones de 6 meses.

1ER SEGUIMIEN TO	Finalizado	6	2DO SEGUIMI ENTO	Finalizado	0
	No iniciado	15		No iniciado	0
	En proceso	12		En proceso	0

Se colocará como “finalizado” a toda actividad que se cumpla. “No iniciado” como aquellas que no se han ejecutado. “En proceso” Todas las actividades en progreso que se están llevando parcialmente.

SEGUIMIENTO SEPTIEMBRE 2024			SEGUIMIENTO ENERO 2025			% DE CUMPLI MIENTO TOTAL POR ACCIÓN	% DE CUMPLI MIENTO POR ESTAN DAR	OBSER VACION ES
Respo nsable del segu imiento	Estado	% DE CUMPLI MIENTO	Respo nsable del segu imiento	Estado	% DE CUMPLI MIENTO			
Asesora de Calidad	Finaliz ado	100%	Asesor a de Calidad	Finaliz ado	0%	100%	88%	
Asesora de Calidad	No iniciad o	0%	Asesor a de Calidad	Finaliz ado	100%	100%		
Asesora de Calidad	En proces o	50%	Asesor a de Calidad	Finaliz ado	0%	50%		



**LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA
SEDE DE CONSULTA EXTERNA
NIT 900450008-3**

Código
SGC – PAMEC

Versión
4

Página
**19 de
28**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Fecha vigencia
Mayo 2025

Documento
Controlado

Asesora de Calidad	Finalizado	100%	Asesora de Calidad	Finalizado	0%	100%		
--------------------	------------	------	--------------------	------------	----	------	--	--

Se realizará el % de calificación de acuerdo a las actividades realizadas por cada ítem. La calificación será de 100% y según el número de actividades se dividirá en este porcentaje para totalizar cada ítem. Así será tanto para el primer seguimiento como para el segundo seguimiento.

Finalmente, para el % de cumplimiento se totalizará de acuerdo al número de ítems de cada estándar.

En las observaciones se agregará en donde se encuentra la evidencia de cada actividad realizada.

Una vez se finalicen los seguimientos, se totalizará el porcentaje y quedará en el formato INSTRUMENTO PAMEC que se manejará exclusivamente de forma digital, así se reflejará la calificación:

% TOTAL DEL PRIMER SEGUIMIENTO	59%	% TOTAL DEL SEGUNDO SEGUIMIENTO	0%	29%
--------------------------------	------------	---------------------------------	-----------	------------

9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

La Clínica Vive Ltda y la Sede de consulta externa propone como estrategia fundamental para la mejora continua y el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Gestión de Garantía de la Calidad, el apropiamiento del conocimiento generado por:

- La monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo.
- La comunicación a todos los procesos y subprocesos de los resultados del mejoramiento de la calidad
- La adecuada documentación de los procesos, procedimientos, su actualización constante y permanente.
- La documentación de los ciclos de mejoramiento implementados y sus resultados por cada período y vigencia. El ciclo de mejoramiento de la



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 20 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

vigencia 2025 debe ser documentado una vez se obtenga la información y evidencia del cumplimiento de las acciones de mejoramiento a 31 de diciembre de 2025. Este documento debe identificar las acciones que deban estandarizarse en la organización.

Esto con el fin de adquirir insumos para la mejora que al desarrollarlas ofrezcan ventajas competitivas sostenibles en el mediano y largo plazo, que a su vez le permitan la permanencia en un entorno rápidamente cambiante, cumplir con la misión, visión y objetivos institucionales, y generar un impacto positivo dentro de la cultura organizacional.

La estrategia para garantizar el aprendizaje organizacional se fundamenta en los siguientes componentes:

- **GESTION DEL CONOCIMIENTO:** Se realiza mediante capacitaciones grupales en temas de calidad, asistencia a talleres, seminarios, retroalimentación de los asistentes, plan de capacitación de Recursos Humanos y otras actividades de capacitación. Para cumplir con estas actividades se utilizan las reuniones del “Miércoles de Calidad”, como eventos de otra índole.
- **PARTICIPACION MULTIDISCIPLINARIA:** La conformación interdisciplinaria de equipos de autoevaluación, la escucha de la voz del cliente interno, la aplicación de encuesta de clima organizacional y de satisfacción del cliente interno coadyuvan en este componente.
- **OBSERVACION Y ANÁLISIS:** Los ejercicios de Autoevaluación, per se, con la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora, el análisis de resultados de indicadores (vigilancia brecha entre calidad esperada y observada), la gestión y control sobre servicios y productos no conformes hacen parte de las estrategias de observación y análisis para el aprendizaje organizacional.
- **IDENTIFICACION Y ELIMINACIÓN DE BARRERAS PARA EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:** A través del Mapa de riesgos, Mapa de Procesos, así como la gestión de las acciones correctivas y preventivas se logra identificar y trabajar en la remoción de barreras para el aprendizaje organizacional.
- **GESTION DOCUMENTAL:** La mejora en la gestión documental, la aplicación adecuada del procedimiento de control de documentos y registros, el cumplimiento en lo dispuesto en la Ley 594 (ley de archivo), y la



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 21 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

implementación de políticas y medidas para brindar seguridad de la información constituyen diferentes formas de lograr que los funcionarios y colaboradores de la institución mejoren su perfil en cuanto a las experiencias aprendidas en gestión documental.

- **DIFUSION Y DIVULGACION:** Divulgación de avances del cumplimiento del Plan para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, logros, experiencias exitosas, barreras para el aprendizaje organizacional detectadas y su tratamiento, etc.

10. SOCIALIZACIÓN

Una vez concluido el periodo de ejecución del PAMEC, se desarrollará un proceso estructurado de socialización que no solo comunique los resultados, sino que genere reflexión, apropiación del conocimiento y transformación de prácticas institucionales. Esta metodología busca involucrar activamente a todos los niveles del personal, promoviendo el aprendizaje organizacional como motor de mejora continua.

a. Preparación del Informe de Resultados

Consolidación de datos cuantitativos y cualitativos del plan: cumplimiento de actividades, indicadores, dificultades, hallazgos, buenas prácticas y mejoras logradas.

Elaboración de:

- Informe técnico con detalles completos.
- Resumen ejecutivo visual, adaptado para todo el personal.
- b. Programación de Jornadas de Socialización
 - Definición de espacios para cada grupo de interés: asistencial, administrativo y alta dirección.
 - Convocatoria con antelación y comunicación multicanal (correo, cartelera, WhatsApp institucional, etc.).
- c. Estrategias de Socialización

Reuniones participativas presenciales o virtuales, donde se presente:

- Informe de resultados.
- Análisis de lecciones aprendidas.
- Casos de éxito y testimonios.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 22 de 28
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

Material complementario:

- Infografías, boletines y cápsulas informativas.
- Videos cortos con testimonios o resúmenes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

QUE	COMO	QUIEN	CUANDO						POR QUE
			INICIO			FIN			
			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
ETAPA SOCIALIZACIÓN	Realizando la socialización de resultados PAMEC 2024 Y proyección de PAMEC 2025	CALIDAD	31	Enero	2025	31	Enero	2025	Porque es necesario que el personal de la IPS esté al tanto de los resultados y proyección del PAMEC.
1. AUTOEVALUACION	Con base a los lineamientos de buenas prácticas de seguridad del paciente.	COMITÉ DE CALIDAD Y PAMEC	30	marzo	2025	10	mayo	2025	Para identificar los principales problemas o procesos que tienen fallas de calidad en la CLINICA VIVE LTDA
2. selección de estándares con oportunidad de mejora	Según criterios buenas prácticas seguras estándar no obligatorios	COMITÉ DE CALIDAD Y PAMEC	30	Marzo	2025	10	Mayo	2025	Para garantizar la prestación de servicio pensando en la seguridad del paciente

3. PRIORIZACION DE PROCESOS	Mediante decisión gerencial y del estado de ítem seleccionados se priorizan.	COMITÉ DE CALIDAD Y PAMEC	30	Marzo	2025	10	mayo	2025	Para trabajar en las oportunidades de mejora priorizadas.
4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	Las metas se establecerán teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la calidad observada y esperada del año anterior.	CALIDAD	30	Marzo	2025	10	Mayo	2025	Para Establecer la meta a la cual desea llegar la CLINICA VIVE LTDA que permita disminuir la brecha observada y calidad esperada.
5. Medición inicial del desempeño de los estándares priorizados	Por medio del matiz se determina la menor de 3 puntos	COMITÉ DE CALIDAD Y PAMEC	30	Marzo	2025	01	Junio	2025	Para dar prioridad a las actividades para ejecutar
6 PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS	Mediante la elaboración de un plan de mejoramiento que incluya: actividades enfocadas en la seguridad del paciente	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	01	Junio	2025	31	dicie mbre	2025	Para determinar la forma como se llevarán a cabo las actividades y tareas dirigidas a intervención del mejoramiento de los

	según los lineamientos.								procesos priorizados.
7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Ejecución de actividades según cronograma.	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	01	Junio	2025	31	dicie mbre	2025	Para garantizar el cumplimiento de las actividades y bienes establecidos para el mejoramiento de los procesos.
8. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITES.	De acuerdo a los seguimientos en formato de PLAN DE MEJORAMIENTO 2025	CALIDAD	01	Junio	2025	31	dicie mbre	2025	Para verificar la eficiencia de las acciones de mejoramiento y establecer las medidas que conduzcan a su implementación.
9. aprendizaje organizacional	Una vez terminado la ecuación del PAMEC, por medio de rondas de seguridad e indicadores	CALIDAD	01	enero	2026	31	Ener o	2026	Para verificar el aprendizaje organización en el personal.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3			Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 25 de 28
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

	de eventos adversos								
10. Socialización	Realizar la socialización al personal sobre los resultados del PAMEC	CALIDAD	31	Enero	2026	31	Enero	2026	Para Exponer los procesos realizados durante el semestre

BIBLIOGRAFIA

• BIBLIOGRAFIA GENERAL

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Bogotá: Diario Oficial 41.148, diciembre 23 de 1993.

_____. Ley 715 de 2001. Bogotá: Diario Oficial 44654, diciembre 21 de 2001.
LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Título IV Modelo de auditoria. Bogotá: Diario Oficial 46230, abril 03 de 2006.

_____. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

_____. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2007.

_____. Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

_____. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 1. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.

_____. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 2. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 26 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

11 8

_____. Resolución 1445 de mayo 8 de 2006. Por la cual se definen funciones de la entidad acreditadora. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

_____. Resolución 1446 de mayo 8 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de agosto 5 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA APOYAR EL TRABAJO DE LOS COMITÉS**

Bibliografía en Métodos de Trabajo para Cualquier Comité

LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991.

SCHOLTES P. et ál. El Manual del Equipo. Joiner Associates Incorporated; 1991. CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. A guide to the development and use of performance indicators, CCHSA, 1996.

CARROL, Jane Gayton. Monitoring with Indicators-Evaluating the Quality of Patient Care, Aspen Publication, 1992.

THE JOINT COMMISSION. Accreditation Manual for Hospitals-Volume II, Scoring Guidelines, 1994.

Bibliografía para un comité de Historias Clínicas

SKURKA, Margareth Flettre. Organización del Departamento de Registro Médico en los Hospitales. 2ª edición. AHA. 1993.

SEGARRA, María Mercedes; Castillo de Solano, Alcira. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulo 1, Registros de Salud e Historia Clínica. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 2, Identificación de Historias Clínicas. 1991.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 27 de 28
	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado	

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 3, Evaluación Técnica de las Historias Clínicas. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 4, El archivo de Historias Clínicas. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 5, Organización del Registro de Cáncer de Hospital. 1991.

Bibliografía para Comité de Infecciones

LÓPEZ FERNÁNDEZ, Fernando José. Guía de Higiene y Prevención de la Infección Hospitalaria, Díaz de Santos, 1998.

RAMÍREZ, Martha Cecilia et Al. Infecciones Intrahospitalarias. Seguro Social – Acofaen. 1998.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo y HERNÁNDEZ ESQUIVEL, Libardo. Infecciones Hospitalarias, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1999.

PONCE DE LEÓN R., Samuel. Prevención y control de infecciones hospitalarias. Manual XIII. Volumen IV, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex.

Organización Panamericana de la Salud – Fundación W. K. Kellogg. 1996.

Bibliografía para Comités de Ética Hospitalaria

WILSON ROSS, Judith. Manual para Comités de Ética de Hospitales, American Hospital Publishing, Inc., 1986.

Bibliografía para Comités de Farmacia

MORENO ROJAS, Carlos y DE QUADROS, Ciro. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas. Manual V. Volumen II, Serie HSPUNI/ Manuales Operativos Paltex. Organización Panamericana de la Salud – Fundación W. K. Kellogg. 1996.



LA CLÍNICA VIVE LTDA Y EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA NIT 900450008-3	Código SGC – PAMEC	Versión 4	Página 28 de 28
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha vigencia Mayo 2025	Documento Controlado

Maricela Gomez	Adriana Sanchez	Diego Pacheco
Asesor de calidad	Líder calidad	Coordinador general
Elaborado	Revisado	Aprobado