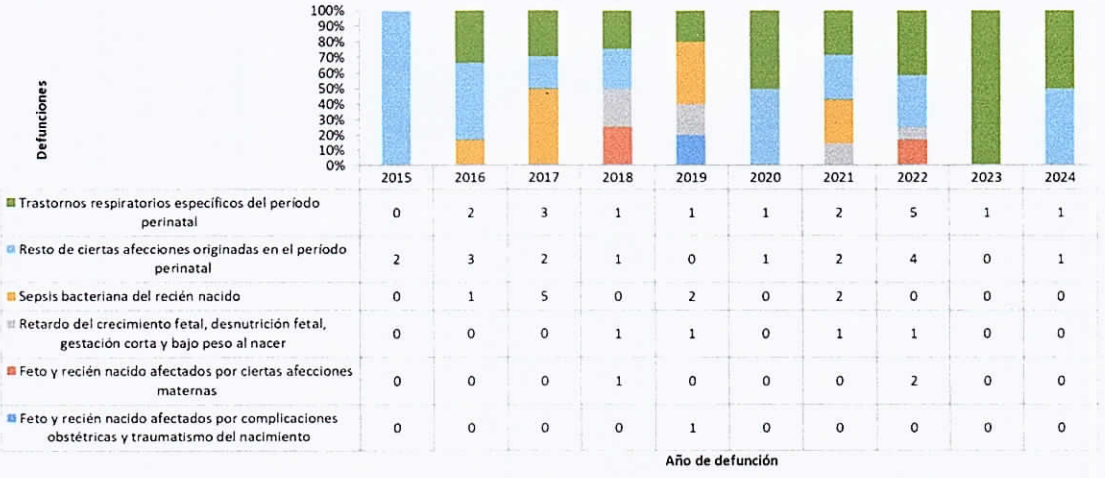
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En cuanto a las afecciones del periodo perinatal, el subgrupo de mayor número de muertes durante el periodo es el de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con 17 muertes, seguido de resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 16 muertes y la sepsis bacteriana del recién nacido con 10. Tenemos un total de muertes de 18 niños y 23 niñas en los 10 años analizados y se destacan los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal en ambos sexos (Figuras 27, 28 y 29).

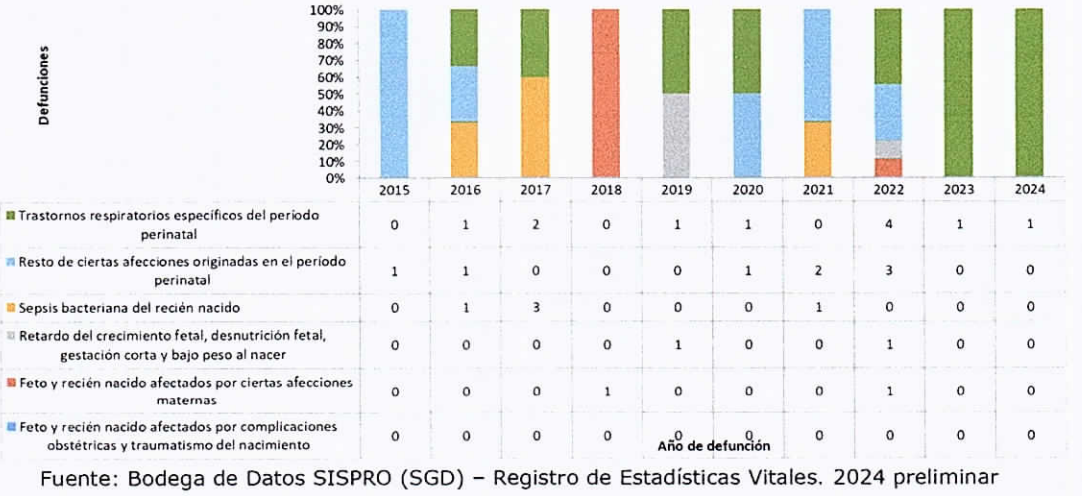
Figura 27. Muertes por ciertas afecciones originadas en el período perinatal del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0	2	3	1	1	1	2	5	1	1
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	3	2	1	0	1	2	4	0	1
Sepsis bacteriana del recién nacido	0	1	5	0	2	0	2	0	0	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

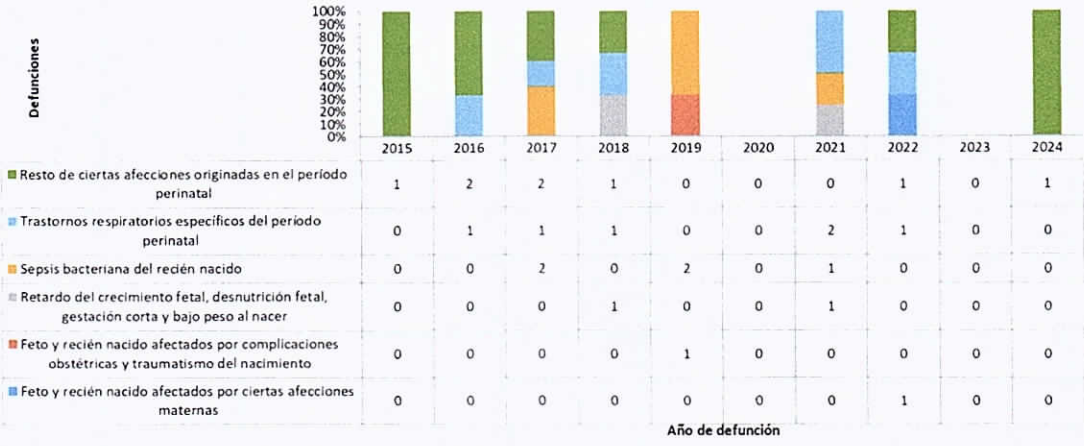
Figura 28. Muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0	1	2	0	1	1	0	4	1	1
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1	1	0	0	0	1	2	3	0	0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales. 2024 preliminar

Figura 29. Muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



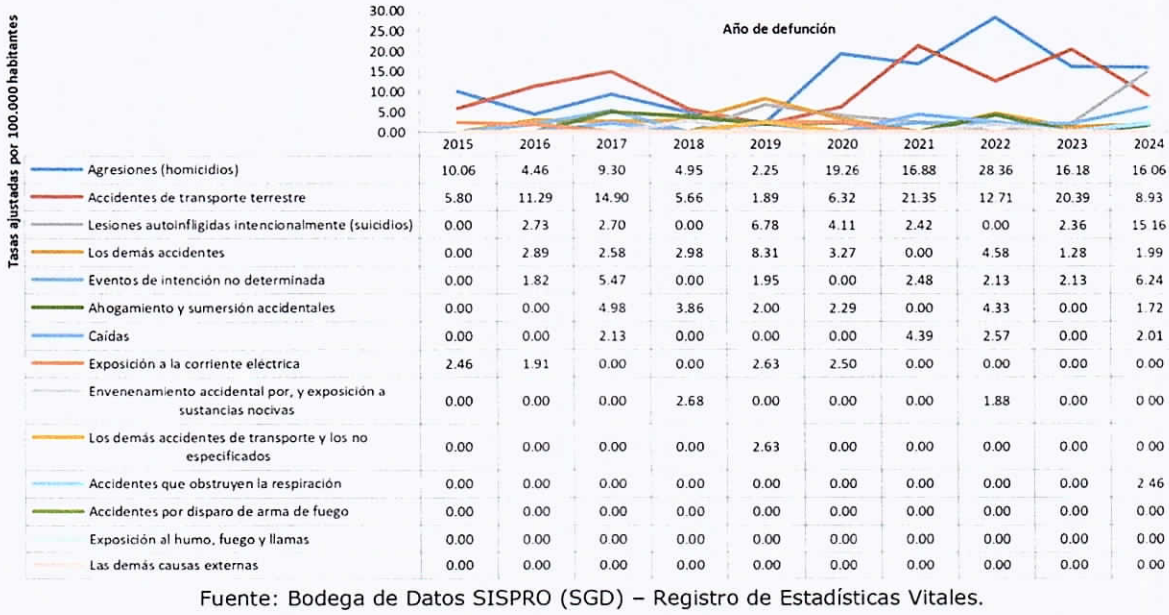
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1	2	2	1	0	0	0	1	0	1
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0	1	1	1	0	0	2	1	0	0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Causas externas

Dentro de este, las agresiones (homicidios) presentaron las mayores tasas del periodo, con tendencia oscilante, seguido de los accidentes de transporte terrestre y de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), que aumentaron en el año 2024 (Figura 30).

Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



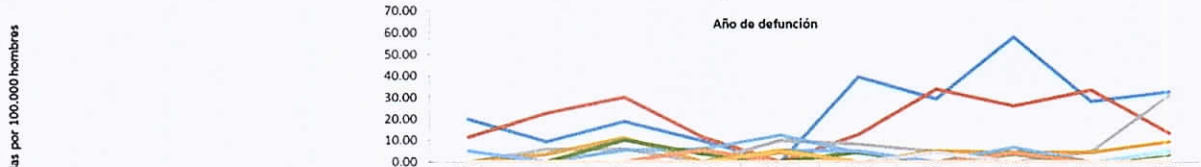
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agresiones (homicidios)	10.06	4.46	9.30	4.95	2.25	19.26	16.88	28.36	16.18	16.06
Accidentes de transporte terrestre	5.80	11.29	14.90	5.66	1.89	6.32	21.35	12.71	20.39	8.93
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.00	2.73	2.70	0.00	6.78	4.11	2.42	0.00	2.36	15.16
Los demás accidentes	0.00	2.89	2.58	2.98	8.31	3.27	0.00	4.58	1.28	1.99
Eventos de intención no determinada	0.00	1.82	5.47	0.00	1.95	0.00	2.48	2.13	2.13	6.24
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.00	0.00	4.98	3.86	2.00	2.29	0.00	4.33	0.00	1.72
Caídas	0.00	0.00	2.13	0.00	0.00	0.00	4.39	2.57	0.00	2.01
Exposición a la corriente eléctrica	2.46	1.91	0.00	0.00	2.63	2.50	0.00	0.00	0.00	0.00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0.00	0.00	0.00	2.68	0.00	0.00	0.00	1.88	0.00	0.00
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes que obstruyen la respiración	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.46
Accidentes por disparo de arma de fuego	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Exposición al humo, fuego y llamas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Las demás causas externas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Causas externas por sexo

La mayoría de las muertes se han presentado por homicidios en hombres, seguido de los accidentes de transporte terrestre en este sexo, que son la principal causa en las mujeres, y luego los suicidios, que solo reportan una cifra en la población femenina (Figuras 31 y 32).

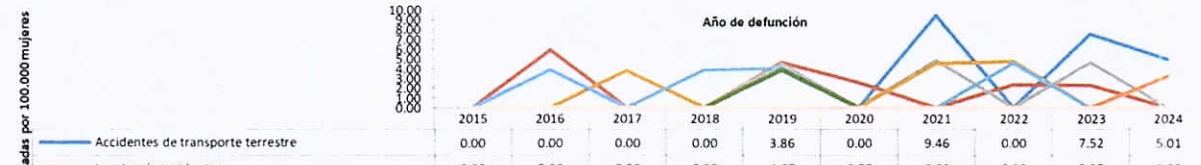
Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agresiones (homicidios)	19.84	9.11	18.70	9.88	0.00	39.55	29.48	58.08	28.09	32.75
Accidentes de transporte terrestre	11.43	22.73	29.92	11.34	0.00	12.57	33.88	26.03	33.34	13.15
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.00	5.70	5.60	0.00	9.94	8.20	4.88	0.00	4.83	30.88
Eventos de intención no determinada	0.00	3.56	10.92	0.00	4.18	0.00	5.18	4.23	4.22	9.28
Los demás accidentes	0.00	0.00	5.47	5.97	12.50	4.08	0.00	6.93	0.00	3.92
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.00	0.00	10.08	3.85	0.00	4.55	0.00	3.83	0.00	3.42
Exposición a la corriente eléctrica	5.14	0.00	0.00	0.00	5.41	5.16	0.00	0.00	0.00	0.00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0.00	0.00	0.00	5.50	0.00	0.00	0.00	3.99	0.00	0.00
Caídas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.27	0.00	0.00	4.22
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0.00	0.00	0.00	0.00	5.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes que obstruyen la respiración	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.06
Accidentes por disparo de arma de fuego	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Exposición al humo, fuego y llamas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Las demas causas externas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



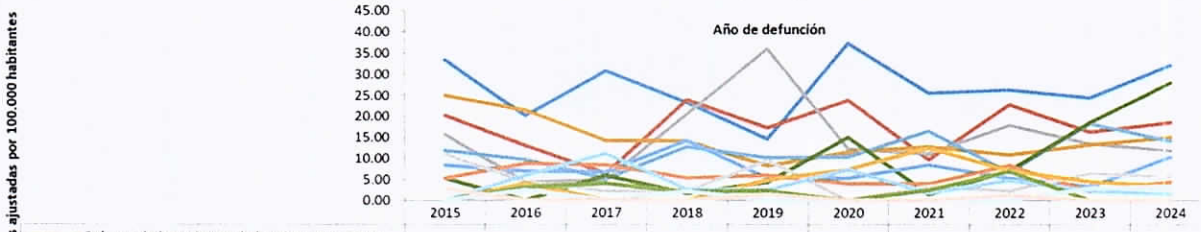
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Accidentes de transporte terrestre	0.00	0.00	0.00	0.00	3.86	0.00	9.46	0.00	7.52	5.01
Los demás accidentes	0.00	5.90	0.00	0.00	4.67	2.57	0.00	2.39	2.35	0.00
Agresiones (homicidios)	0.00	0.00	0.00	0.00	4.47	0.00	4.88	0.00	4.68	0.00
Caídas	0.00	0.00	3.76	0.00	0.00	0.00	4.57	4.77	0.00	0.00
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.00	0.00	0.00	3.91	4.07	0.00	0.00	4.59	0.00	0.00
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.00	0.00	0.00	0.00	3.91	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Exposición a la corriente eléctrica	0.00	3.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Eventos de intención no determinada	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.23
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes por disparo de arma de fuego	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Accidentes que obstruyen la respiración	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Exposición al humo, fuego y llamas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Las demás causas externas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Las demás enfermedades o Las demás causas

En este grupo se destacan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguidas de las enfermedades del sistema urinario, la diabetes mellitus y el resto de enfermedades del sistema digestivo; además, se presentó un incremento en el último año por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis congénitas (Figura 33).

Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



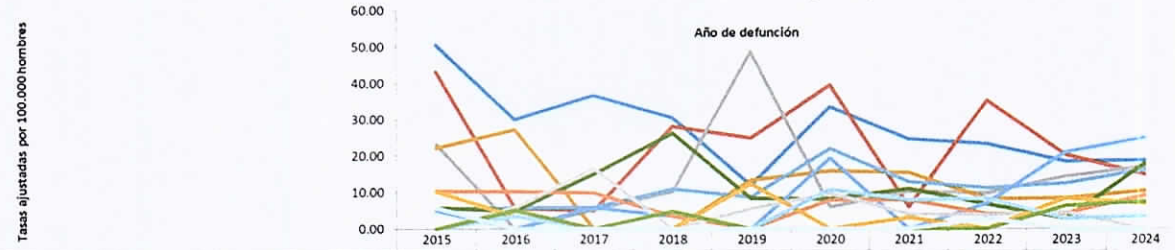
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	33.46	20.23	30.79	23.27	14.59	37.21	25.56	26.37	24.49	32.14
Enfermedades del sistema urinario	20.21	13.08	6.38	23.93	17.19	23.87	9.71	22.84	16.24	18.64
Resto de las enfermedades	15.70	4.31	4.79	20.55	36.01	12.25	11.10	17.87	13.45	11.78
Diabetes mellitus	24.90	21.41	14.18	14.23	8.18	11.60	12.69	10.81	13.26	15.12
Resto de enfermedades del sistema digestivo	11.87	9.77	5.06	12.71	10.20	10.37	16.46	6.63	18.31	14.18
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5.19	0.00	5.86	1.73	4.38	15.04	1.38	7.06	18.57	27.96
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	8.24	6.95	6.67	14.22	5.33	5.36	8.45	5.44	3.27	10.37
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5.24	8.70	8.34	5.40	6.01	3.95	3.93	8.33	2.13	4.50
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	10.96	4.38	2.13	2.09	9.47	0.00	3.28	2.36	6.38	5.74
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0.00	3.89	0.00	0.00	4.78	7.31	12.53	7.15	4.46	3.45
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	0.00	6.02	11.09	2.75	2.59	7.23	1.91	4.82	2.22	1.76
Embarazo, parto y puerperio	0.00	3.16	3.86	1.98	2.26	0.00	2.42	6.90	0.00	0.00
Hiperplasia de la próstata	0.00	2.42	0.00	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00	2.85	3.29
Trastornos mentales y del comportamiento	2.77	0.00	0.00	0.00	1.39	0.00	0.00	1.29	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Las demás causas o Las demás enfermedades por sexo

En ambos sexos se destacan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las del sistema urinario, la diabetes mellitus y el resto de enfermedades del sistema digestivo, aunque el primer subgrupo muestra un descenso en los hombres y un aumento en las mujeres (Figuras 34 y 35).

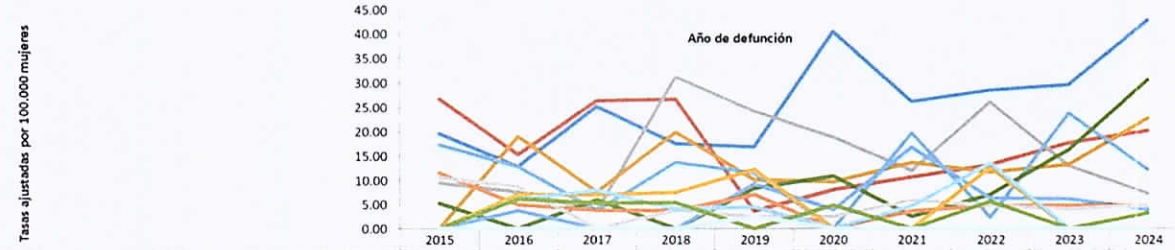
Figura 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	50.60	29.97	36.53	30.40	11.94	33.28	24.50	23.22	18.39	18.53
Enfermedades del sistema urinario	43.08	5.55	4.90	27.95	24.66	39.33	6.02	35.11	20.02	14.60
Resto de las enfermedades	23.12	0.00	5.21	10.20	48.55	6.00	10.24	9.72	14.21	16.92
Diabetes mellitus	22.09	27.11	0.00	0.00	13.31	15.70	15.35	8.22	8.36	10.30
Resto de enfermedades del sistema digestivo	5.52	5.70	5.79	10.87	8.69	21.85	12.79	11.29	12.35	15.94
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	5.82	4.98	14.84	26.02	8.27	8.18	10.97	6.59	2.79	17.60
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5.14	0.00	5.79	3.39	0.00	19.19	0.00	7.02	20.72	24.74
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10.28	10.22	9.74	3.39	0.00	7.78	7.75	4.11	4.20	8.94
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	0.00	5.75	16.40	0.00	5.42	9.49	4.09	3.80	4.42	0.00
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	10.20	3.41	0.00	0.00	12.27	0.00	3.01	0.00	8.36	6.86
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0.00	3.41	0.00	0.00	0.00	10.78	7.84	8.39	2.79	3.43
Hiperplasia de la próstata	0.00	5.05	0.00	4.79	0.00	0.00	0.00	0.00	6.21	7.45
Trastornos mentales y del comportamiento	5.82	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.80	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Figura 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del Distrito de Mompox, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19.55	12.83	25.10	17.54	16.91	40.58	26.23	28.52	29.60	42.83
Diabetes mellitus	26.73	15.18	26.30	26.57	3.65	8.09	10.68	13.16	17.62	20.23
Resto de las enfermedades	9.55	7.59	3.76	31.28	24.14	18.78	11.86	26.10	12.97	7.30
Enfermedades del sistema urinario	0.00	18.88	7.51	19.88	10.12	9.61	13.55	11.60	13.21	22.69
Resto de enfermedades del sistema digestivo	17.30	12.83	3.76	13.77	11.52	0.00	19.65	2.39	23.79	12.20
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5.30	0.00	5.93	0.00	8.38	10.88	2.54	7.12	16.28	30.56
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0.00	3.79	0.00	0.00	9.25	4.00	16.74	6.28	6.23	3.94
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	11.53	5.05	3.76	3.72	7.06	0.00	3.57	4.74	4.70	4.93
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	10.60	8.84	0.00	3.72	2.59	2.57	5.93	4.72	3.97	4.93
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	7.11	7.08	7.44	12.20	0.00	0.00	12.68	0.00	0.00
Embarazo, parto y puerperio	0.00	6.15	7.94	4.10	4.52	0.00	4.79	13.47	0.00	0.00
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	0.00	6.15	5.22	5.34	0.00	4.94	0.00	5.69	0.00	3.23
Trastornos mentales y del comportamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	2.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales.

Mortalidad en salud mental

En este componente se analiza el grupo de los trastornos mentales y del comportamiento, el subgrupo de los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, el de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y el diagnóstico de la epilepsia. Entre estas causas sobresalen 8 muertes en total por epilepsia y 16 suicidios, de los cuales 15 fueron en el sexo masculino (Tabla 30).

Tabla 30. Casos de mortalidad relacionada a la salud mental del Distrito de Mompox, 2015 - 2024

Causa	Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Trastornos mentales y del comportamiento	Femenino	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Masculino	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de SPA	Femenino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Masculino	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Epilepsia	Femenino	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3
	Masculino	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	5
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	Femenino	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Masculino	0	1	1	0	2	2	1	0	1	7	15

Fuente: Cubo SISPRO MSPS - Estadísticas Vitales – Defunciones DANE.

3.2.3 Mortalidad materno infantil y en la niñez

A continuación, se presenta la mortalidad infantil y de la niñez por grandes causas y subgrupos, discriminando los datos en población menor de 1 año, de 1 a 4 años y el consolidado en menores de 5 años y se utilizó la lista de las 67 causas de la OPS. Además, se aborda la mortalidad materno perinatal, neonatal y por los eventos de IRA, EDA y desnutrición en la niñez.

Grandes causas de mortalidad en menores de 5 años

En el Distrito de Mompox se registraron 117 muertes en menores de 5 años entre los años 2015 y 2024, de las cuales 96 fueron en menores de un año y 21 en los de 1 a 4 años. Asimismo, 47 fueron de sexo femenino y 70 del masculino. La principal gran causa de mortalidad fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 51 defunciones, seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 17 muertes y las enfermedades del sistema respiratorio con 14 (Tabla 31).

Tabla 31. Número de muertes por grandes causas en menores de 1 año, de 1 a 4 años y menores de 5 años del Distrito de Mompox, 2015 – 2024

Grandes causas de muerte	Sexo	Edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Femenino	Menores de 1 año								1		
		Total menores de 5 años								1		
	Masculino	Menores de 1 año	2				1					
		Total menores de 5 años	2				1					
	Total		2				1			1		
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	Femenino	De 1 a 4 años		1								
		Total menores de 5 años		1								
	Masculino	De 1 a 4 años	1							2		
		Total menores de 5 años	1							2		
	Total		1	1						2		
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	Femenino	Menores de 1 año					1	1	1			
		Total menores de 5 años					1	1	1			
	Masculino	Menores de 1 año						1	1			
		De 1 a 4 años		1				1				
		Total menores de 5 años		1				2	1			
	Total			1			1	3	2			
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	Masculino	Menores de 1 año				1						
		Total menores de 5 años				1						
	Total					1						
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	Femenino	Menores de 1 año								1		
		De 1 a 4 años			1							
		Total menores de 5 años			1					1		
	Masculino	Menores de 1 año									1	
		Total menores de 5 años									1	
	Total				1					1	1	
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	Femenino	Menores de 1 año	1			1	1				1	
		De 1 a 4 años									1	
		Total menores de 5 años	1			1	1				2	
	Masculino	Menores de 1 año	1		1					1		
		De 1 a 4 años				1	1	1	1	2		
		Total menores de 5 años	1		1	1	1	1	1	3		
	Total		2		1	2	2	1	1	3	2	
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	Masculino	Menores de 1 año		1								
		Total menores de 5 años		1								
	Total			1								
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	Masculino	Menores de 1 año					1					
		Total menores de 5 años					1					
	Total						1					
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	Femenino	Menores de 1 año	1	3	5	3	3		4	3		1
		Total menores de 5 años	1	3	5	3	3		4	3		1
	Masculino	Menores de 1 año	1	3	5	1	2	1	3	9	1	1
		De 1 a 4 años						1				
		Total menores de 5 años	1	3	5	1	2	2	3	9	1	1
	Total		2	6	10	4	5	2	7	12	1	2
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Femenino	Menores de 1 año		2	2	1	3			3		
		Total menores de 5 años		2	2	1	3			3		
	Masculino	Menores de 1 año	2	2	1	1		2	2	1	1	1
		De 1 a 4 años	1	1								
		Total menores de 5 años	3	3	1	1		2	2	1	1	1
	Total		3	5	3	2	3	2	2	4	1	1

Grandes causas de muerte	Sexo	Edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	Masculino	Menores de 1 año	1									
		Total menores de 5 años	1									
	Total		1									
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	Femenino	De 1 a 4 años					1					
		Total menores de 5 años					1					
	Masculino	Menores de 1 año						1				1
		De 1 a 4 años							1			
		Total menores de 5 años						1	1			1
	Total						1	1	1			1
Total			11	14	15	9	14	9	13	23	5	4

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) –Estadísticas Vitales. En https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/.

Mortalidad específica por subgrupos en menores de 5 años

Los principales subgrupos de mortalidad en la niñez de Mompox son las malformaciones congénitas del corazón, el resto de afecciones perinatales y la sepsis bacteriana del recién nacido, con un total de 15, 12 y 10 muertes, respectivamente, durante el periodo 2015-2024 (Tabla 32).

Tabla 32. Número de muertes por subgrupos en menores de 5 años del Distrito de Mompox, 2015 – 2024

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	08 - SEPTICEMIA	1									
	11 - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	1									
	14 - RESTO DE CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS					1			1		
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	01 - LEUCEMIA	1									
	02 - RESTO DE TUMORES MALIGNOS								2		
	03 - RESTO DE TUMORES		1								
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	01 - DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES		1			1	3	2			
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	02 - RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO				1						
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO			1					1	1	
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	01 - NEUMONÍA	2			1	1			1	1	
	02 - OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS			1	1	1			1	1	
	03 - RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO						1	1	1		
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		1								
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	01 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO					1					
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	01 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO				1	1			2		

Grandes causas de muerte	Subgrupo de causas de muerte	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	02 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LA GESTACIÓN Y EL CRECIMIENTO FETAL				1	1		1	1		
	04 - HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA DEL NACIMIENTO		1								
	05 - DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO		1	2				1	2	1	
	06 - NEUMONÍA CONGÉNITA				1	1		1	1		
	07 - OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO			1			1		2		1
	08 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO		1	5		2		2			
	10 - TRASTORNOS HEMORRÁGICOS Y HEMATOLÓGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1	1					1	1		
	11 - RESTO DE AFECCIONES PERINATALES	1	2	2	1		1	1	3		1
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	02 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA NERVIOSO			1			1				1
	03 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN	2	5	1		1		1	4	1	
	04 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO					2					
	06 - OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	1		1	2		1	1			
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	01 - SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL	1									
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	02 - AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES					1					
	05 - ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS						1	1			
	06 - TODAS LAS DEMÁS CAUSAS EXTERNAS										1

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Estadísticas Vitales DANE. En https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/

Indicadores trazadores de mortalidad materno infantil y en la niñez

El análisis de los indicadores de mortalidad materno infantil y la niñez se efectúa a través de la comparación de las razones y tasas de los eventos trazadores de estas poblaciones en el Distrito, confrontando con los indicadores del Departamento.

De acuerdo con las defunciones en Estadísticas Vitales, en Mompox no se registraron muertes maternas tempranas, ni por EDA, IRA o DNT en menores de 5 años durante la vigencia 2024. Las últimas muertes maternas se dieron en el año 2022; por IRA en el 2023; por EDA en el 2020 y por DNT en el 2021. Sin embargo, esta información difiere con SIVIGILA, en donde hay una muerte reportada por EDA en el año 2024. Además, en lo corrido del año 2025 se reporta una muerte por IRA en la niñez.

En cuanto a las tasas de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez, las cifras del 2024 fueron inferiores en el Distrito frente al Dpto. de Bolívar, sin diferencias estadísticamente significativas y tendencia al descenso (Tabla 33).

Tabla 33. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno perinatal, infantil y en la niñez del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 - 2024

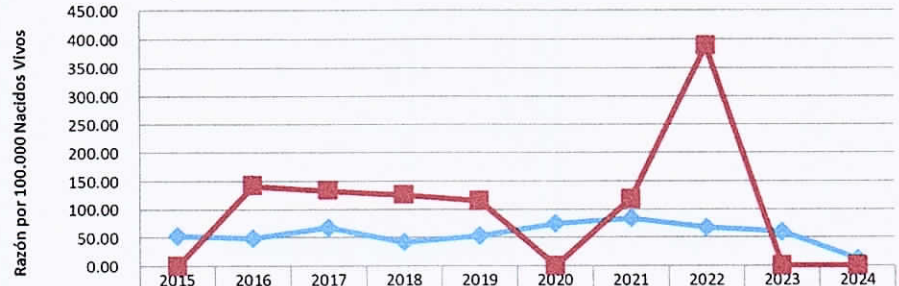
Causa de muerte	Bolívar 2024	Mompox 2024	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	16,29	0,00	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	-
Tasa de mortalidad perinatal	14,09	7,74	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,45	5,84	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	11,36	7,78	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	13,60	7,78	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,39	0,00	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	1,12	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	4,47	0,00	↘	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	-	-

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

Mortalidad materna

El Distrito de Mompox registró muertes maternas en la mayoría de los años analizados, de acuerdo a los registros de Estadísticas Vitales, con razones por 100.000 nacidos vivos que superan a las de Bolívar, siendo un importante evento de salud pública, aunque se destaca que en los años 2023 y 2024 no se registraron casos en Mompox (Figura 36).

Figura 36. Razón de mortalidad materna del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 – 2024



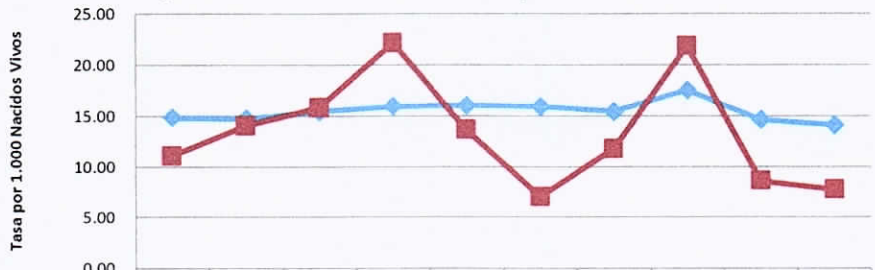
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	53.25	49.19	67.69	42.01	53.15	74.81	83.79	67.86	60.09	12.22
Mompox	0.00	141.44	132.80	125.00	114.42	0.00	118.06	388.60	0.00	0.00

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad Perinatal

Es evento corresponde a las muertes fetales de 22 o más semanas de gestación más las muertes no fetales hasta los 7 días de nacido. Notamos en Mompox un comportamiento oscilante con importantes picos en el 2018 y 2022 y descenso en los dos últimos años. Asimismo, la mayoría de tasas se ubicaron por debajo del indicador de Bolívar (Figura 37).

Figura 37. Tasa de mortalidad perinatal del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 – 2024



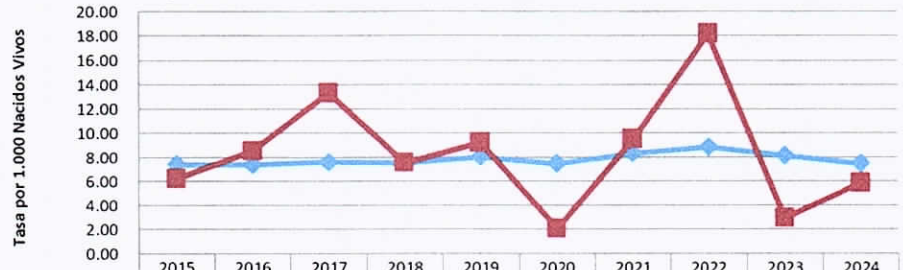
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	14.86	14.76	15.44	15.96	16.04	15.93	15.43	17.53	14.62	14.09
Mompox	11.08	14.04	15.81	22.14	13.64	7.02	11.75	21.85	8.60	7.74

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad Neonatal

Este indicador lo integran las defunciones entre los primeros 28 días de nacido. En Mompox se presentó un comportamiento oscilante en la última década, con un gran aumento en el año 2022, y las tasas superaron al indicador departamental en cinco de los años analizados (Figura 38).

Figura 38. Tasa de mortalidad neonatal del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 – 2024



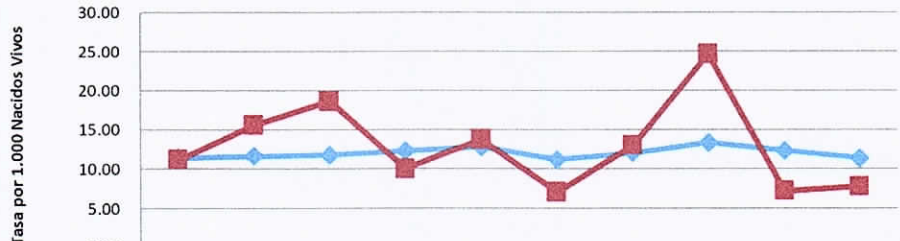
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	7.40	7.38	7.58	7.51	8.00	7.45	8.32	8.82	8.11	7.45
Mompox	6.20	8.49	13.28	7.50	9.15	2.02	9.45	18.13	2.89	5.84

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad infantil (menores de 1 año)

Las tasas de mortalidad infantil han presentado tendencia al descenso a nivel distrital y departamental, aunque Mompox ha mantenido tasas elevadas en varios años, cerrando con un leve aumento en el 2024 frente al 2023, pero por debajo del indicador de Bolívar (Figura 39).

Figura 39. Tasa de mortalidad infantil del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 – 2024



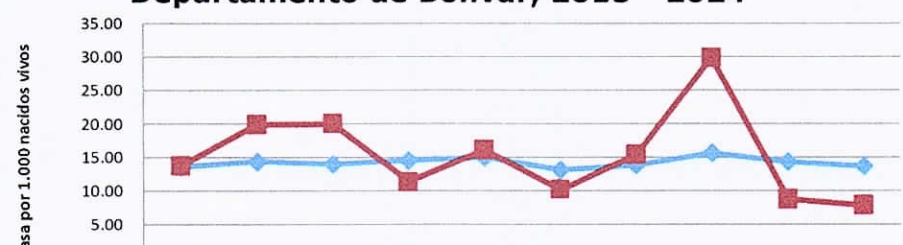
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	11.41	11.66	11.75	12.29	12.79	11.16	12.04	13.36	12.32	11.36
Mompox	11.17	15.56	18.59	10.00	13.73	7.06	12.99	24.61	7.22	7.78

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad en la niñez (menores de 5 años)

El comportamiento de este indicador es parecido al de la tasa de mortalidad infantil, ya que la gran mayoría de muertes son en menores de 1 año, aunque en el último año la tasa fue inferior a la del año 2023 (Figura 40).

Figura 40. Tasa de mortalidad en la niñez del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 - 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	13.54	14.29	13.94	14.51	14.94	13.08	13.80	15.61	14.29	13.60
Mompox	13.65	19.80	19.92	11.25	16.02	10.08	15.35	29.79	8.66	7.78

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

La mortalidad por IRA en menores de 5 años se presentó en 6 de los años analizados, requiriendo intervención permanente del Distrito de Mompox, ya que un caso eleva considerablemente el indicador. En el año 2024 no se registraron casos, pero en lo corrido del año 2025 sí se registra uno. En cambio, a nivel departamental la tendencia se observa descendente. (Figura 41).

Figura 41. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 - 2024



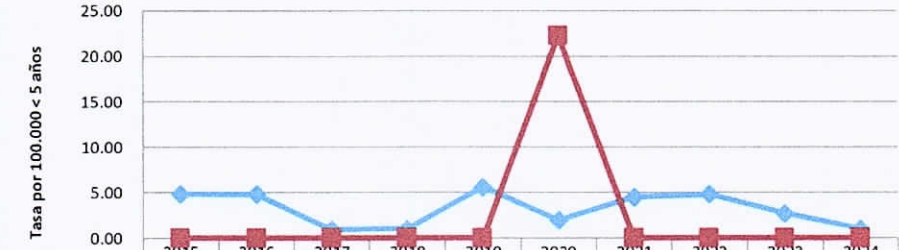
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	22.76	20.30	16.87	28.27	13.77	8.53	8.02	14.97	14.22	7.84
Mompox	39.46	0.00	19.58	46.32	45.21	0.00	0.00	47.03	48.10	0.00

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Por EEVV, el Distrito reporta una muerte por EDA en menores de 5 años en el 2020, difiriendo con SIVIGILA, en donde no se reportó esa muerte, pero sí una en el año 2024, por lo cual se debe trabajar en la congruencia entre las actas de defunción y lo notificado a SIVIGILA (Figura 42).

Figura 42. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 – 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	4.84	4.83	0.96	1.05	5.61	2.01	4.51	4.81	2.74	1.05
Mompox	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.27	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad por desnutrición

Los casos de mortalidad por desnutrición en la niñez de Mompox se registraron entre los años 2019 y 2021, mientras que, en Bolívar, la tendencia es oscilante con descenso en el 2024 (Figura 43).

Figura 43. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años del Distrito de Mompox y el Departamento de Bolívar, 2015 - 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolívar	6.78	8.22	5.79	12.04	7.14	8.53	7.52	13.90	7.66	4.18
Mompox	0.00	19.63	0.00	0.00	22.60	66.82	44.40	0.00	0.00	0.00

Fuente: Cubo Indicadores SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social

Conclusiones del análisis de mortalidad

La mortalidad en el Distrito de Mompox entre 2015 y 2024, las Enfermedades del sistema circulatorio permanecen como la principal causa de muerte, aunque con una tendencia ligeramente descendente al cierre del periodo, mientras que el grupo de Las demás causas o enfermedades se posiciona como un componente creciente y de alto peso epidemiológico. Las Neoplasias mantienen un comportamiento oscilante, ocupando el tercer lugar general, especialmente relevante en mujeres; mientras que, en los hombres, las Causas externas desplazan a los tumores como tercer motivo principal, destacándose los homicidios como eje crítico. Estos comportamientos reflejan un perfil de mortalidad mixto: predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, pero con presencia significativa de causas violentas que afectan de manera desproporcionada a la población masculina.

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) refuerza la gravedad del panorama: Las demás causas y las Enfermedades del sistema circulatorio concentran el mayor impacto de mortalidad prematura, seguidas de las Causas externas. Las marcadas diferencias por sexo evidencian desigualdades en exposición a riesgos, acceso a cuidado oportuno y determinantes sociales, lo que convierte este indicador en un llamado urgente a intervenciones y estrategias de prevención enfocadas en poblaciones con enfoque diferencial.

Las características sociodemográficas de las defunciones apuntan a condiciones estructurales que influyen en el proceso salud–enfermedad. La mayor mortalidad en

personas con bajo nivel educativo sugiere brechas en alfabetización en salud, acceso y uso efectivo de los servicios. Asimismo, la menor proporción de casos reportados en grupos étnicos puede estar reflejando subregistro o dificultades en la calidad del dato, más que diferencias reales en la distribución de los riesgos, lo que señala la necesidad de fortalecer los sistemas de información.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, predominan las infecciones respiratorias agudas y la enfermedad por VIH, replicándose este patrón en ambos sexos. En las neoplasias, el cáncer de próstata en hombres y el cáncer de mama en mujeres son las principales causas, acompañados por tumores de localización no especificada y del sistema digestivo, lo que evidencia retos en diagnóstico temprano, detección oportuna y calidad del registro. Las enfermedades isquémicas del corazón lideran ampliamente dentro de los trastornos circulatorios, seguidas por enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas, con tasas más elevadas en hombres, lo que consolida la carga cardiovascular como problema histórico y persistente.

La mortalidad por causas externas mantiene un peso significativo, especialmente los homicidios en hombres, acompañados por accidentes de transporte y suicidios, estos últimos con mayor frecuencia en población masculina. En el ámbito de salud mental, sobresale la mortalidad por epilepsia y el número relevante de suicidios, lo cual subraya la necesidad de fortalecer la detección temprana de trastornos, el abordaje del consumo de sustancias y la consolidación de una red territorial de salud mental.

Respecto a la mortalidad infantil y perinatal, las afecciones originadas en el periodo perinatal continúan siendo la principal causa de muerte en menores de cinco años, seguidas por malformaciones congénitas y enfermedades respiratorias. Los subgrupos más relevantes —malformaciones cardíacas, sepsis neonatal y otras afecciones perinatales— muestran la necesidad de fortalecer el control prenatal, la atención del parto y el cuidado neonatal.

La mortalidad materna y la mortalidad en la niñez por infecciones respiratorias siguen siendo eventos de interés y un reto para que en el Distrito no se sigan registrando estos casos. Además, persisten inconsistencias entre fuentes como Estadísticas Vitales y SIVIGILA, lo que evidencia desafíos en la articulación de información que sustentan decisiones de política pública.

En general, los patrones observados en Mompox revelan una interacción compleja entre determinantes sociales, riesgos ambientales, accesibilidad al sistema de salud y comportamientos poblacionales, lo que demanda estrategias integrales,

diferenciales y sostenibles para disminuir inequidades y mejorar los resultados en salud del Distrito.

3.3 Problemáticas y necesidades sociales y ambientales

Las comunidades de Mompox expresan necesidades sociales profundas relacionadas con el acceso a servicios básicos, la participación ciudadana y el fortalecimiento del tejido social. Señalan la falta de oportunidades laborales, especialmente para jóvenes, la pobreza extrema y la precariedad económica como factores que limitan el bienestar y aumentan la vulnerabilidad. También se identifican dificultades en la educación, la ausencia de espacios recreativos y de proyectos de vida, así como la carencia de redes de apoyo familiar e institucional. Persisten expresiones de discriminación, homofobia, rechazo a poblaciones con enfoque diferencial y un deterioro general de la convivencia social, lo que genera desgaste emocional y comunitario. La comunidad destaca la necesidad de mayor empatía, humanización, ética y valores por parte de instituciones y actores sociales, así como una participación más activa de líderes y organizaciones para tomar decisiones que respondan a las realidades locales.

En el ámbito institucional, se identifican exigencias claras de mayor transparencia, buen uso de los recursos públicos y fortalecimiento de la gobernanza, debido a la percepción de corrupción, mala administración y débil articulación entre sectores. Existe la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre zonas urbanas y rurales, de garantizar acompañamiento estatal continuo, y de contar con procesos más eficientes. La comunidad también pide mayor presencia institucional en los territorios, programas de apoyo psicosocial y estrategias intersectoriales con continuidad y enfoque comunitario, especialmente en salud, educación y protección.

En cuanto a las necesidades ambientales, las comunidades resaltan deficiencias graves en los servicios públicos: falta de agua potable, funcionamiento deficiente del alcantarillado, recolección irregular de residuos y mala disposición de basuras por parte tanto de la administración como de la población. Estas condiciones se agravan con el estancamiento de aguas, drenajes colapsados, caños contaminados y la proliferación de vectores que incrementan el riesgo de enfermedades como el dengue y las infecciones respiratorias. Las familias también perciben una alta vulnerabilidad frente a fenómenos naturales, inundaciones y efectos del cambio climático, y reconocen que no existen planes de emergencia, simulacros ni estrategias de prevención efectivas en el territorio. La comunidad demanda acciones ambientales sostenidas, educación en manejo de residuos y reciclaje, fortalecimiento del saneamiento básico y una intervención territorial que reduzca los riesgos a la salud derivados del ambiente.

A esto se suma una preocupación recurrente de la comunidad: el incumplimiento de las EPS en la entrega de medicamentos, autorizaciones y servicios esenciales, lo cual afecta de manera directa la continuidad de los tratamientos y pone en riesgo la vida de personas con enfermedades crónicas, gestantes, adultos mayores y población en condición de vulnerabilidad. Las demoras, la tramitología excesiva y la falta de respuesta oportuna generan frustración, gastos, interrupciones terapéuticas y pérdida de confianza en el sistema de salud. La comunidad percibe que estas fallas administrativas profundizan las desigualdades entre quienes pueden pagar servicios adicionales y quienes dependen estrictamente del aseguramiento, especialmente en las zonas rurales donde la oferta es más limitada.

En síntesis, las necesidades sociales y ambientales planteadas evidencian un territorio que requiere mayor equidad en el acceso a servicios básicos, fortalecimiento del tejido comunitario, atención a la vulnerabilidad económica, mejor gestión pública y acciones urgentes en saneamiento y protección ambiental. Estas prioridades reflejan las condiciones que afectan directamente la salud y la calidad de vida, y que deben orientar la planificación territorial y las intervenciones integradas del sector salud y otros sectores aliados.

3.4 Núcleos de inequidad sociosanitaria

Las inequidades en salud aparecen cuando condiciones sociales o territoriales generan desventajas en el acceso a servicios y recursos esenciales. Esto deja a algunos grupos más expuestos a riesgos y con menos posibilidades de recibir atención adecuada, por lo que superar estas brechas es fundamental para construir una sociedad más justa e inclusiva.

Los siguiente son los núcleos de inequidad sociosanitaria construidos tanto con el análisis de las diferentes fuentes de información como con lo aportado por los diferentes actores sociales y comunitarios en las mesas de cartografía social.

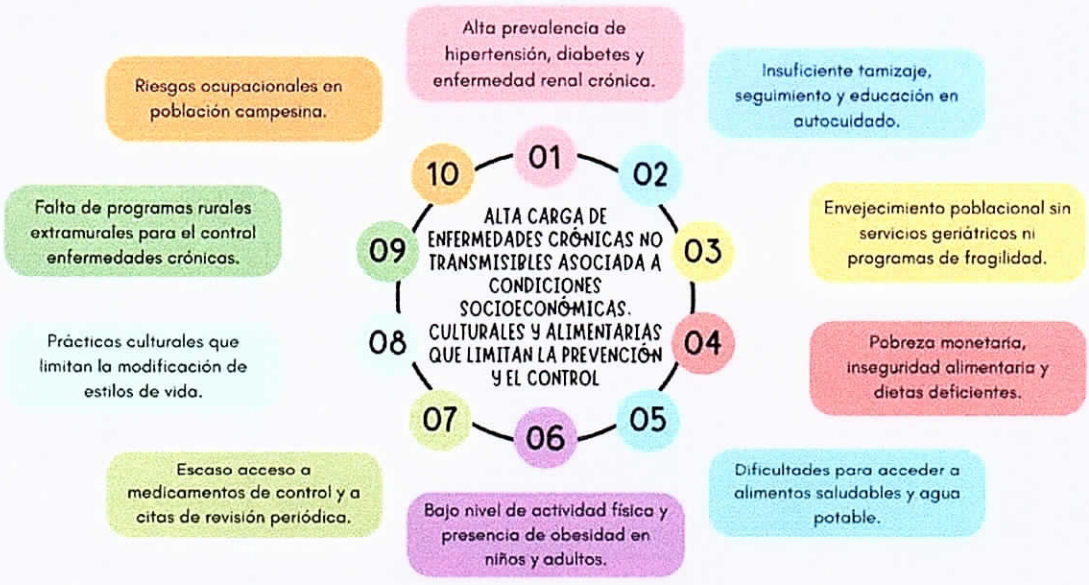
Núcleo 1: Limitada capacidad territorial para garantizar acceso oportuno, continuo y resolutivo a los servicios de salud, afectada por inequidades urbano-rurales, debilidades en la red prestadora, brechas de talento humano, trámites administrativos de las EPS y dificultades geográficas propias. Las fallas en infraestructura, transporte asistencial, oferta de servicios especializados y gestión interinstitucional generan retrasos en diagnósticos, referencia/contrarreferencia deficiente, deshumanización de la atención y desigualdades marcadas para la población rural, campesina, migrante y en condición de pobreza (Figura 44).

Figura 44. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°1 del Distrito de Mompox



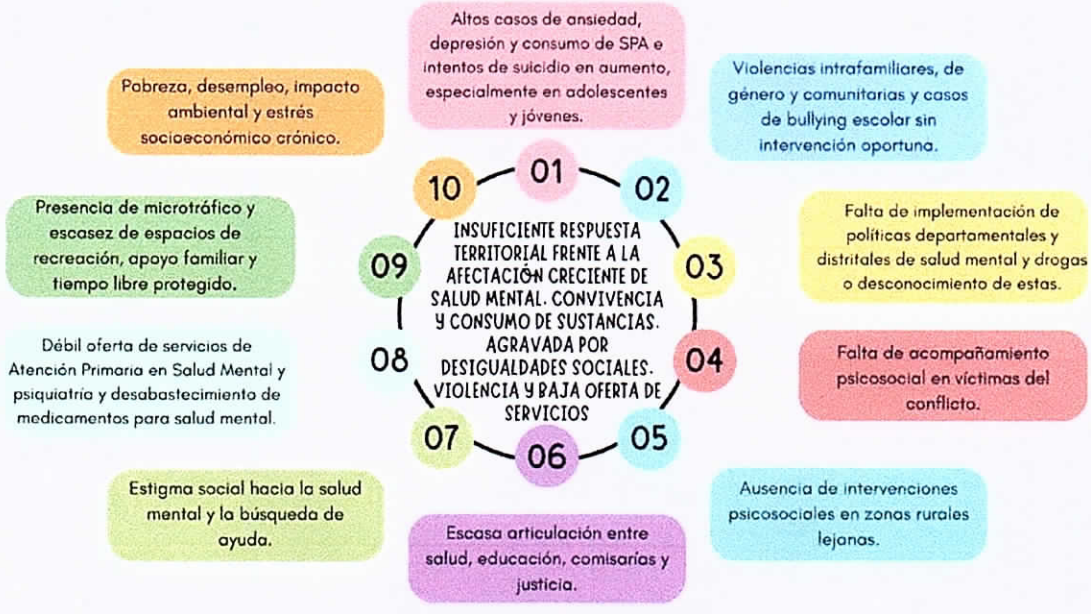
Núcleo 2: Incremento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles, en un contexto de transición demográfica, envejecimiento acelerado y falta de programas continuos de prevención y seguimiento, junto a la inseguridad alimentaria, hábitos no saludables, bajo acceso a alimentos nutritivos y limitaciones para el control clínico que aumentan el riesgo de complicaciones, discapacidad y mortalidad evitable, afectando en especial a adultos mayores, niños y niñas y población en pobreza extrema (Figura 45).

Figura 45. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°2 del Distrito de Mompox



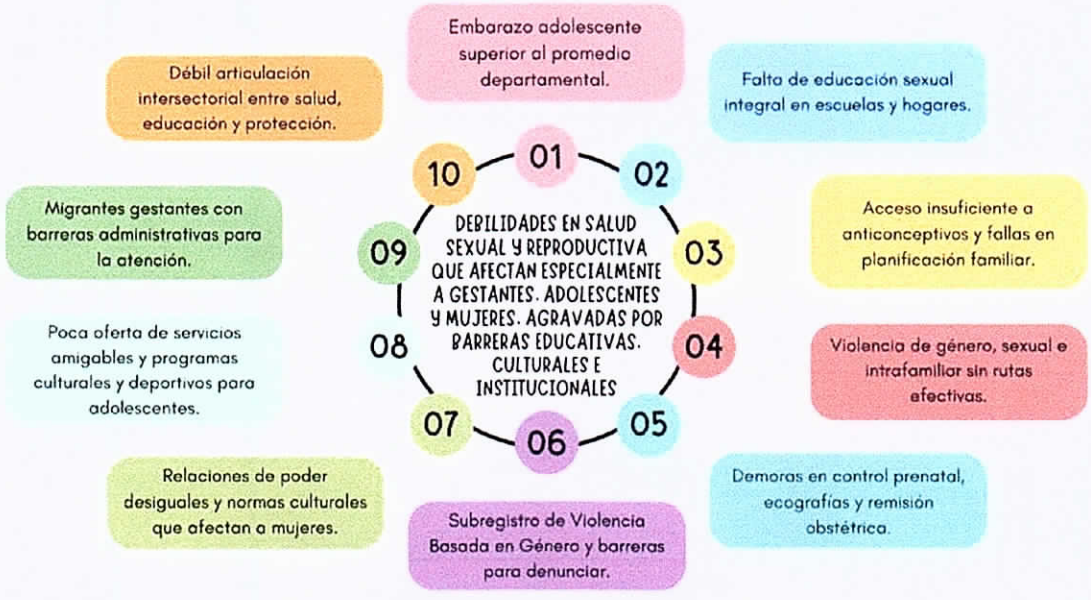
Núcleo 3: Creciente afectación por trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, tentativas de suicidio y deterioro del tejido comunitario, en un contexto de pobreza, conflicto armado, inseguridad y baja cobertura institucional en salud mental. La limitada oferta de psicólogos, psiquiatras, programas comunitarios y rutas efectivas provoca subdiagnóstico, estigmatización y aumento de riesgos psicosociales (Figura 46).

Figura 46. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°3 del Distrito de Mompox



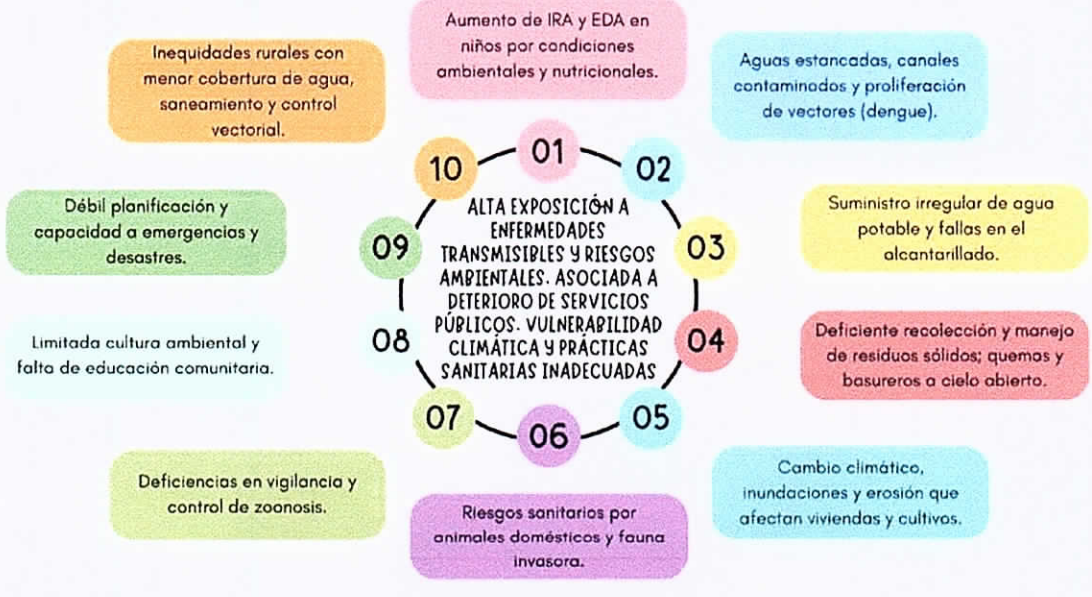
Núcleo 4: Persistencia de embarazos adolescentes, fallas en atención prenatal, demoras en servicios obstétricos, violencia basada en género y bajo acceso a métodos anticonceptivos modernos. Las brechas en educación sexual, inequidades de género, violencias no denunciadas y fallas operativas del sistema de salud afectan la autonomía reproductiva y aumentan los riesgos de morbilidad materno perinatal (Figura 47).

Figura 47. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°4 del Distrito de Mompox



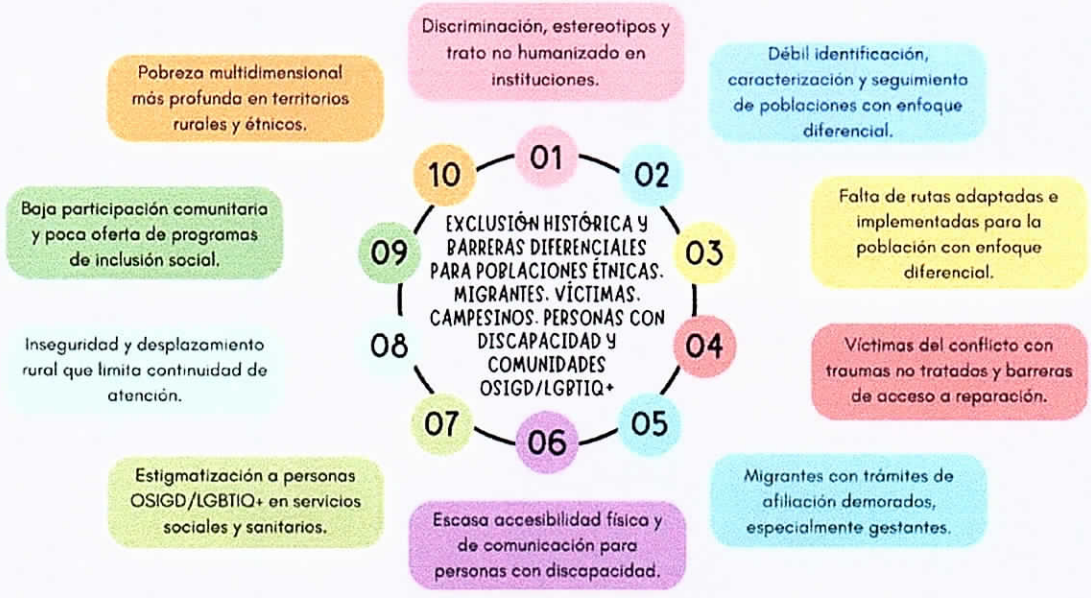
Núcleo 5: Incremento de enfermedades asociadas a contaminación del agua, el aire, residuos sólidos y vectores en un territorio vulnerable a inundaciones y a cambios climáticos. La falta de infraestructura en agua potable y saneamiento, prácticas inadecuadas de disposición de residuos y débil control vectorial amplifican los riesgos para niños, gestantes y población rural (Figura 48).

Figura 48. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°5 del Distrito de Mompox



Núcleo 6: Persistencia de inequidades estructurales que afectan el acceso equitativo a salud, educación, vivienda y protección social en grupos con enfoque diferencial. La discriminación, el estigma, la baja caracterización, la ausencia de rutas específicas y la limitada presencia institucional generan exclusión, vulneración de derechos y menor acceso a servicios humanizados y adaptados culturalmente (Figura 49).

Figura 49. Núcleo de inequidad sociosanitaria N°6 del Distrito de Mompox



Conclusiones

El análisis de inequidades evidencia que Mompox enfrenta brechas estructurales que limitan el derecho efectivo a la salud y afectan de manera diferenciada a diversos grupos poblacionales. Persisten barreras de acceso y baja calidad en los servicios de salud, derivadas de fallas institucionales, debilidades en la red prestadora y desigualdades urbano-rurales que dificultan la oportunidad diagnóstica y el seguimiento adecuado, especialmente en corregimientos y zonas dispersas.

La creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles, sumada al envejecimiento poblacional y a la inseguridad alimentaria que afecta a la niñez, revela la necesidad de fortalecer la prevención, el autocuidado y los servicios extramurales. Estas condiciones se agravan por factores socioeconómicos como pobreza, desempleo y limitaciones en el acceso a agua potable y alimentos saludables, que perpetúan el ciclo de enfermedad y vulnerabilidad.

Las poblaciones con enfoque diferencial —étnicas, migrantes, víctimas del conflicto, personas con discapacidad y comunidades OSIGD— enfrentan exclusión, discriminación y ausencia de rutas de atención culturalmente pertinentes, lo que profundiza las inequidades y limita su acceso a servicios humanizados y adaptados.

En salud sexual y reproductiva persisten desafíos críticos: embarazo adolescente, barreras para gestantes, violencia basada en género y débil educación sexual integral, situaciones que afectan de manera desproporcionada a mujeres, adolescentes y migrantes. A ello se suma la afectación creciente de la salud mental y la convivencia social, marcada por el consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar y la baja oferta de servicios psicosociales, lo que deteriora el bienestar emocional y la cohesión comunitaria.

Finalmente, las condiciones ambientales y de saneamiento —agua no potable, residuos sólidos mal gestionados, alcantarillado insuficiente y proliferación de vectores— incrementan el riesgo de enfermedades transmisibles y vulneran a la población rural e infantil, especialmente en un territorio altamente expuesto a inundaciones y variabilidad climática.

En conjunto, estos núcleos muestran un territorio donde los determinantes sociales, ambientales e institucionales se entrelazan y profundizan las desigualdades, demandando respuestas integrales, intersectoriales y con enfoque diferencial que reduzcan brechas históricas y fortalezcan la protección social y sanitaria de toda la población.

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

El capítulo IV aborda las diferentes acciones recomendadas y respuestas institucionales y de organizaciones no gubernamentales para intervenir y mejorar las problemáticas y factores o determinantes que conforman cada uno de los 6 núcleos de inequidad sociosanitaria del Distrito de Mompox con desde un enfoque sectorial e intersectorial (Anexo Herramienta Capitulo V, IV y VI ASIS).

Conclusiones

Núcleo 1: Barreras persistentes de acceso y baja calidad en los servicios de salud, agravadas por inequidades territoriales, institucionales y socioeconómica: La respuesta propuesta se orienta a transformar el sistema territorial fortaleciendo la infraestructura hospitalaria, habilitando más puestos de salud en corregimientos y mejorando la dotación y la capacidad instalada. Se busca garantizar talento humano estable, suficiente y humanizado, con incentivos para zonas rurales, así como agilizar trámites de autorizaciones, citas y medicamentos. Se enfatiza la auditoría a EPS/IPS, el uso del modelo GAUDI, el control social y la rendición de cuentas. Se promueve la integración funcional de la red, la referencia y contrarreferencia oportuna, la telemedicina, la reducción de tramitología a través de ventanillas únicas y la capacitación permanente en atención humanizada y protocolos clínicos. Estas acciones buscan cerrar brechas territoriales y mejorar la oportunidad, continuidad y calidad del servicio.

Núcleo 2: Alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles asociada a condiciones socioeconómicas, culturales y alimentarias que limitan la prevención y el control: La estrategia territorial se centra en expandir programas de promoción y prevención para hipertensión, diabetes, obesidad y otras ECNT, con brigadas rurales, APS fortalecida y seguimiento domiciliario. El refuerzo de la vigilancia nutricional, la educación y seguridad alimentaria articulando sectores como agricultura, educación e ICBF. Además, se plantean programas integrales para personas mayores, capacitación del talento humano según guías clínicas y acceso constante a medicamentos para crónicos con la posibilidad de la creación de un sistema o programa de dispensación a zonas rurales dispersas. Se proponen acciones comunitarias para actividad física, hábitos saludables y entornos escolares saludables. Estas medidas apuntan a reducir la incidencia de ECNT, evitar muertes prematuras y mitigar desigualdades ligadas a condiciones de vida y alimentación.

Núcleo 3: Insuficiente respuesta territorial frente a la afectación creciente de salud mental, convivencia y consumo de sustancias, agravada por desigualdades sociales, violencia y baja oferta de servicios: Las acciones propuestas refuerzan la atención psicosocial mediante equipos territoriales, intervención en crisis, programas en instituciones educativas y presencia en zonas rurales. Se fortalecen rutas de atención a violencias intrafamiliar, sexual y comunitaria, además de estrategias de mediación, fortalecimiento familiar y prevención del suicidio y del consumo de SPA. También se plantean campañas educativas, sensibilización sobre estigma, creación de espacios recreativos y culturales, fortalecimiento de redes comunitarias y articulación con comisarías, ICBF, Policía, justicia y educación. Estas acciones buscan responder a la creciente demanda en salud mental, reducir riesgos psicosociales y mejorar la convivencia social en un contexto de desigualdad, violencia y limitaciones en la oferta de servicios.

Núcleo 4: Debilidades en salud sexual y reproductiva que afectan especialmente a gestantes, adolescentes y mujeres, agravadas por barreras educativas, culturales e institucionales: La respuesta territorial se enfoca en garantizar el acceso oportuno y completo a las Rutas Integrales de Atención en Salud, aumentar la captación temprana de gestantes y mejorar la calidad y continuidad del control prenatal, especialmente en gestantes de alto riesgo. Se requiere ampliar el acceso a métodos anticonceptivos, educación sexual integral y servicios amigables para adolescentes. La aplicación estricta de las rutas para víctimas de violencia sexual y se fortalecen acciones contra embarazo adolescente, sífilis gestacional, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal. También se proyecta capacitación continua del talento humano en enfoque de género, atención humanizada y Guías de Práctica Clínica y la articulación con sectores como educación, cultura y bienestar familiar para apoyar a adolescentes, gestantes y sus familias.

Núcleo 5: Alta exposición a enfermedades transmisibles y riesgos ambientales, asociada a deterioro de servicios públicos, vulnerabilidad climática y prácticas sanitarias inadecuadas: Las acciones priorizadas buscan mejorar la calidad del agua, la continuidad del servicio y el funcionamiento del alcantarillado. Se propone ampliar la recolección de residuos, recuperar caños y zonas de estancamiento, fortalecer el control vectorial y las campañas de prevención de dengue, IRA, EDA y zoonosis. Se debe reforzar la vigilancia epidemiológica activa, la búsqueda comunitaria de casos, la educación ambiental, la gestión del riesgo ante emergencias climáticas y la vigilancia sanitaria. Fortalecer, socializar e implementar planes de gestión del riesgo, simulacros y preparación ante emergencias climáticas y sanitarias. Las intervenciones buscan disminuir la incidencia de enfermedades

infecciosas, reducir la exposición a riesgos ambientales y proteger a la población rural y urbana afectada por el deterioro ambiental y la vulnerabilidad climática.

Núcleo 6: Exclusión histórica y barreras diferenciales para poblaciones étnicas, migrantes, víctimas, CAMPESINOS, personas con discapacidad y comunidades OSIGD/LGBTIQ+: Las acciones proponen una caracterización actualizada y continua de todas las poblaciones con enfoque diferencial, junto con el fortalecimiento del registro en los sistemas de información. La implementación de rutas de atención específicas, reducción de barreras administrativas y adaptación de espacios para accesibilidad. Se promueve capacitación del talento humano en trato digno, interculturalidad, discapacidad y diversidad sexual. Además, se deber articular con UARIV, ICBF, Migración, MinInterior y organizaciones comunitarias para garantizar acceso a salud, protección y programas sociales e impulsar apoyos psicosociales, jurídicos y laborales, así como participación comunitaria activa. Estas acciones buscan contrarrestar la exclusión histórica y asegurar igualdad de oportunidades en salud y bienestar.

CAPITULO V. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

La priorización de los núcleos de inequidad sociosanitaria en el Distrito de Mompox se realizó evaluando 5 aspectos: magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad de intervención y variabilidad del problema o necesidad (Anexo Herramienta Capitulo V, IV y VI ASIS).

A continuación, se presenta la tabla de priorización de los problemas o núcleos de inequidad, clasificados según el puntaje total obtenido. Esta priorización servirá como guía para la planificación estratégica, asignación de recursos y la implementación de acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población (Tabla 34).

Tabla 34. Priorización de problemas y necesidades en salud del Distrito de Mompox

Descripción del problema y/o núcleo de inequidad	Puntaje
Barreras persistentes de acceso y baja calidad en los servicios de salud, agravadas por inequidades territoriales, institucionales y socioeconómica.	18,8
Alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles asociada a condiciones socioeconómicas, culturales y alimentarias que limitan la prevención y el control	18,3
Insuficiente respuesta territorial frente a la afectación creciente de salud mental, convivencia y consumo de sustancias, agravada por desigualdades sociales, violencia y baja oferta de servicios	18,2
Debilidades en salud sexual y reproductiva que afectan especialmente a gestantes, adolescentes y mujeres, agravadas por barreras educativas, culturales e institucionales	17,7
Alta exposición a enfermedades transmisibles y riesgos ambientales, asociada a deterioro de servicios públicos, vulnerabilidad climática y prácticas sanitarias inadecuadas	17,0
Exclusión histórica y barreras diferenciales para poblaciones étnicas, migrantes, víctimas, CAMPESINOS, personas con discapacidad y comunidades OSIGD/LGBTIQ+	17,0

Nota: La puntuación máxima es 20 puntos. Rojo = Muy alto. Naranja = Alto. Amarillo = Medio. Verde = Bajo

Conclusiones

La priorización de los núcleos de inequidad en el Distrito de Mompox evidencia que todas las problemáticas identificadas presentan un nivel de criticidad alto o muy alto, con puntajes que oscilan entre 17,0 y 18,8 sobre 20, lo que muestra una situación compleja y multidimensional que afecta de forma significativa el bienestar poblacional y el desempeño del sistema territorial de salud.

El núcleo mejor valorado —barreras de acceso y baja calidad en la atención— confirma que las dificultades para recibir servicios oportunos, humanizados y resolutivos constituyen el principal obstáculo para garantizar el derecho a la salud en el territorio.

Este núcleo actúa como factor estructurante, pues influye de manera directa en la evolución de los demás problemas priorizados.

La alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente respuesta frente a la salud mental y las violencias ocupan el segundo y tercer lugar; ambos reflejan un proceso de transición epidemiológica acelerado, sumado a la falta de servicios especializados, recursos y estrategias de prevención sostenidas. Estos problemas afectan de forma particular a la población adulta mayor, jóvenes y comunidades en situación de vulnerabilidad social.

Las debilidades en salud sexual y reproductiva continúan siendo un reto importante, especialmente para gestantes, adolescentes y mujeres rurales, donde persisten barreras educativas, culturales y institucionales que limitan el acceso a métodos anticonceptivos, controles prenatales y protección frente a violencias.

Los núcleos de enfermedades transmisibles y riesgos ambientales y exclusión de poblaciones diferenciales, aunque con puntajes ligeramente inferiores, también se encuentran en la franja de alta prioridad. Estos resultados evidencian deficiencias en saneamiento básico, agua potable, control vectorial y gestión del riesgo, así como barreras estructurales que afectan históricamente a poblaciones étnicas, migrantes, campesinas, víctimas del conflicto, personas con discapacidad y comunidades OSIGD.

CAPITULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES EN EL MARCO PDSP 2022 - 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El Capítulo VI presenta un conjunto de transformaciones y acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a intervenir los seis núcleos de inequidad sociosanitaria priorizados en el Distrito de Mompox, articuladas con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031 y los pilares del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. Estas transformaciones buscan fortalecer la capacidad institucional, mejorar el acceso a los servicios, intervenir determinantes sociales y avanzar hacia un sistema territorial más equitativo (Anexo Herramienta Capitulo V, IV y VI ASIS).

1. Alineación estratégica con el PDSP 2022–2031

Las transformaciones propuestas abarcan todos los ejes del PDSP, mostrando coherencia con sus objetivos nacionales. La distribución estimada evidencia prioridades claras en el territorio:

- Eje 4: Atención Primaria en Salud (APS) — mayor peso relativo, concentrando las acciones de mejora de acceso, fortalecimiento de infraestructura, telemedicina, continuidad del cuidado y expansión de la capacidad resolutiva.
- Eje 3: Determinantes Sociales de la Salud — transformaciones orientadas a saneamiento, seguridad alimentaria, condiciones ambientales y reducción de inequidades urbano–rurales.
- Eje 1: Gobernanza y rectoría sanitaria — fortalecimiento de auditorías (incluyendo GAUDI), control social, gestión del riesgo, veeduría ciudadana y articulación institucional.
- Ejes 6 y 7: Conocimiento/Soberanía Sanitaria y Talento Humano — acciones centradas en vigilancia epidemiológica, información en salud, capacitación continua y trabajo digno y decente.
- Eje 2: Enfoque diferencial — intervenciones dirigidas a poblaciones étnicas, víctimas, migrantes, campesinas y OSIGD/LGBTIQ+.
- Eje 5: Cambio climático y emergencias — participación menor, aunque crítica en un territorio con vulnerabilidad ambiental y alta exposición a enfermedades transmitidas por vectores.

2. Distribución por núcleos de inequidad

La priorización de acciones se organiza en torno a los seis núcleos definidos en el ASIS:

- Núcleo 1: Acceso y calidad en servicios de salud: Mayor número de transformaciones, centradas en infraestructura, talento humano, habilitación rural, telemedicina, auditorías a EPS/IPS y reducción de trámites. Refleja la urgencia de superar barreras territoriales y administrativas que limitan la atención oportuna.
- Núcleo 2: Enfermedades crónicas y nutrición: Amplio grupo de respuestas orientadas a prevención, seguimiento de ECNT, vigilancia nutricional, seguridad alimentaria y fortalecimiento de la APS. La carga epidemiológica del territorio justifica su fuerte presencia.
- Núcleo 3: Salud mental, convivencias y SPA: Se destacan acciones de intervención psicosocial comunitaria, prevención del suicidio, abordaje de violencias y fortalecimiento de redes de apoyo. Esto refleja la magnitud creciente de problemas de convivencia y trastornos mentales.
- Núcleo 4: Salud sexual y reproductiva: Transformaciones orientadas a reducir embarazo adolescente, sífilis gestacional, mortalidad materna y perinatal, con énfasis en rutas integrales y enfoque de género.
- Núcleo 5: Enfermedades transmisibles y ambiente: Acciones centradas en agua, residuos, drenajes, control vectorial, vigilancia epidemiológica y gestión del riesgo climático.
- Núcleo 6: Enfoque diferencial y poblaciones históricamente excluidas: Transformaciones dirigidas a caracterización, rutas específicas, accesibilidad, eliminación de barreras, capacitación en diversidad y articulación institucional.

3. Correspondencia con los pilares del modelo preventivo y predictivo

Las transformaciones se agrupan de manera coherente con los cinco pilares del modelo:

- Pilar i – Gobernanza y territorialización: predominante en acciones de articulación intersectorial, rectoría, participación comunitaria y fortalecimiento de la autoridad sanitaria.
- Pilar ii – Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS): fuerte presencia en la reorganización del acceso, continuidad, referencia y contrarreferencia, incluyendo habilitación rural.
- Pilar iii – Trabajo digno y decente: relacionado con la estabilidad contractual, formación continua y fortalecimiento del talento humano.
- Pilar iv – Soberanía sanitaria: presente en vigilancia epidemiológica, análisis de datos y respuesta oportuna a alertas sanitarias.
- Pilar v – Sistema de información en salud: aunque presente, muestra menor participación, lo cual indica necesidad de reforzar trazabilidad de datos, digitalización y calidad de registros.

229

Conclusiones

El conjunto de transformaciones constituye una respuesta estratégica coherente con el PDSP 2022–2031 y con el modelo de salud preventivo y predictivo, orientada a reducir inequidades, fortalecer la APS, mejorar la gobernanza y transformar determinantes sociales en el Distrito de Mompox.

Existe una fuerte alineación estratégica con los ejes del PDSP; sin embargo, se identifican oportunidades para potenciar el Eje 5 (cambio climático y emergencias) y reforzar las acciones del Eje 2 dirigidas a poblaciones con enfoque diferencial.

Los núcleos 1, 2 y 3 concentran el mayor volumen de transformaciones, lo que refleja la prioridad territorial en acceso a servicios, enfermedades crónicas y salud mental. En contraste, los núcleos de ambiente y enfoque diferencial muestran margen para mayor profundización y un fortalecimiento más equilibrado de las intervenciones.

Desde la perspectiva del modelo preventivo y predictivo, los pilares de gobernanza territorial y redes integrales de atención (APS/RIITS) son los más fortalecidos, mientras que el pilar de información en salud requiere mayor desarrollo para mejorar la toma de decisiones basada en evidencia y garantizar trazabilidad de datos.

Asimismo, la intersectorialidad adquiere un papel significativo, especialmente en áreas como nutrición, ambiente, salud mental y enfoque diferencial. No obstante, se requiere consolidar mecanismos permanentes de coordinación que aseguren sostenibilidad y corresponsabilidad entre sectores.

En conjunto, la articulación sectorial e intersectorial, sumada al enfoque territorial y diferencial, permitirá avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, sostenible y centrado en las necesidades reales de la población de Mompox.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía de Santa Cruz de Mompox. (2024). *Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027.*

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Boletín técnico – Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/bol-ECV-2023.pdf

Departamento Nacional de Planeación -DNP (2025). *Ficha del Distrito de Mompox*. Territata. https://territata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/13580

FASECOLDA. (s.f.). *Datos de riesgos laborales*. https://www.fasecolda.com/ramos/riesgos-laborales/rldatos-dashboard/

Ministerio de Educación. (2025). *Sineb*. https://sineb.mineducacion.gov.co/bcol/app

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.) *Bodega de datos de SISPRO*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio*. Bogotá D.C., Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial*. Bogotá D.C., Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/lineamientos-anexos-planeacion-intergral-territorio.zip

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.) *Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS)*. https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx

Secretaría de Salud de Mompox. (2024). *Plan Territorial de Salud 2024-2027.*

ASIS PARTICIPATIVO 2025

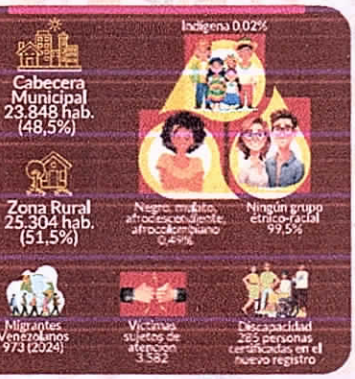
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO

MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DE MOMPOX

SECRETARÍA DE SALUD



POBLACIÓN 49.152



TERRITORIO

Extensión: 630 km2
Clima: Cálido

Mujeres 24.775 — Hombres 24.377

INDICADORES RELEVANTES



Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años **24,2** por cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años (2024)



Cobertura de vacunación BCG RN: **69,7%** - Antipolio 3 dosis: **78,8%** - Pentavalente 3 dosis: **78,9%** - Triple viral 1 año: **88,5%** - Fiebre amarilla: **93,5%** (2024)



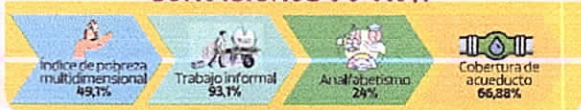
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer: **10,1%** (2024)

PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA



Dengue — Violencia de género e intrafamiliar — Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia — Morbilidad materna extrema

CONDICIONES DE VIDA

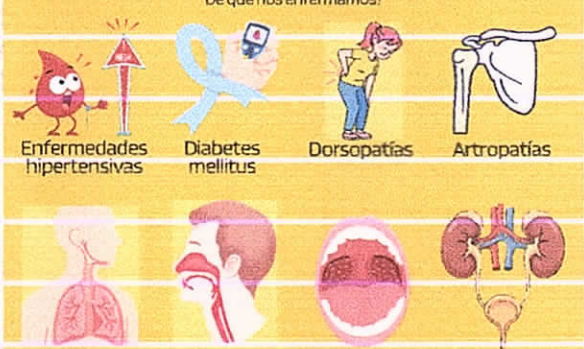


Actividades Económicas



PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

De que nos enfermamos?

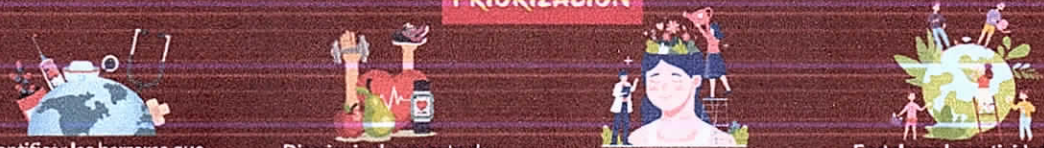


PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD



Enfermedades isquémicas del corazón
Enfermedades cerebrovasculares
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
Enfermedades hipertensivas
Infecciones respiratorias agudas
Enfermedades del sistema urinario
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Diabetes mellitus
Resto de enfermedades del sistema digestivo
Agresiones (Homicidios)

PRIORIZACIÓN



Identificar las barreras que limitan el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, con el fin de orientar acciones que reduzcan fallas institucionales y desigualdades económicas.

Disminuir el aumento de enfermedades crónicas y problemas nutricionales mediante estrategias que atiendan la pobreza, la inseguridad alimentaria y fortalezcan la prevención en el sistema de salud.

Fortalecer acciones sectoriales e Inter sectoriales, para la disminución de intentos de suicidio en el municipio y situaciones en Salud relacionadas con la salud mental.

Fortalecer las actividades de educación y comunicación, relacionadas con la prevención y manejo de factores contaminantes del medio ambiente, riesgo de desastres y propagación de enfermedades transmisibles.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) PARTICIPATIVO DEL DISTRITO DE SANTA CRUZ DE MOMPOX

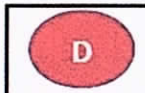
CARTOGRAFÍA SOCIAL

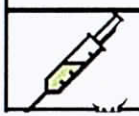
2025

CONVENCIONES

ICONO	SIGNIFICADO
	Fuente de agua
	Centro poblado / Caserío / zona de viviendas
	Centro educativo
	Hospital /centro de salud
	Zona de conflicto armado
	Instituciones gubernamentales /fundaciones
	Empresas / Industrias

ICONO	SIGNIFICADO
	Lugar que representa riesgo para la salud
	Zona de derrumbes / deslizamientos
	Zonas de contaminación
	Parques, reservas forestales
	Inundaciones
	Comunidades indígenas
	Comunidades negras, afros, raizales, palenqueras

	Dengue
	Malaria
	Embarazo adolescente

	Daños ambientales
	Comercio
	Drogadicción

*En el caso de clasificar otras enfermedades transmitidas por vectores se dibuja el circulo rojo con la inicial de la enfermedad.

*En caso de considerar otras convenciones se diseña por el grupo y al final del mapa colocar el significado para poder identificar.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS















EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS















MATRIZ DE PROBLEMAS Y ACCIONES

FECHA: 3 oct 25 **MUNICIPIO:** Nunpux. **GRUPO N°:** 1

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	(1.) Deficit e Incumplimiento de las EPS en el Cumplimiento de Medicamentos, Viaticos q' ponen en riesgo la vida del pte. (2.) garantizar Estrategia de proyecto de vida en Jovenes y Adolescentes.	• Capacidad Instalada de Infraestructura; Personal Idoneo; para la atención de sus afiliados y usuarios. (Red prestación). •	(1.) Fortalecer la Capacidad Instalada en los EPS e IPS. a traves de Veedurios. • formular Proyectos Sociales encaminados a los Jovenes; • Articular con SENA; Universidades; Escuela taller.
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	(1.) Consumo y Discriminado de Sustancias Psicoactiva de Jovenes y adolescentes. (2.) la Ausencia de Espacios recreativos para la población Con Discapacidad. (3.) falta de oportunidad laboral en los población joven.	(1.) Mal uso de tiempo libre (2.) falta de [redacted] Apoyo Red familiar. (3.) falta de Acompañamiento Institucional.	(1.) Generar Espacios de Ocupación del tiempo libre. (2.) Crear Estrategias de educación; Sensibilización y Responsabilidad en la Red familiar. (3.) Fortalecer Estrategias de apoyo Institucional.

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	① falta de potabilidad en el Agua. ② Estancamiento de Azo en Calles. ③ Caños; Pozos llenos de Basuras.	• falta de Seguimiento a la Calidad del Agua; • Alcantarillado con difícil funcionamiento. • Mala disposición de la basura por parte de la comunidad	• Articular Con la Empresa del Agua; para mejorar la Calidad del Agua. y Alcantarillado. • Sensibilizar y educar la Comunidad Sobre la correcta disposición de basura; hasta la recolección de la misma.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	① Difícil acceso a los Servicios de la Salud (EPS-IPS). ② falta de talleres a padres; encaminados al autocuidado; en Salud Sexual Reprod. y Salud Mental.	• falta de Oportunidad en la entrega de Citas. • ~~[illegible]~~ la NO Presencia de las EPS en el territorio a través de agentes Educativos (Zona rural) • ~~[illegible]~~	• fortalecer la capacidad instalada y la Red de Prestadores Hospitalaria del territorio. • Garantizar la inclusión por parte de las EPS; personal idoneo para realizar sus acciones en las zonas Rurales.

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	• falta de recolección de basuras en algunos Sectores. • falta de cultura de Reciclaje. •	• Poca Cultura en la dispoción de los Basuras por parte de la comunidad.	• Sensibilizar a la Comunidad en Reciclaje y Buena disposición de basuras.
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	• [redacted] falta de Articulación con la policia nacional en programas de Salud. •	• falta de Confianza y Credibilidad en las Instituciones.	• fortalecer relaciones Institucional y Comunidad a traves de Acciones en Conjunto.
Eje 7. Personal de salud.	• No se garantiza el trato digno al profesional de la Salud (Recarga laboral; Remuneración economica; Vinculación laboral). • falta de Capacitacions y entramiento al personal de la Salud.	• falta de oferta laboral. • profesionales y personal de la salud; no Actualizados.	• Implementar Estrategias que garanticen los derechos de los Profesionales y Personal de Salud

MATRIZ DE PROBLEMAS Y ACCIONES

FECHA: 31 oct. 2025 **MUNICIPIO:** Mompox **GRUPO N°:** 2

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	• falta de presencia Permanente Del personal de Salud (medico informeral, bacteriologo) etc. • Acondicionamiento de los Puestos de Salud (capacidad de instalaciones de Equipos e insumos.	• falta de Motivacion por parte Profesional de Salud • Dificultad de traslado y transporte zonas rurales • Dificil Accesos o falta de Compromisos delos administradores (garantes en Proporcionar Recursos).	• garantizar pasos oportunos y Prestadores del servicio en la Salud • Establecer Convenios con Universidades, para que los profesionales en Salud realicen Su año rural. • implimentar politicas de Dotacion y uso delos recursos y equipos al Servicio de la Salud.
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	• Es necesario, optimizar las transparencia y los Procesos, Identificacion y atencion alas comunidades más vulnerables y Con necesidad del alcance especial.	• Presunta Corrupcion • falta de Caracterizacion real delas Poblaciones • Trasmitologia execiva y demora delos Servicios	• fortalecer la transparencia y Vigilancia y Control y programa alas Poblaciones. • Hacer más eficiente los procesos de Caracterizacion • Agilizar y minimizar los Tramites.

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	• Necesidad de implementar acciones y estrategias que contribuyan al Cierre de brechas entre la atención en el Sector urbano y rural	• falta de Comunicación y coordinación entre el sector rural y urbano. • gestionar inadecuada como recursos (que sedan por la administración, corrupción, desconocimientos y leyes en la Salud.	• Mantener una Comunicación Permanente con una buena Planeación estrategica s claramente Socializado. • fortalecer transparencia y Vigilancia y Control y proqumas de las Poblaciones. • Fortalecer la Formación en la administración de recurso públicos y Rendición de Cuentas
Eje 4. Atención Primaria en Salud	• los planes y Acciones intersectoriales de Prevención y promosion en la Salud. Se articulan pocas con otras organizaciones Sociales y se nota improvisacion, Poca amplitud y falta de confidencialidad.	• planes de Prevención PyP Improvisados. • Poca integración con la Comunidad • falta de Etica Profesional	• involucrar de manera mas eficiente organizaciones Sociales con institución Educativa y Juntas Acción comunales. • incluir otras problematicas de Salud como ITS, diferencia visuales y Parasitosis en los niños • Tener encuenta, la honestidad integridad, Responsabilidad en Salud

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	• Nose visualizo un plan de Atencion ariesgo emergentes en Salud causados por eventos como Cambios climaticos desastres Naturales o Sociales y eventos de Pandemia	• No hay Informacion • No hay Simulacros en las entidades de Salud en el Territorio.	• Creacion y divulgacion de Planes de Acciones orientado ala Atencion emergentes en la Salud.
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	• falta de Estimulos en Promocion dela formacion y Profesionalizacion y Prestaciones de Servicio en la Salud.	• No esisten estimulos para la vinculacion, a innovacion en la Prestacion de Servicio profesionales en la Salud.	• implementar un plan de Intensivos que Fortalescan la formacion de nuevos Profesionales en la Salud. • Ser oportuno en el reconocimiento y Pago delos Servidores de Salud
Eje 7. Personal de salud	• falta de idoneidad Profesional y compromiso y sentido humano por Parte de los Profesionales en la Salud. (Personal medico enfermero	• falta de Criterio de Seleccion del personal Vinculado Salud • falta evaluacion del desempeño del Profesional	• implementar estrategia que favorescan la vinculacion del Personal Ironeo.

Int. - Rosmil Escarpetta Lopez
- Diamantino Ariela Zuñiga
- Wilberto Zambrano Dominguez.
- Walter Portón granado.
- Carlos Galus.
- Silvana Vergaren Martinez.
- Andreu Servantes Vides.
- Denis Surmay reyes

MATRIZ DE PROBLEMAS Y ACCIONES

FECHA: 31-10-2025 **MUNICIPIO:** Mompox **GRUPO N°:** 3°

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	1. Falta de Coordinación institucional 2. Pueden ser los recursos financieros insuficiente o con mala administración. 3. Participación Ciudadana limitada. 4. Negligencia de creación de Segundo nivel de un centro hospitalario.	→ • Inestabilidad política • Falta de personal capacitado. • Poca participación Social. • Falta de participación de los líderes	• Meritos (Concursos) • Sentido de pertenencia. • Información oportuna. • charlas con los presidentes de la Comunidad JAC
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	• Homofobia • Aceptación • Desplazamiento forzados. •	• Conflictos • Rechazo. • desapoyo Social y economico. • Falta de educación • Falta de empatía y etica profesional.	• Concienca Ciudadana. • Fortalecer Sistemas educativos y culturales. • Orientación

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	• pobreza estrema • Desempleo • Nivel Socio economico. (Bajo) • Desigualdad de Genero	• falta de educación • fuente de trabajo. • falta de oportunidades.	• Garantizar que todos tengan igualdad y las mismas oportunidades. • Reducir inequidades en salud. • Acceso de empleo y de salud digno.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	• Falta de promotores de atención en salud. • falta de Atención permanente. • falta de centro de atencion en primer nivel en zona rural o dispersas. • falta de profesionales.	• Implementación de la politica publica. • poluación y implementación. • C	• Capacitar a la población de primera atención. • Ajuste de presupuesto. • puesto de salud. con los equipos necesario y personal. • Contratación de personal profesional

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	• fenomeno natural • Epidemia. • pandemia. • Problemas ambientales.	• Eventos que ocurren en la naturaleza. • A nivel mundial • ubicación geográfica que afecta a la población humana. • Son causadas por las actividades de la naturaleza.	• Capacitar a la comunidad en los riesgos. •
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	• falta de conocimiento. • Estudios de las enfermedades • Aplicación en las aulas escolares	• Autonomía • Recursos asequible • falta de interés de los educadores. Falta de • Valores. y principios	• capacitar a los profesionales • Evaluarlos. • Asegurar el derecho a la Salud
Eje 7. Personal de salud	• ~~Por~~ Vocación. • falta de interes. • Falta de empatía • personal inadecuado.	• Reconocimiento de leyes. • Compromiso • falta de educación	• Concientización Ciudadana. y democratica de la Salud publica

MATRIZ DE PROBLEMAS Y ACCIONES

FECHA: 31 oct 25 **MUNICIPIO:** Mompox **GRUPO N°:** 4

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	precariedad en la atención en las diferentes microterritorial del municipio de mompox	Falta de optimización en las vias entre los diferentes territorios trayendo como consecuencia pedir atención en otro cuya diferente	Intersectoriales para mejorar o resolver habilitar integralmente los centros de salud que se encuentran en los diferentes corregimientos y gestionar para mompox la tercera complejidad en salud para garantizar a la población en general y sus alrededores los servicios con sus diferentes especialidades y sus tratamientos
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Desde la atención en salud hacia las poblaciones con enfoque diferencial territorial, se debe cumplir acabalidad, las normas que exigen estas poblaciones deben ser atendidas prioritariamente.	Tener un lenguaje más fluido; humanización en el trato; Definir diagnosticos	Desaparecer las barreras hacia el enfoque diferencial implementando estrategias mas humanas, en fortalecimiento a las familias y al profesional.

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	La distribución equitativa en los recursos públicos; derechos a una vivienda digna, crear estrategias empresariales para aumentar la implea-bilidad en los territorios mitigando la pobreza multidemencional y monetaria en el municipio de mompox. culturales, escases de la recolección de residuales, servicios; terminales en el servicio del agua.	Falta de agua potable; y la recolección de basuras.	optimizar la calidad de vida de los habitantes, ampliar la planta para el tratamiento del agua potable; centro de acopio de reciclaje; educar a la población en general el habito en vida saludable y en la recolección de los residuos desde la fuente.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Mas atención en la salud, restructuración en el talento humano integral de quienes prestan el servicio de salud en mompox.	Falta de talento humano cualificado. falta de atención que se llegue de mayor forma a la comunidad y permanencia y recurrencia de los programas de prevención que se llegan a estos territorios.	Realizar campañas para que en esos sectores se haga prevenciones a todas estas problemáticas que nos genera todas estas enfermedades. Fortalecer equipos basicos y atención profesional e integral.

EJES	PROBLEMÁTICAS EN SALUD	FACTORES O DETERMINANTES QUE GENERAN LOS PROBLEMAS	ACCIONES SECTORIALES O INTERSECTORIALES PARA MEJORAR O RESOLVER EL PROBLEMA
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Lluvias, que nos generen enfermedades como el dengue; accidentes el mosquito y problemas respiratorios; problemas que nos genera la movilización.	Falta de drenaje; falta de cultura a la hora de depositar los residuos solidos. Falta de canalizaciones y limpieza en los drenajes y tambien se genera el desbordamiento de las alcantarillas.	Realizar campañas para que en esos sectores se haga prevenciones a todas estas problematicas que nos genera todas estas enfermedades
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Enfermedades como hipertención, diabetes y obesidad que afecten la salud.	Malos habitos alimentarios. Falta de ingresos economicos. Habitos culturales en el consumo de alimentos.	Hacer mayor programa de prevención que se dirija a la comunidad donde se involucre a la población en sus diversos sectores (Familia, Escuela y comunidad).
Eje 7. Personal de salud	Falta de medicos y personal de salud en los corregimientos asi como equipos e insumos para la atención.	Falta de contratos de personal en la salud ya sea por experiencia o por Falta de recursos economicos.	Dar prioridad de la inversión para la contratación de personal en la atención de salud, sobre todo en los centros de salud con la que cuenta el municipio.

ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE
MOMPOX

FUNDACION REHABILITAR ES AMAR
Comprometidos con su bienestar

FUNDACION REHABILITAR ES AMAR
NIT No 900.628.594-4
Email:fundacionrehabilitar@outlook.com

ACTIVIDAD: Asis Participativo 2025 - 2026. **MUNICIPIO:** Mompox, Bolivar

LUGAR: Salon Amarillo Alcaldia Mompox **FECHA:** 31 / Octubre / 25 **ARTICULADO CON:**

	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIDAD	CORREGIMIENTO/ VEREDA/ INSTITUCION	EDAD	SEXO		PERSONA AFECTADA POR LA VIOLENCIA		PERSONA CONDICION DE DISCAPACIDAD		NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
					MAS	FEM	SI	NO	SI	NO		
1	ESMERALDA DIAZ PALACIOS	33.218.470	Residenta Mompox	52		X					3234475232	
2	Dussel Ayda Arteaga	33.212.161	Bol Bolpinillos	63		X					3114146956	
3	Nohora Ruth Toscano Suarez	1.051 693.417	Nacer Mompox	31		X		✓		X	3014391571	
4	Carlos Saluis Mora	9 266450	I I Normal	55	X			X		X	3126734143	
5	Walter Pantoja Granados	9269475	IETA de Guataca	53	X			X		X	3044083245	
6	Diamantina Quieto Zuñiga	33212790	Mompox. Bol.	65		X		X		X	3135286490	
7	Rosario Escarpetta Lopez	33215837	Mompox Bol.	56		X		X		X	3136333051	
8	Deny's Susmay Reyes	33.213.672	Mompox Bol	62		X	X				3205119427	
9	Wisberto Zambrano V.	92744 17	Mompox	4C	X			X		X	3009278575	
10	Lina Pizarro H	1051668375	Mompox.	35		X		X		X	3103639931	
11	Edith Milena Perez Herrera	33,222.914	Mompox	44		X		X		X	3118827437	
12	Clara Ines Acuño Arias	33.217 214	ICBF.	52		X		X		X	3126877406	
13	Carlos Lambertiga Arpel	1073823344	ICBF	28	X			X		X	3205300070	
14	Marly Johana Ovieda Escorcia	1110514895	Mompox - Alcaldia	24		X		X		X	3125479570	
15	Oscar Eduardo Bolivar Cuello	9263793	[illegible]	68	X			X			3145842449	
16	Angelica M. Caracelo V.	49387824	Tres Sentidos	48		F		X		X	3206453577	
17	Adriana Julias M.	33921272.	Mompox Bol.	40.		X		X		X	3107148137	
18	Nikol Gomez Camargo	1051662056	Mompox Normal S.	18		F		X		X	3135159808	
19	Jexlin Daniela Helena Rojas	1050461372	Mompox Normal S.	19	/	F		X		X	3116042783	
20	Silvana Vergara Martinez	1051678658	Mompox Normal S.	27		F				X	3205268098	
21	Olga Elena Barlas Ochoa	33222953	Mompox	42		X		X		X	3135683801	
22	Ma Carolina Herrera H/B	1079790879	Mompox	35		✓	✓			✓	3118871938	
23	Yurlin Fabiana Nuñez Navarro	9267781	Mompox	34	X						3128359667	
24	Javier Facundo Cuello	9262.374	Cabecera.	71	X						3108563310	
25	Silviana Carcamo Gutierrez	33223263	Alcaldia - H	44		X		X	X		3107238341	
26	[illegible]	33219614	PTE ASOJUNTAS	70		✓		✓		✓	3135161955	
27	[illegible]	9976757 7	JAC Mompox	44	X						3212727121	
28	Berenice Cadena Pineda	33.212.212.	JAC Mompox	69		-		X			3107280006	
29	KETY TORRES VARGAS	1051672188	EAPB CASACOPI	32		X		X		X	3102280006	
30	Monalisa Martinez R	8088719	Mompox	47	X			ı			3234479197	
31	Juan Carlos Espinosa Jimenez	72'167.663	Mompox	55	X			X		X	[illegible]	
	Cesar Romero Espitia	33207402	Mompox	52		X					3128144428 3146214200	

Calle Real Carrera 2 No 12A-141, CP 132502
alcaldia@santacruzdemompos-bolivar.gov.co
NIT 890480643-3

ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE
MOMPOX

FUNDACION REHABILITAR ES AMAR
Comprometidos con su bienestar

FUNDACION REHABILITAR ES AMAR
NIT No 900.628.594-4
Email:fundacionrehabilitar@outlook.com

ACTIVIDAD: Ags Participativo - 2025 - 2026 **MUNICIPIO:** Mompox - Bolivar

LUGAR: Salon Amenillo Alcaldia Mompox **FECHA:** 31/Octubre/25 **ARTICULADO CON:**

	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIDAD	CORREGIMIENTO/ VEREDA/ INSTITUCION	EDAD	SEXO		PERSONA AFECTADA POR LA VIOLENCIA		PERSONA CONDICION DE DISCAPACIDAD		NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
					MAS	FEM	SI	NO	SI	NO		
1	Adelia Echavez Espana	C.C #33215393 d.	Mompox	57		X		X		X	3106570905	
2	CAROLINA [illegible]	45543700	Mompos.	40		X		X		X	304-6415081	
3	Deisy [illegible]	33.212.167	Mompox									
4	Roberto Polanco Torres	9803.015	Mompox	44				X		X	3106057414	
5	Diana Villanueva Tejada	33221733	Mompox	44		X		X		X	3143911764	Diana Villanueva Tejada
6	Encarnacion Davila Castro	33217205	Mompos (Sto Pinno	55		X	X	X		X	3075547863	
7	Milena Penedo Diaz	33219768	Aprosalud	48		X		X			3106537837	Milena Penedo Diaz
8	Yeneczia Diaz Rz	23075587	ESE H.LSI	47		X		X		X	3126060573	
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

DESARROLLAR UN PROCESO DE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) DE MANERA CONTINUA CENTRADO EN LA RUTA CRITICA: AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

DESARROLLAR UN PROCESO DE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) DE MANERA CONTINUA CENTRADO EN LA RUTA CRITICA: AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.		
HORA INICIO: 8.AM	**HORA FINALIZACIÓN: 12:M**	**FECHA: Septiembre 20 de 2.025**
Lugar:	Secretaria de Salud – Mompós, Bolívar	
Dependencia que convoca:	Gestión Alcaldía Municipal – Fundación Rehabilitar es Amar	
Eje estratégico	Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	
Actividad:	Desarrollar un proceso de seguimiento e implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de manera continua centrado en la Ruta crítica: Autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.	
Proceso:	Intervención de información en salud	
Objetivos:	• Fortalecer la gestión territorial de salud: Coordinar y supervisar la prestación de servicios de salud en el ente territorial, articulando la red de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia, y monitoreando indicadores de calidad y satisfacción del usuario para mejorar la experiencia de la población, especialmente la no afiliada (PPNA). • Garantizar la calidad de la atención en salud mediante un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejora. • Monitorear la suficiencia de la red de servicios: Evaluar la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios ofrecidos, incluyendo la asignación de citas, camas hospitalarias, y el manejo de quejas, reclamos y peticiones (PQR), para garantizar la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los estándares de atención	

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 08:am del 20 de Septiembre del 2025, en la Secretaria de Salud del municipio de Santa Cruz de Mompós, en el marco de las actividades de gestión, contrato N° MPX-CD-2025097 del 2025, suscrito entre la Alcaldía Municipal de Santa Cruz de Mompox y la Fundación Rehabilitar es Amar, la asesora para el Proceso de Seguimiento e Implementación del PAMEC, dra Luz Raquel Martínez Piñeres, inicia la actividad, teniendo en cuenta que dentro del anexo técnico del contrato suscrito se

encuentra esa actividad, por lo anterior, se llevo a cabo una reunión de socialización de los artículos 2.5.1.4.1, 2.5.1.4.2, 2.5.4.3. y 2.4.1.4.4. del decreto 780 de 2016 y las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud relacionado con los procesos que la secretaria debe tener documentados, el alcance y objetivos del mismo, los procedimientos de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (autocontrol y/o auditoría interna), el tipo de acciones en las que se llevará a cabo el modelo, la periodicidad del ciclo de mejoramiento, las etapas de la ruta crítica, metodología, instrumentos y/o formatos adoptados para el desarrollo de cada una de ellos, estructura funcional y responsabilidades en cuanto a la ejecución del programa (Líder PAMEC o auditor líder, equipo auditor(opcional), comité PAMEC, de calidad y/o mejoramiento continuo), así mismo manifiesta que se hace necesario, que se adopte

MARCO TEORICO:

¿COMO SE REALIZÓ LA CONVOCATORIA?

- El día 18 de Septiembre del 2025, en conversación con la dra Cecilia Cogollo Pérez, se acordó que el día 20 de Septiembre, se realizaría la socialización del Seguimiento e Implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), como inicio del desarrollo del mismo.
- El día 20 de Septiembre del 2.025, nos reunimos en la oficina de la Secretaria de Salud, con las Dras Cecilia Cogollo, Secretaria de Salud Municipal, Olga Barbas Directora de Salud Pública, Ma Teresa Rada Coordinadora Vigilancia Epidemiológica, Sirly Vertel Rivas, Profesional de Apoyo a la gestión de Auditoria, donde ya se encontraban quienes ya estaban organizados para recibir la socialización.

METODOLOGÍA UTILIZADA:

El día 20 de Septiembre del 2025 a las 08:00 a.m, el equipo de Gestión se desplazó a la Secretaria de Salud de Santa Cruz de Mompós, para la realización de la actividad de socialización, durante la actividad se procedió de la siguiente manera:

- Se realizó la presentación del equipo de Gestión, se explicó el objetivo de la jornada de formación a los asistentes el equipo de trabajo de la Secretaria.
- Se dio inicio al proceso de Socialización objeto de esta actividad.
- Toma de evidencias del desarrollo de la actividad.
- Cierre de la actividad.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL FACILITADOR

La Asesora del proceso dra Luz Raquel Martínez Piñeres, sensibilizo al equipo de la Secretaria de Salud sobre la importancia de realizar el Proceso de Seguimiento e Implementación del PAMEC, es por ello que, en términos generales, consideramos que se obtuvo una respuesta positiva y satisfactoria por parte de los asistentes.

ACTIVIDADES ADICIONALES:
No se realizo ninguna actividad adicional.

HALLAZGOS:

- La dra Cecilia Cogollo y su equipo muestran el acta de Cierre de 2.024 y los procesos priorizados para el 2.025 para en base a ellos definir la Ruta Critica y Cronograma de actividades a realizar en este año. Los participantes manifiestan su agrado y disposición de seguir colaborando durante este proceso.

COMPROMISOS:

- Asesorar en el proceso de Evaluación teniendo en cuenta lo establecido en el Acta de Cierre del Pamec 2.024, y en la elaboración de la Ruta Critica y Cronograma del Pamec 2.025.
- Garantizar una implementación efectiva, sistemática y continua del programa.
- Colaborar con la alta dirección y los equipos de trabajo en la elaboración del programa de auditoría, definiendo objetivos claros, alcance, cronogramas y procesos prioritarios a auditar, alineados con los estándares de calidad esperada y las normativas aplicables.
- Formar a los equipos en la comprensión de los procedimientos, estándares y herramientas de auditoría, como listas de verificación y software de gestión de calidad.
- La asesora se compromete en continuar con estas acciones educativas.

CONCLUSIÓN:

Una vez finalizada la actividad se concluye, que se logró impactar positivamente a los asistentes, acerca de la socialización realizada para el equipo de la Secretaria de Salud del municipio de Santa Cruz de Mompox, Bolívar.

Hubo una asistencia de 4 personas, miembros del equipo de la Secretaria de Salud, que participaron en

la actividad realizada.

Finalizada la actividad y cumpliendo con el objetivo, se logra sensibilizar al equipo de la Secretaria de Salud.

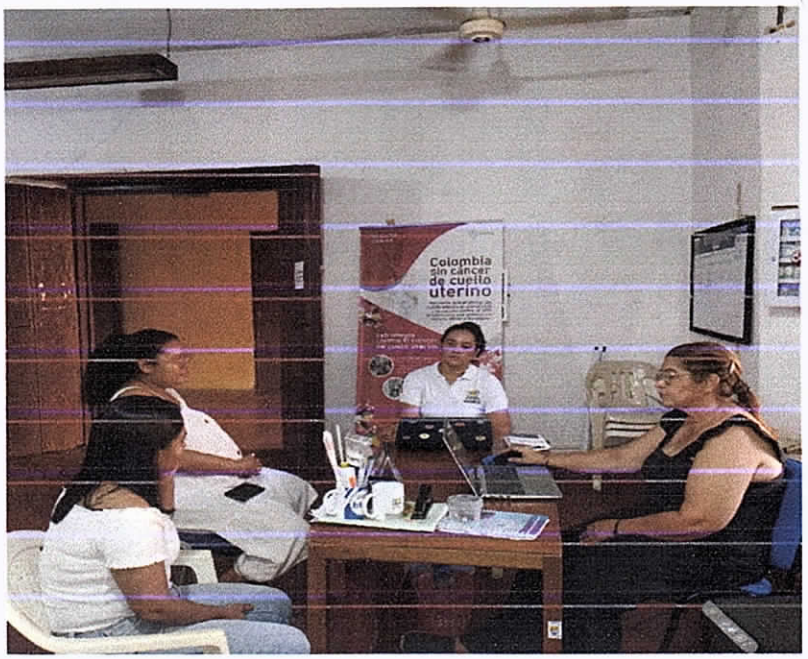
Actividad de Gestión, el 20 de Septiembre de 2025 a las 12:00 pm. Se anexan soportes fotográficos en medio digital y oficio de articulación en medio físico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS (4 fotos por actividad)



Socialización del Seguimiento e Implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC),





socialización del Seguimiento e Implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC),

Dirigido a: Secretaria de Salud Municipal y su equipo de trabajo.

Tipo de Actividad: Personal de Salud

Número de personas que participaron de la actividad: 4 personas

Responsables de la Actividad:

LUZ RAQUEL MARTINEZ PIÑERES
Profesional universitario
Equipo Gestión

ANEXOS ADICIONALES:

- Actas de articulación de la actividad.
- Firmas de participantes.

ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE
MOMPOX

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PAMEC

Lugar: secretaria de Salud Municipal – Alcaldía Santa Cruz de Mompós.
Fecha: 10 de julio del 2025
Hora: 10:00 a.m.

Asunto: Conformación del Equipo PAMEC para el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud

En la ciudad de Santa Cruz de Mompós, siendo las 10:00 a.m. del día 10 de julio de 2025, se reunieron las personas que se detallan a continuación, con el propósito de conformar el Equipo PAMEC (programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad), en cumplimiento de las disposiciones normativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, establecidas por el ministerio de Salud y Protección social de Colombia. este acto responde al compromiso de la Alcaldía de Santa Cruz de Mompós de garantizar servicios de excelencia, equitativos y accesibles para toda la población, mediante la implementación de procesos de mejora continua que fortalezcan la gestión territorial de la salud pública.

Asistentes:

Cecilia Cogollo Pérez – Secretaria de Salud Municipal

Shirley Bertel – Líder de Calidad

María Teresa Rada – Vigilante Epidemiológica

Olga Barbas Ciodaro – Coordinadora de Salud Pública

Con el firme propósito de consolidar un sistema de salud municipal eficiente, equitativo y de alta calidad, se procede a la conformación oficial del Equipo PAMEC de la Alcaldía de [Nombre del Municipio]. Este equipo será el encargado de liderar, implementar y supervisar las acciones de auditoría y mejora continúa establecidas en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, en cumplimiento de las normativas nacionales y los lineamientos del Plan Territorial de Salud. Los asistentes, en pleno ejercicio de sus funciones y con un compromiso irrevocable, acuerdan lo siguiente:

1. La Doctora Cecilia Cogollo Pérez, en su calidad de Secretaria de Salud Municipal, asumirá la dirección y supervisión general del Equipo PAMEC, velando por la articulación con las políticas departamentales de salud.

2. Shirley Bertel, como Líder de Calidad, será la responsable de coordinar la implementación de las acciones de mejora, así como de monitorear los indicadores de calidad establecidos.

4. Olga Barbas Ciodaro, Coordinadora de Salud Pública, liderará las estrategias de promoción y prevención en el marco del PAMEC, asegurando la participación comunitaria.

5. El Equipo PAMEC se compromete a reunirse con periodicidad mensual para evaluar de manera rigurosa los avances del programa, identificar brechas en la prestación de servicios de salud, y ejecutar acciones correctivas inmediatas que garanticen el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Territorial de Salud.

6. Se acuerda la elaboración de un plan de trabajo anual del PAMEC, con metas específicas, indicadores de seguimiento y cronogramas definidos, que será presentado ante las autoridades municipales competentes para su aprobación y seguimiento.

Cumplidos los objetivos de la reunión y habiendo consolidado un compromiso firme y colectivo con la mejora continua de los servicios de salud en el municipio de Santa Cruz de Mompós, se da por finalizada la sesión a las 11:00 a.m.
Los presentes firman el acta en constancia de su participación activa y su compromiso inquebrantable con las responsabilidades asignadas, reafirmando su dedicación a la construcción de un sistema de salud municipal robusto, equitativo y centrado en el bienestar de la ciudadanía.

ORIGINAL FIRMADO
Doctora Cecilia Cogollo Pérez
Secretaria de Salud

ORIGINAL FIRMADO
Shirley Bertel
Líder de Calidad

ORIGINAL FIRMADO
María Teresa Rada
Vigilante Epidemiológica

ORIGINAL FIRMADO
Olga Barbas Ciodaro
Coordinadora de Salud Pública

AUTOEVALUACIÓN FRENTE A PROCESOS DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA – RES 518/15

Proceso: GESTÓN DE LA SALUD PÚBLICA
Subproceso: GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INDIVIDUALES
Responsable del Proceso: SECRETARIO DE SALUD
Responsable del Subproceso: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Fecha: Septiembre 20 de 2.025

Definición:
Es el proceso que desarrolla todos los aspectos relacionados con la atención en los servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad para la promoción de la salud, detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa, bajo la responsabilidad del Ente Territorial o las EAPB, según sea el estado de afiliación del individuo al Sistema de Salud y con la realización de las atenciones por parte de los prestadores de servicios de salud.

Involucra la gestión y disposición de recursos (físicos, tecnológicos, humanos y financieros) que posibilite el acceso real y efectivo a los servicios; con resolutividad y calidad, mediante la organización y articulación de los prestadores primarios y complementarios en redes integrales de servicios de salud, con el fin de reducir probabilidad de enfermar y en caso de presentarse la enfermedad, mitigar sus efectos y posibilitar su recuperación.

Requiere la integración con los demás procesos de gestión de la salud pública, de acuerdo a lo plasmado en las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).

Objetivo:
Garantizar el acceso de la población a los servicios de salud integrales y resolutivos, satisfacer las necesidades razonables de atención en salud de la población, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la ciudadanía, cumpliendo con principios orientadores tales como: 1. Reconocer que el principal objetivo del sistema es mejorar la salud de la población; 2. Promover los enfoques de atención centrada en la persona y el de salud familiar y comunitaria; 3. Mejora continua de la calidad de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de las diferentes formas y modalidades de prestación de servicios, en el marco de la Política de Atención Integral de Salud - PAIS y el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, de manera que la organización dé respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, de acuerdo a las condiciones particulares de la población, en especial a aquella en condición de vulnerabilidad, al ámbito territorial, al entorno y en el marco del enfoque de curso de vida.

Alcance:
Inicia con el análisis de las necesidades de atención en salud de los individuos, la familia y la comunidad de una población asignada o afiliada, incluye tipo y cantidad de atenciones requeridas por esta población, el establecimiento de la oferta disponible y la completitud y suficiencia de la misma con relación a las necesidades de la población y las adaptaciones a las RIAS, que resulten pertinentes de acuerdo al ámbito territorial, el establecimiento de los prestadores primarios y complementarios para atender a la población, la definición de los mecanismos que garanticen la integralidad, complementariedad y suficiencia de las atenciones contratadas para la atención de la población a cargo. Implica la información a la población correspondiente acerca de la red de atención, las condiciones para acceder a la misma, los derechos deberes y trámites administrativos para el uso de la red y el desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia. Finaliza con el monitoreo y evaluación de la calidad de la

prestación de los servicios de salud, el acceso y el uso de los recursos y el logro de resultados en salud.

CRITERIO	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DE ESTE PROCESO			
Establecimiento de las necesidades de atenciones de una población. ¿El ente territorial municipal, establece las necesidades o cuenta con un diagnóstico, en términos de tipo de atención, cantidad, condiciones de accesibilidad, geográfica y sociocultural, riesgos en salud, etc., de su población, en concordancia con el Análisis de Situación de Salud (ASIS)	X		
Definición y establecimiento de las RIAS a ser implementadas en el territorio. RES 3280/18. ¿El municipio tiene definidas cuales son las RIAS que deben implementarse en el territorio y de las adaptaciones necesarias para dar respuesta a las condiciones de la población y del mismo?	X		**Implementadas en la ESE de primer nivel**
Redes integrales de prestación de servicios. RES 3280/18. ¿En el territorio, la red de prestación de los servicios individuales de salud, está organizada en el marco de las redes integradas de prestación de servicios de salud? Implica la contratación, organización, operación articulada de los prestadores de servicios, bajo la coordinación y responsabilidad de las EAPB y ente territorial para la prestación de los servicios contenidos en los planes de beneficios. Incluye la definición de prestadores primarios y complementarios.			
Información sobre la red de prestadores de servicios y los mecanismos y trámites para el acceso a los servicios. ¿El municipio tiene definidos e implementa mecanismos (procesos o procedimientos documentados y formalizados) de información a la población bajo su responsabilidad sobre la red de prestadores de servicios, prestador primario asignado, prestadores complementarios, atenciones que prestan, condiciones para acceder a los servicios, trámites administrativos a realizar, programas especiales desarrollados, y de seguimiento a los desarrollados por el prestador y contratados con la EAPB?		X	
Sistema de referencia y contrarreferencia ¿El ente territorial tiene definidas y documentadas las rutas de atención propias de la EAPB o en cumplimiento de normas y procedimientos vigentes en el ente territorial, mecanismos y aspectos inherentes a la referencia y contrarreferencia de pacientes, responsabilidades de la EAPB en el proceso de	X		

referencia y contrarreferencia y en los mecanismos de traslado de usuarios y pacientes?			
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ¿El ente territorial tiene definidos, documentados y cuenta con soportes de implementación de mecanismos para garantizar que los prestadores de servicios de salud habilitados en el municipio desarrollen un sistema obligatorio de garantía de la calidad, que incluya: el sistema de habilitación como obligatorio, el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, ¿el sistema de información y por último el proceso de acreditación? Se refiere a un proceso de desarrollo de capacidades, que incluya temática para el fomento y desarrollo del SOGC.		X	
Monitoreo y seguimiento de red ¿La entidad tiene definidos, documentados e implementados procedimientos para evaluar la operación de la red, en términos de accesibilidad, suficiencia, oportunidad, continuidad y resolutividad de la red, así como el cumplimiento de los hitos establecidos en las RIAS (RES 3280/18) y disponer los ajustes pertinentes a fin de cumplir los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y en las demás normas vigentes; así como los procedimientos para monitorear el cumplimiento de las EAPB en los mismos aspectos, actuar en lo de su competencia o informar a la Superintendencia Nacional de Salud?	X		
Interrelación con las acciones colectivas ¿El municipio, tiene definidos y documentados mecanismos para articular las acciones colectivas con la prestación de servicios individuales a cargo de las EAPB, el fin de realizar ejecución de manera conjunta de acuerdo a las competencias de los diferentes actores y enmarcado en las RIAS implementadas en el territorio?		X	
PRODUCTOS ESPERADOS PARA MUNICIPIOS DE CATERGORIA 6			
Modelo Integral de Atención en Salud implementado.			
Acciones de coordinación, verificación, monitoreo y evaluación del acceso de la población a los servicios con calidad, implementadas bajo la coordinación del departamento.	X		
Intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud	X		

pública dirigidas a la población pobre no asegurada contratadas con su red.			
Intervenciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública desarrolladas por los prestadores de su jurisdicción monitoreadas y evaluadas en el marco de la Res. 4505 de 2012, las RIAS y demás normatividad relacionada, bajo la coordinación del departamento	X		
Acciones necesarias para la modernización institucional de los prestadores públicos definidas y gestionadas con el departamento, en el marco del plan territorial de salud y plan bienal de inversiones.	X		**Hay dos proyectos en tramite en la ESE de primer nivel**
Atención a la población víctima del conflicto armado monitoreada y evaluada de conformidad con lo establecido en la Ley 1448 de 2011.	X		
NORMATIVIDAD RELACIONADA			
Resolución 518 de 2.015			

HERRAMIENTAS

PARTICIPANTES		
NOMBRES	**CARGO**	**FIRMA**
CECILIA COGOLLO PEREZ	SECRETARIA DE SALUD	ORIGINAL FIRMADO
OLGA BARBAS CIODARO	COORDINADORA DE SALUD PUBLICA	ORIGINAL FIRMADO
SIRLY BERTEL	PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN DE AUDITORIA	ORIGINAL FIRMADO
MARIA TERESA RADA	COORDINADORA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ORIGINAL FIRMADO

Bibliografía:

Documento técnico elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Res. 518 de 2015
Bogotá D.C. diciembre de 2016.

DESARROLLAR UN PROCESO DE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) DE MANERA CONTINUA CENTRADO EN LA RUTA CRITICA: AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

DESARROLLAR UN PROCESO DE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) DE MANERA CONTINUA CENTRADO EN LA RUTA CRITICA: AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.		
HORA INICIO: 8.AM	**HORA FINALIZACIÓN: 10:AM**	**FECHA: Diciembre 19 de 2.025**
Lugar:	Secretaria de Salud – Mompós, Bolívar	
Dependencia que convoca:	Gestión Alcaldía Municipal – Fundación Rehabilitar es Amar	
Eje estratégico	Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	
Actividad:	Desarrollar un proceso de seguimiento e implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de manera continua centrado en la Ruta crítica: Autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.	
Proceso:	Intervención de información en salud	
Objetivos:	• Fortalecer la gestión territorial de salud: Coordinar y supervisar la prestación de servicios de salud en el ente territorial, articulando la red de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia, y monitoreando indicadores de calidad y satisfacción del usuario para mejorar la experiencia de la población, especialmente la no afiliada (PPNA). • Garantizar la calidad de la atención en salud mediante un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejora. • Monitorear la suficiencia de la red de servicios: Evaluar la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios ofrecidos, incluyendo la asignación de citas, camas hospitalarias, y el manejo de quejas, reclamos y peticiones (PQR), para garantizar la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los estándares de atención	

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 08:am del 19 de Diciembre del 2025, en la Secretaria de Salud del municipio de Santa Cruz de Mompós, en el marco de las actividades de gestión, contrato N° MPX-CD-2025097 del 2025, suscrito entre la Alcaldía Municipal de Santa Cruz de Mompox y la Fundación Rehabilitar es Amar, la asesora para el Proceso de Seguimiento e Implementación del PAMEC, dra Luz Raquel Martínez Piñeres, inicia

la actividad, teniendo en cuenta que dentro del anexo técnico del contrato suscrito se encuentra esa actividad, por lo anterior, se llevo a cabo una socialización y análisis del informe de evaluación final y cierre del PAMEC con el equipo PAMEC, e invitando a los ejecutores de los procesos seleccionados para el mejoramiento, actualizar la autoevaluación de conformidad con los estándares o requisitos de la NTCGP:1000:2009 que se lograron implementar y las mejoras del proceso identificadas, replantear la selección y priorización de los procesos a mejorar, la definición de la brecha entre la calidad esperada y observada y proyectar el plan de mejoramiento y plan de acción de calidad para la siguiente vigencia incorporando nuevas acciones de mejoramiento según nuevos requisitos de calidad superior a alcanzar, dando continuidad a las acciones que no se pudieron ejecutar e incorporando la acciones para garantizar el mantenimiento de los estándares de calidad superior alcanzados.

¿COMO SE REALIZÓ EL PROCESO?

- El día 9 de Octubre del 2025, nos reunimos con la dra Paola Vargas, funcionaria de la Secretaria de Salud Departamental, de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, la dra Cecilia Cogollo Pérez, Secretaria de Salud Municipal, la dra Sirly Vertel R, Profesional de Apoyo a la gestión de Auditoria, en donde recibimos instrucciones referentes a la elaboración de la MATRIZ RUTA CRITICA DEL PAMEC.
- Teniendo en cuenta sus instrucciones se inicia la elaboración del instrumento.

METODOLOGÍA UTILIZADA:

- Se inicia el proceso de Autoevaluación actualizada de conformidad con los estándares o requisitos de la norma NTCGP:1000:2009, desde el punto 4 hasta el 8 de dicha norma; productos de las etapas desde la selección de procesos a mejorar hasta la definición de la brecha entre la calidad esperada y observada reformulados para implementar en la siguiente vigencia; proyección del plan de mejoramiento y plan de acción de calidad vigencia para incorporar en el Plan de Acción en Salud vigencia 2026 (PAS); proyecto de fortalecimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL FACILITADOR

La Asesora del proceso dra Luz Raquel Martínez Piñeres, sensibilizo al equipo de la Secretaria de Salud sobre la importancia de realizar el Proceso de Seguimiento e Implementación del PAMEC, es por ello que, en términos generales, consideramos que se obtuvo una respuesta positiva y satisfactoria por parte de los asistentes.

COMPROMISOS:

- Garantizar una implementación efectiva, sistemática y continua del programa.

- Colaborar con la alta dirección y los equipos de trabajo en la elaboración del programa de auditoría, definiendo objetivos claros, alcance, cronogramas y procesos prioritarios a auditar, alineados con los estándares de calidad esperada y las normativas aplicables.
- La asesora se compromete en continuar con estas acciones educativas.

CONCLUSIÓN:

Una vez finalizada la actividad se concluye, que se logró impactar positivamente a los asistentes, acerca de la socialización realizada para el equipo de la Secretaria de Salud del municipio de Santa Cruz de Mompox, Bolívar.

Hubo una asistencia de 3 personas, miembros del equipo de la Secretaria de Salud, que participaron en la actividad realizada.

Finalizada la actividad y cumpliendo con el objetivo, se logra sensibilizar al equipo de la Secretaria de Salud.

Actividad de Gestión, el 19 de Diciembre de 2025 a las 10:00 am.

Dirigido a: Secretaria de Salud Municipal y su equipo de trabajo.

Tipo de Actividad: Personal de Salud

Número de personas que participaron de la actividad: 3 personas

Responsables de la Actividad:

LUZ RAQUEL MARTINEZ PIÑERES
Profesional universitario
Equipo Gestión

República de Colombia Gobernación de Bolívar	INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC)	CÓDIGO	
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	12/01/2024
		PÁGINA	2 DE 10

OBJETIVO
Desarrollar los pasos de la ruta critica de Autoevaluación y Selección de Procesos a Mejorar, según las pautas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad .
INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO
1. El registro de la informacion **DEBE** cumplir estrictamente con los parámetros definidos en el presente instructivo.
2. Los campos destinados para registro de información **DEBEN** ser diligenciados con la informaciòn correspondiente.
3. Todos los archivo soporte de la informacion registrada **DEBEN** ser adjuntados en version PDF o venir protegido contra escritura.
4. Cumplir de manera estricta los tèrminos establecidos en los lineamientos dados por la Secretarìa de Salud Departamental para la entrega de la información.
DESCRIPCION DL LLENADO DE INFORMACION EN EL FORMATO:
MUNICIPIO: Registre en este campo el nombre del municipio sede de la entidad
NIT DEL MUNICIPIO : Registre en este campo el NIT del municipio
NOMBRE DE LA ENTIDAD : En este campo registre el nombre de la Entidad (DLS, IPS, EPS).
NIT DE LA ENTIDAD : Registre en este campo el NIT de la Entidad.
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD: En este campo registre el nombre del representante legal de la Entidad.
AUTOEVALUACIÓN
ESTANDAR / COMPETENCIA : Hace referencia a las las normas del SGSSS que rigen el desempeño de la entidad: DLS(Competencias Ley 715 de 2001, Articulo 44): IPS publicas (Estandares de Acreditación-Resolución 5095 de 2018 y Resolución 1328 de 2021).
AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA : Corresponde a la evaluación que realiza la entidad al grado de avance para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
FORTALEZAS: Enuncie Los factores de éxito teniendo en cuenta el grado de cumplimiento delas dimensiones de enfoque, implementacion y resultado(Resolucion 2082 de 2014).
SOPORTE DE LA FORTALEZA: relacione las evidencias con las que cuenta la organización que den cuenta de la fortaleza descrita.
OPORTUNIDADES DE MEJORA: Defina la oportunidad de mejora que la entidad identifica y cebe desarrollar en el plan de accion de la vigencia para garantizar el cumplimiento del estandar/ competencia que rige el desempeño misional de la Entidad. Tenga en cuenta que la OM es la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada en los proceso, procedimientos, protocolos, guias o manuales a través del enfoque, la implementación y los resultados esperados.
AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA: Corresponde a la calificación numerica que se asigna al grado de avance hacia la calidad esperada en el cumplimiento dei estandar/ competencia que se determina con base en la HOJA RADAR definida por el MSPS para el desarrollo de la metodologia de Autoevaluación del PAMEC, disponible al final de la hoja del instructivo
NOTA: En caso de insertar filas inserte la formula de sumatoria en la columna O
SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

PROCESO A MEJORAR : Identifique el proceso institucional estrechamente relacionado con la oportunidad de mejora propuesta. Recuerde que la selección de los procesos a mejorar son responsabilidad de la Alta Dirección de la Entidad, junto con los responsables de implementar el nivel del autocontrol.
PRIORIZACION DE PROCESOS
PRIORIZACION: identifique los puntos criticos de cada proceso a intervenir, en los cuales la organización va a concentrar sus esfuerzos para el mejoramiento, teniendo en cuenta los criterios de riesgo, costo, volumen definidos en la metodologia del MSPS , disponible al final de la hoja del instructivo .
DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA Y MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS (CALIDAD OBSERVADA)
CALIDAD ESPERADA significa establecer la meta a alcanzar según la oportunidad de mejora planteada para el estandar o competencia priorizado.
NOMBRE DEL INDICADOR DE RESULTADO : Enuncie el indicador d con el cual medirá la calidad esperada para cada oportunidad de mejora del estandar o competencia priorizada por la Entidad.
META: Refiera la meta del indicador de la calidad esperada.
MEDICION INICIAL - CALIDAD OBSERVADA DE PROCESOS PRIORIZADOS: Describa el nivel actual de desempeño de la Entidad, identificando la brecha entre lo esperado y lo observado
PLAN DE ACCION PARA PROCESOS SELECCIONADOS
ACCIONES DE MEJORAMIENTO: defina las actividades, estrategias o acciones con las cuales pretende desarrollar la oportunidad de mejora
NUMERO DE VECES A EJECUTAR LA ACCION DE MEJORA EN LA VIGENCIA: registre el numero de veces que se relziará la accion de mejora durante la vigencia
PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LA ACCION DE MEJORA . despliegue y seleccione de la frecuencia con la cual hará el seguimeinto a la accion de mejora programda
FECHA DE INICIO: registre la fecha de incio(dd/mm/aa) de la(s) actividades, estrategias o acciones programada(s) para su ejecución.
FECHA DE TERMINACION : registre la fecha de terminación (dd/mm/aa) de la(s) actividades, estrategias o acciones programada(s) para su ejecución.
RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA ACCION DE MEJORA registre el cargado del funcionario responsable del desarrollo de la accion de mejora en la organziacion.
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LOS RESULTADOS DE LA EJECUCION DE LA MEJORA : registre el cargo del responsable a realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de acción.
SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION
TOTAL ACCIONES DE MEJORA PLANEADAS PARA LA VIGENCIA : registre el numero total de actividades, estrategias o acciones programadas en cada oportunidad de mejora a ejecutar durante la vigencia.
TOTAL ACCIONES DE MEJORA EJECUTADA EN EL PERIODO: registre el numero total de actividades, estrategias o acciones ejecutadas en el periodo
PORCENTAJE DE AVANCE EN LA EJECUCION : la formula incertada registrará el porcentaje de avance en la ejecucion a corte del periodo segun lo programado para la vigencia
FECHA DE SEGUIMIENTO: registre la fecha (dd/mm/aa) en la cual se realizó el seguimiento a las actividades planeadas.
SOPORTE /DOCUMENTO QUE EVIDENCIE LA EJECUCION: enliste los soportes/documentos que adjunta como evidencia a la ejecución del plan acción
EVALUACION A LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION
TOTAL ACCIONES DE MEJORA PROGRAMADAS: registre el total de acciones de mejora programadas en la vigencoa para cada oportunidad de mejora
TOTAL ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS: registre el total de acciones e mejora ejecutadas según programacion durante la vigencia
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO : la formula incertada registrará el porcentaje ejecucion segun lo programado para la vigencia
FECHA DE CIERRE DEL PLAN DE ACCION: registre la fecha en la cual se cierrra el ciclo de las mejoras implementadas para cada oportunidad de mejora
META DE RESULTADO PROGRAMADA : registre la meta del indicador de resultado planteado en calidad esperada para la Oportunidad de Mejora.

META DE RESULTADO ALCANZADA: según la evaluación del resultado o avance alcanzado para el estandar de acreditación con la OM planteada, registre el valor alcanzada en la meta
CALIFICACION DEL RESULTADO : Frente a la calidad esperada despliegue y seleccione la calificación al resultado de la meta obtenido
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: consiste en potenciar los procesos de mejoramiento continuo; garantizar la efectividad en la organización manteniendo la calidad esperada y mejorando asi la satisfacción del usuario.
DESARROLLÓ APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL?: según los resultados de la calidad esperada desplieque y selección la respuesta según corresponda.
DOCUMENTOS QUE EVIDENCIEN LA REVISION DEL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: registre los mecanismos, instrumestos, documentos u otros soportes que evidencien la revisión del Aprendizaje Organizacional en cuanto a la estandarización, medicion y seguimiento de procesos relacionados con el estandar de acreditación.

HOJA RADAR

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE: Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA.	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÒN Y MEJORAMIENTO: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN: Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.					

DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENE INTERNO Y/O EXTERNO: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO: Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.					
PERTINENCIA: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.

AVANCE DE MEDICIÓN: Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeñc de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
TENDENCIA: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estandar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

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 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 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento

Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo altoo se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa	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.	Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo altoo se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa

ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE MOMPOX	
MUNICIPIO: MOMPOS - BOLIVAR	
NIT DEL MUNICIPIO: 890.480.643-3	
NOMBRE DE ENTIDAD: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	
NIT DE LA ENTIDAD: 890.480.643-3	
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD (ALCALDE): JUAN NICOLAS SINING CIODARO	
SECRETARIO DE SALUD: CECILIA COGOLLO PEREZ	
REQUISITO NTCGP:1000:2009	**FORTALEZA**
4.1 GENERALES	
Intencionalidad de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública: Identificar las situaciones que pueden impedir el logro de los objetivos o desarrollo de los procesos, minimizar su materialización a través de acciones correctivas (en el caso de que el riesgo se hayan materializado) o preventivas.	
La entidad tiene definidos y documentados procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, que le permitan cumplir con su función, según lo establecido en la ley 715 de 2001 y demas normas vigentes que la reglamentan, teniendo en cuenta principalmente la Resolución 518 de 2015 "por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para su ejecución"	**Tiene definidos y documentados procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, que le permitan cumplir con su función, según lo establecido en la ley 715 de 2001 y demas normas vigentes que la reglamentan, teniendo en cuenta principalmente la Resolución 518 de 2015 "por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen**

La entidad cuenta con un mapa de procesos donde se defina la secuencia e interacción de los mismos, y este es conocido por todo el personal de la organización, el cual tiene la claridad del proceso al que pertenecen y con cuales otros procesos se interrelacionan directa o indirectamente.	**La organización tiene implementado y desarrollado un mapa de procesos donde se defina la secuencia e interacción de los mismos, y este es conocido por todo el personal de la organización, el cual tiene la claridad del proceso al que pertenecen y con cuales otros procesos se**
La entidad tiene definidos y estandarizados en fichas técnicas indicadores de resultados para medir la efectividad de los procesos de la gestión de la salud pública, en concordancia con el análisis de situación de salud - ASIS y Plan Territorial de Salud del municipio.	X
Cuenta con formatos y/o resgistros adoptados por la entidad, para la recolección de información que permita operacionalizar los indicadores definidos, recursos presupuestales, humanos, físicos y/o tecnológicos necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.	X
Cuenta con un procedimiento documentado de medición, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión difinidos para cada uno de los procesos, que establezca responsabilidades, metodologías y periodicidad, y se generen los informes correspondientes que se utilice como insumo para la planeación y mejoramiento continuo de los procesos.	X
La entidad tiene documentado un proceso o procedimiento de mejora continua de los procesos de la gestión de la salud pública y tiene definidas acciones y mecanismos para su implementación, orientado a alcanzar alcanzar los resultados planificados.	X
Identifica, valora y analiza los riesgos o situaciones que puedan impedir el logro de los objetivos y desarrollo de cada proceso, y establece controles con el fin de minimizar su materialización a través de acciones correctivas (en el caso de que el riesgo se hayan materializado) o preventivas. Los controles pueden estar definidos dentro de los procedimientos o ser evidenciados como una acción resultado del análisis de los riesgos.	X
4.1.La entidad debe establecer documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7)	X

4.2.1.La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: a) las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad, b) el manual de la calidad, c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma, y d) los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento	X
4.2.2.La entidad debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el numeral 2.2), b) los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad, o referencia a los mismos, y	X
4.2.3.Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse.Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión; b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;	X
4.2.4.Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse. La entidad debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el	X
5.1.La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: a) La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas de la entidad acerca de la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente	X
5.2.La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse los numerales 7.2.1 y 8.2.1).	X
5.3.La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad: a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad; b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos establecidos. c) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar	X
5.4.1. La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la	X

5.4.2. La alta dirección debe asegurarse de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad, y b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.	X
5.5.1.La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad.	X
5.5.2 La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya:	X
5.5.3.La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.	X
5.6.1.La alta dirección debe revisar el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de	X
5.6.2 La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir: a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio, d) el estado de las acciones correctivas y preventivas.	X
5.6.3.Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos; b) la mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente, y	X
6.1.La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.	X

6.2.1.Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.La entidad debe: a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que	X
6.2.2. La entidad debe : a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio; b) proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria	X
6.3.La entidad debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable: a) edificios, espacio de trabajo y sus servicios asociados (por ejemplo: redes internas desuministro de servicios públicos o cableado estructural, entre otros)	X
6.4.La entidad debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	X
7.1.La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1). Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la	X
7.2.1 La entidad debe determinar: a) los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto;	X
7.2.2.La entidad debe revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que: a) están definidos los requisitos del producto y/o servicio;b) están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados	X
7.2.3.La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: a) la información sobre el producto y/o servicio, b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones, c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas, reclamos	X

7.3.1.La entidad debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto y/o servicio. Durante la planificación del diseño y desarrollo la entidad debe determinar: a) las etapas del diseño y desarrollo, b) la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo, y c)	X
7.3.2.Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio y mantenerse registros (véase el numeral 4.2.4). Estos elementos de entrada deben incluir: a) los requisitos funcionales y de desempeño	X
7.3.3.Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su aceptación. Los resultados del diseño y desarrollo deben: a) cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo;	X
7.3.4.En las etapas adecuadas deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para: a) evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, b) identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias	X
7.3.5.Se debe realizar la verificación, según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria (véase el numeral 4.2.4)	X
7.3.6.Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo, de acuerdo con lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que el producto y/o servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido.Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto y/o servicio. Deben mantenerse registros de los resultados	X
7.3.7.Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo debe incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado	X
7.4.1.La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, o en las disposiciones aplicables. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido debe depender de su impacto sobre: a) la realización del producto y/o prestación del servicio, o	X

7.4.2.La información descrita en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado: a) los requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos, b) los requisitos para la calificación del personal, y	X
7.4.3.La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables. Cuando la entidad o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la entidad debe establecer en los pliegos de condiciones o en las disposiciones	X
7.5.1.La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajocondiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable a) la disponibilidad de información que describa las características del producto y/o servicio	X
7.5.2.La entidad debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté en uso o se haya prestado el servicio. La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados	X
7.5.3.Cuando sea apropiado, la entidad debe identificar el producto y/o servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio. La entidad debe identificar el estado del producto y/o servicio, con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto o la prestación del servicio. Cuando la trazabilidad sea un requisito, la entidad debe controlar y registrar la	X
7.5.4.La entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando. La entidad debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriora o de algún otro modo se considera inadecuado para su uso, la entidad debe	X
7.5.5.La entidad debe preservar el producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto y/o servicio	X
7.6.La entidad debe determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (véase numeral 7.2.1). La entidad debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y de que se realizan de una manera coherente con los requisitos de	X

8.1.La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para: a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio, b) asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad, y c) mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la	X
8.2.1Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información	X
8.2.2.La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad y b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva	X
8.2.3.La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia). El seguimiento y la medición del impacto (efectividad) de la gestión tanto en el logro de los	X
8.2.4.La entidad debe hacer un seguimiento y medir las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1). Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación	X
8.3.La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme	X
8.4.La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos generados por el resultado del seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes	X
8.5.1.La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección	X

8.5.2.La entidad debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X
8.5.3.La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para:	X

ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE MOMPOX	FORMATO PARA SELECCIÓN DE PROCESOS

MUNICIPIO: MOMPOS - BOLIVAR	**0**
NIT DEL MUNICIPIO: 890.480.643-3	**0**
NOMBRE DE ENTIDAD: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	**0**
NIT DE LA ENTIDAD: 890.480.643-3	**0**
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD (ALCALDE): JUAN NICOLAS SINING CIODARO	
SECRETARIO DE SALUD: CECILIA COGOLLO PEREZ	**0**

REQUISITO NTCGP:1000:2009)	OPORTUNIDADES DE MEJORA
La entidad tiene definidos y documentados procesos estrategicos, misionales, de apoyo y evaluación, que le permitan cumplir con su función, según lo establecido en la ley 715 de 2001 y demas normas vigentes que la reglamentan, teniendo en cuenta principalmente la Resolución 518 de 2015 "por medio de la cual se dictan disposiciones en	Documentar procesos estrategicos, misionales, de apoyo y evaluación, que le permitan cumplir con su función, según lo establecido en la ley 715 de 2001 y demas normas vigentes que la reglamentan, teniendo en cuenta principalmente la Resolución 518 de 2015 "por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se
La entidad cuenta con un mapa de procesos donde se defina la secuencia e interacción de los mismos, y este es conocido por todo el personal de la organización. el cual tiene la claridad del proceso al que pertenecen y con cuales otros procesos se interrelacionan directa o indirectamente.	Implementar y desarrollar un mapa de procesos donde se defina la secuencia e interacción de los mismos, y este es conocido por todo el personal de la organización, el cual tiene la claridad del proceso al que pertenecen y con cuales otros procesos se interrelacionan directa o indirectamente
La entidad tiene definidos y estandarizados en fichas técnicas indicadores de resultados para medir la efectividad de los procesos de la gestión de la salud pública, en concordancia con el análisis de situación de salud - ASIS y Plan Territorial de Salud del municipio.	Definir y estandarizar en fichas técnicas indicadores de resultados para medir la efectividad de los procesos de la gestión de la salud pública, en concordancia con el análisis de situación de salud - ASIS y Plan Territorial de Salud del municipio.
Cuenta con formatos y/o resgistros adoptados por la entidad, para la recolección de información que permita operacionalizar los indicadores definidos, recursos presupuestales, humanos, físicos y/o tecnológicos necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.	Diseñar e implementar formatos y/o resgistros acoptados por la entidad, para la recolección de información que permita operacionalizar los indicadores definidos, recursos presupuestales, humanos, físicos y/o tecnológicos necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.

Cuenta con un procedimiento documentado de medición, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión difinidos para cada uno de los procesos, que establezca responsabilidades, metodologías y periodicidad, y se generen los informes correspondientes que se utilice como insumo para la planeación y mejoramiento continuo de los procesos.	Implementar, adoptar, socializar y medir un procedimiento documentado de medición, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión difinidos para cada uno de los procesos, que establezca responsabilidades, metodologías y periodicidad, y se generen los informes correspondientes que se utilice como insumo para la planeación y mejoramiento continuo de
La entidad tiene documentado un proceso o procedimiento de mejora continua de los procesos de la gestión de la salud pública y tiene definidas acciones y mecanismos para su implementación, orientado a alcanzar alcanzar los resultados planificados.	Implementar, adoptar, socializar y medir un proceso o procedimiento de mejora continua de los procesos de la gestión de la salud pública y tiene definidas acciones y mecanismos para su implementación, orientado a alcanzar alcanzar los resultados planificados.
Identifica, valora y analiza los riesgos o situaciones que puedan impedir el logro de los objetivos y desarrollo de cada proceso, y establece controles con el fin de minimizar su materialización a través de acciones correctivas (en el caso de que el riesgo se hayan materializado) o preventivas. Los controles pueden estar definidos dentro de los procedimientos o ser	Identificar, valorar y analizar los riesgos o situaciones que puedan impedir el logro de los objetivos y desarrollo de cada proceso, y establece controles con el fin de minimizar su materialización a través de acciones correctivas (en el caso de que el riesgo se hayan materializado) o preventivas. Los controles pueden estar definidos dentro de los
4.1.La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7)	Establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestion de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7)
4.2.1.La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: a) las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad, b) el manual de la calidad, c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta	Documentar el Sistema de Gestión de la Calidad, el cual debe incluir: a) las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad, b) el manual de la calidad, c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta
4.2.2.La entidad debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el numeral 2.2)	Establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el numeral 2.2), b) los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de
4.2.3.Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse.Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;	Controlar los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad, establecer un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;
4.2.4.Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse. La entidad debe establecer un procedimiento documentado para definir los	Establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables

5.1.La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: a) La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan	Proporcionar evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: a) La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan
5.2.La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse los numerales 7.2.1 y 8.2.1).	Asegurar por parte de la alta dirección que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse los numerales 7.2.1 y 8.2.1).
5.3.La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad: a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad; b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos	Asegurarse por parte de la alta dirección de que la política de la calidad: a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad; b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos
5.4.1. La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser	Asegurar por parte de la alta dirección de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la
5.4.2. La alta dirección debe asegurarse de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad, y b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando	Asegurar por parte de la alta dirección de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad, y b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando
5.5.1.La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad.	Asegurar por parte de la alta dirección de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad
5.5.2 La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya:	Designar por parte de la alta dirección un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios
5.5.3.La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad	Asegurar por parte de la alta dirección de que se establecan los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad

285

5.6.1.La alta dirección debe revisar el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema	Revisar por parte de la alta dirección de que el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar
5.6.2 La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir: a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o	Revisar por la dirección la información de entrada debe incluir: a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio
5.6.3.Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos; b) la mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del	Incluir todas todas las desiciones y acciones en los resultados de la revisión realizada por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos;
6.1.La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus	Determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos
6.2.1.Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.La entidad debe:	Realizar trabajos por parte de los servidores públicos y/o particulares que afecten la conformidad de las funciones públicas con los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.La entidad debe: a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o
6.2.2. La entidad debe : a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio; b) proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la	La entidad debe : a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio; b) proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la
6.3.La entidad debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable: a) edificios, espacio de trabajo y sus servicios asociados (por ejemplo: redes internas desuministro de servicios públicos o cableado estructural	Determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria por parte de la entidad para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable: a) edificios, espacio de trabajo y sus servicios asociados (por ejemplo: redes internas desuministro de servicios públicos o cableado estructural
6.4.La entidad debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	Determinar y gestionar por parte de la entidad el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.

7.1.La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1)	Planificar y desarrollar en la entidad los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio por parte de la entidad. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1)
7.2.1 La entidad debe determinar: a) los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto;	Determinar los requisitos relacionados: a) los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto;
7.2.2.La entidad debe revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que: a) están definidos los requisitos del producto y/o servicio;b) están	Revisar por parte de la entidad los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que: a) están definidos los requisitos del producto y/o servicio; b)
7.2.3.La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: a) la información sobre el producto y/o servicio, b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones, c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas	Determinar e implementar por parte de la entidad las disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: a) la información sobre el producto y/o servicio, b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones, c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas
7.3.1.La entidad debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto y/o servicio. Durante la planificación del diseño y desarrollo la entidad debe determinar: a) las etapas del diseño y desarrollo, b) la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del	Planificar y controlar el diseño por parte de la entidad y el desarrollo del producto y/o servicio. Durante la planificación del diseño y desarrollo la entidad debe determinar: a) las etapas del diseño y desarrollo, b) la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del
7.3.2.Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio y mantenerse registros (véase el numeral 4.2.4). Estos elementos de entrada deben incluir: a) los requisitos funcionales y de desempeño,	Determinar los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio y mantenerse registros (véase el numeral 4.2.4). Estos elementos de entrada deben incluir: a) los requisitos funcionales y de desempeño, b) los requisitos legales y reglamentarios aplicables,
7.3.3.Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su aceptación. Los resultados del diseño y desarrollo deben: a) cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y	Proporcionar de manera adecuada los resultados del diseño y desarrollo para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su aceptación. Los resultados del diseño y desarrollo deben: a) cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y
7.3.4.En las etapas adecuadas deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para: a) evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, b) identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias	Realizar revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado en las etapas adecuadas (véase el numeral 7.3.1), para: a) evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, b) identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias

7.3.5.Se debe realizar la verificación, según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria (véase el numeral 4.2.4)	Realizar la verificación, según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria (véase el numeral 4.2.4)
7.3.6.Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo, de acuerdo con lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que el producto y/o servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido.Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o	Realizar la validación del diseño y desarrollo, de acuerdo con lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que el producto y/o servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido.Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o
7.3.7.Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo debe incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el	Identificar los cambios del diseño y desarrollo y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo debe incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya
7.4.1.La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, o en las disposiciones aplicables. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido debe depender de su impacto sobre:	Asegurar que el producto y/o servicio adquirido por la entidad cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, o en las disposiciones aplicables. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido debe depender de su impacto sobre:
7.4.2.La información descrita en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado: a) los requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos	Incluir los siguientes requisitos la información descrita en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado: a) los requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos
7.4.3.La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables. Cuando la entidad o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las	Establecer e implementar por parte de la entidad la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables. Cuando la entidad o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las
7.5.1.La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajocondiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable a) la disponibilidad de información que describa las características del producto y/o	Planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas es deber de la entidad;dichas condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable a) la disponibilidad de información que describa las características del producto y/o
7.5.2.La entidad debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto está en uso o se haya prestado el servicio	Validar por parte de la entidad todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté en uso o se haya prestado el servicio

7.5.3.Cuando sea apropiado, la entidad debe identificar el producto y/o servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio. La entidad debe identificar el estado del producto y/o servicio, con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la	Identificar el producto y/o servicios por medios adecuados es deber de la entidad cuando sea apropiado, a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio. La entidad debe identificar el estado del producto y/o servicio, con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la
7.5.4.La entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando. La entidad debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se	Cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando son un deber de la entidad, como tambien debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se
7.5.5.La entidad debe preservar el producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también a las partes constitutivas de un	Preservar el producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos es deber de la entidad. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también a las partes constitutivas de un
7.6.La entidad debe determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (véase numeral 7.2.1). La entidad debe establecer procesos para asegurarse de que el	Determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados es deber de la entidad (véase numeral 7.2.1). Como tambien debe establecer procesos para asegurarse de que el
8.1.La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para: a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio, b) asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad, y c) mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema	Planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora son deber de la entidad para: a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio, b) asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad, y c) mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema
8.2.1Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.	Realizar el seguimiento de la información, relativa a la persepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos como tambien deben determinar los métodos para obtener y utilizar dicha información es deber de la entidad como una de las medidas del desempeño del sistema de la calidad.
8.2.2.La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad y	Llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas es deber de la entidad para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad y
8.2.3.La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)	Aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición es deber de la entidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)

8.2.4.La entidad debe hacer un seguimiento y medir las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1). Debe mantenerse evidencia de la conformidad con	Determinar el seguimiento y medir las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos es deber de la entidad. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1). Debe mantenerse evidencia de la
8.3.La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o	Asegurar de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos es deber de la entidad, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Y establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme
8.4.La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos	Determinar, recopilar y analizar los datos apropiados por la entidad para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos generados por el resultado del seguimiento y
8.5.1.La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas.	Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad es deber de la entidad,mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección
8.5.2.La entidad debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	Tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los
8.5.3.La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.	Determinar acciones por parte de la entidad, para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los

CÓDIGO	
VERSIÓN	1
FECHA DE APROBACIÓN	12/01/2024
PÁGINA	4 DE 10

Regresar

PROCESO A MEJORAR (SEGÚN MAPA DE PROCESOS DE LA ENTIDAD, EL RESPONSABLE DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA)
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS ESTRATEGICOS

297

PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS

PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS

PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESO DE APOYO
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESO MISIONAL

PROCESO MISIONAL
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESO MISIONAL
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES

PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESO DE APOYO
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES

PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESOS MISIONALES
PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESO DE EVALUACIÓN

PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESO DE EVALUACIÓN
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS

ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE MOMPOX	FORMATO PARA PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A ME
MUNICIPIO: MOMPOS - BOLIVAR	0
NIT DEL MUNICIPIO: 890.480.643-3	0
NOMBRE DE ENTIDAD:SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	0
NIT DE LA ENTIDAD: 890.480.643-3	0
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD (ALCALDE): JUAN NICOLA	0
SECRETARIO DE SALUD: CECILIA COGOLLO PEREZ	0

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESOS ESTRATEGICOS	Documentar procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, que le permitan cumplir con su función, según lo establecido en la ley 715 de 2001 y demas normas vigentes que la reglamentan, teniendo en cuenta principalmente la Resolución 518 de 2015 "por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se
PROCESOS ESTRATEGICOS	Implementar y desarrollar un mapa de procesos donde se defina la secuencia e interacción de los mismos, y este es conocido por todo el personal de la organización, el cual tiene la claridad del proceso al que pertenecen y con cuales otros procesos se interrelacionan directa o indirectamente
PROCESOS MISIONALES	Definir y estandarizar en fichas técnicas indicadores de resultados para medir la efectividad de los procesos de la gestión de la salud pública, en concordancia con el análisis de situación de salud - ASIS y Plan Territorial de Salud del municipio.
PROCESOS ESTRATEGICOS	Diseñar e implementar formatos y/o resgistros acoptados por la entidad, para la recolección de información que permita operacionalizar los indicadores definidos, recursos presupuestales, humanos, físicos y/o tecnológicos necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.

PROCESO DE EVALUACIÓN	Implementar, adoptar, socializar y medir un procedimiento documentado de medición, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión difinidos para cada uno de los procesos, que establezca responsabilidades, metodologías y periodicidad, y se generen los informes correspondientes que se utilice como insumo para la planeación y mejoramiento continuo de
PROCESO DE EVALUACIÓN	Implementar, adoptar, socializar y medir un proceso o procedimiento de mejora continua de los procesos de la gestión de la salud pública y tiene definidas acciones y mecanismos para su implementación, orientado a alcanzar alcanzar los resultados planificados.
PROCESOS ESTRATEGICOS	Identificar, valorar y analizar los riesgos o situaciones que puedan impedir el logro de los objetivos y desarrollo de cada proceso, y establece controles con el fin de minimizar su materialización a través de acciones correctivas (en el caso de que el riesgo se hayan materializado) o preventivas. Los controles pueden estar definidos dentro de los
PROCESOS ESTRATEGICOS	Establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestion de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7)
PROCESOS ESTRATEGICOS	Documentar el Sistema de Gestión de la Calidad, el cual debe incluir: a) las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad, b) el manual de la calidad, c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta
PROCESOS ESTRATEGICOS	Establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el numeral 2.2), b) los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de
PROCESOS ESTRATEGICOS	Controlar los documentos requeridos por el Sistema de Gestion de la Calidad, establecer un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;
PROCESOS ESTRATEGICOS	Establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables

PROCESOS ESTRATEGICOS	Proporcionar evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: a) La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurar por parte de la alta dirección que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse los numerales 7.2.1 y 8.2.1).
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurarse por parte de la alta dirección de que la política de la calidad: a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad; b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurar por parte de la alta dirección de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurar por parte de la alta dirección de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad, y b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurar por parte de la alta dirección de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad
PROCESOS ESTRATEGICOS	Designar por parte de la alta dirección un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios
PROCESOS ESTRATEGICOS	Asegurar por parte de la alta dirección de que se establecan los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

PROCESOS ESTRATEGICOS	Revisar por parte de la alta dirección de que el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar
PROCESOS ESTRATEGICOS	Revisar por la dirección la información de entrada debe incluir: a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio
PROCESOS ESTRATEGICOS	Incluir todas todas las decisiones y acciones en los resultados de la revisión realizada por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos;
PROCESOS DE APOYO	Determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos
PROCESOS ESTRATEGICOS	Realizar trabajos por parte de los servidores publicos y/o particulares que afecten la conformidad de las funciones públicas con los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.La entidad debe: a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o
PROCESOS ESTRATEGICOS	La entidad debe : a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio; b) proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la
PROCESOS ESTRATEGICOS	Determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria por parte de la entidad para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable: a) edificios, espacio de trabajo y sus servicios asociados (por ejemplo: redes internas desuministro de servicios públicos o cableado estructural
PROCESO MISIONAL	Determinar y gestionar por parte de la entidad el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.

PROCESO MISIONAL	Planificar y desarrollar en la entidad los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio por parte de la entidad. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1)
PROCESOS ESTRATEGICOS	Determinar los requisitos relacionados: a) los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto;
PROCESOS ESTRATEGICOS	Revisar por parte de la entidad los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que: a) están definidos los requisitos del producto y/o servicio; b)
PROCESOS ESTRATEGICOS	Determinar e implementar por parte de la entidad las disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: a) la información sobre el producto y/o servicio, b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones, c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas
PROCESOS ESTRATEGICOS	Planificar y controlar el diseño por parte de la entidad y el desarrollo del producto y/o servicio. Durante la planificación del diseño y desarrollo la entidad debe determinar: a) las etapas del diseño y desarrollo, b) la revisión, verificación y validación apropiadas para cada etapa del
PROCESOS MISIONALES	Determinar los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio y mantenerse registros (véase el numeral 4.2.4). Estos elementos de entrada deben incluir: a) los requisitos funcionales y de desempeño, b) los requisitos legales y reglamentarios aplicables
PROCESOS MISIONALES	Proporcionar de manera adecuada los resultados del diseño y desarrollo para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su aceptación. Los resultados del diseño y desarrollo deben: a) cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y
PROCESOS MISIONALES	Realizar revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado en las etapas adecuadas (véase el numeral 7.3.1), para: a) evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, b) identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias