ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PAMEC VIGENCIA 2026



Responsable	Cargo	Nombre completo	Firma
Elaboró	Contratista	Ecoservicios.	
Revisó	Coordinador Médico	Consuelo Escorcia Moreno	
Aprobó	Gerente	Yesenia Hernández Hernández	

Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

PRESENTADO POR: YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ

GERENTE

MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO – CESAR

JULIO DEL 2026

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION 5

2. JUSTIFICACION 7

3. OBJETIVOS 9

3.1. OBJETIVO GENERAL 9
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 9

4. APLICACIÓN Y ALCANCE 10

5. RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL PAMEC 10

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA 11

6.1. GENERALIDADES 11
6.2. RESEÑA HISTORICA 13
6.3. GEOREFERENCIA 14

6.4. PRESENTACION: 14

6.5. OBJETIVOS INSTITUCIONALES 16
6.6. MISIÓN. 18
6.7. VISIÓN 18
6.8. VALORES DEL CODIGO DE INTEGRIDAD 18
6.9. NUESTROS PRINCIPIOS 20
6.10. POLÍTICA DE CALIDAD 22
6.11. POLÍTICA DE SEGURIDAD 22
6.12. ESTRUCTURA ORGÁNICA GENERAL DE LA ESE 23
6.13. MAPA DE PROCESOS 24

7. MARCO LEGAL (NORMATIVIDAD) 29

8. MARCO CONCEPTUAL 30

9. METODOLOGIA 33

9.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA 34

..... 34

9.1.1. AUTOEVALUACION 35

9.1.1.1. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN Y EQUIPO LÍDER DE LA RUTA CRÍTICA DE PAMEC 37

9.1.1.1. CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD "PAMEC" 2026. 40

9.1.1.2. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION 40

9.1.2. SELECCIÓN DE PROCESOS 46
9.1.3. PRIORIZACION DE PROCESOS DE MEJORA 48
9.1.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA 52
9.1.5. MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS-CALIDAD OBSERVADA... 53
9.1.6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 56
9.1.7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO..... 60
9.1.8. EVALUACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO. 62
9.1.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL 64

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Servicios habilitados 12
Tabla 2 Equipos de autoevaluación 37
Tabla 3 Promedio Calificación 45
Tabla 4 consolidado 45
Tabla 5 Procesos seleccionados 47
Tabla 6 Criterios de priorización 48
Tabla 7 Semaforización Priorización 50
Tabla 8 Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora 50
Tabla 9 Oportunidades de mejora priorizadas 50
Tabla 10 Estándares de acreditación Priorizados 51
Tabla 12 Acciones de mejora 61
Tabla 13 Formato seguimiento plan de acción 63
Tabla 14 Semaforización de cumplimiento 63

1. INTRODUCCION

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES es una entidad prestadora de servicios de salud de baja de complejidad que presentaba demasiadas no conformidades en la operación integral por procesos, lo anterior fue el punto de partida para iniciar un camino de búsqueda de la calidad, en el cual el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la prestación de servicios de salud que a continuación se desarrolla, es uno de los insumos básicos para realizar la medición, valoración y ajuste del desarrollo institucional.

Con este programa y su implementación se espera que los procesos prioritarios de la ESE aseguren su desarrollo y con ello obtener la satisfacción de los usuarios.

El Decreto 1011 de 2006, en sus artículos 39 y 44 define y reglamenta “el Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Las instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios”.

El programa de auditoría se formula en forma concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, en esta formulación se define la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, así como la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, basada en normas técnicas, científicas y administrativas, con el fin de establecer medidas correctivas frente a las desviaciones encontradas.

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, se va a documentar siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, basado en una autoevaluación de los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en baja complejidad por la Resolución 1328 del 2021, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, generando acciones planificadas y sistemáticas con la participación de la gerencia; garantizando el mejoramiento de los procesos de la ESE y el cumplimiento de los objetivos y política de calidad.

La Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres no es ajena a dicha realidad y para dar trámite a estos requerimientos está implementando el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC), por medio del cual se pretende mejorar los procesos críticos que afectan directamente la calidad en la prestación delos servicios.

Para lo cual se están realizando actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos que se definieron como prioritarios mediante la aplicación de matrices para tal fin, se comparó la calidad observada y la calidad esperada en estos procesos, y se definieron las guías y normas técnicas, científicas y administrativas de estos procesos, con el fin de adoptar las medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas en el proceso de auditoria con el objetivo de establecer y mantener las condiciones de mejora realizadas.

2. JUSTIFICACION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 1122 de 2007, estableció la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamentó posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y MUNICIPALES de Salud.

Este Sistema de calidad se desarrolló a través de 4 componentes, uno de ellos; la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud fue señalado como obligatorio para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de beneficios).

Teniendo en cuenta esta reglamentación, y la convicción de consolidar a la institución como líder en la prestación de servicios de salud, la ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES implementa la tercera versión del programa de auditoría.

A través de la implementación de este programa se espera reducir el número de no conformidades y riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Este documento ha sido elaborado según las pautas de Auditoría emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, define el modelo para evaluar sistemáticamente

el nivel de cumplimiento, frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación en salud establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), comparando la calidad observada frente a la calidad esperada establecida, identificando brechas de desempeño para implementar acciones de mejoramiento, que conlleven a la institución a niveles superiores de calidad.

Por ser una IPS pública, en cada vigencia se debe planear el desarrollo de la ruta crítica completa, por lo cual durante el primer trimestre se deberá realizar autoevaluación de la gestión del año inmediatamente anterior frente a los estándares del Sistema único de Acreditación, se analiza el resultado de los indicadores de Sistema de Información para la calidad, las observaciones emitidas dentro de las auditorias recibidas tanto internas como externas, así como el componente trazador de la seguridad del paciente.

La implementación y el seguimiento del PMCC 'se realiza considerando la diferencia en el avance de la ejecución en las sedes hospitalarias y en las ambulatorias, ya que la ESE es una IPS con sedes integradas en red y, al finalizar el ciclo se realiza nuevamente un ejercicio de aprendizaje organizacional, con el fin de cerrar el ciclo P-H-V-A.

Para el ciclo de aprendizaje organizacional, el enfoque se orienta hacia la mejora continua de los procesos, el respeto a los derechos del paciente, su seguridad, la humanización de la atención, la información y la comunicación que se le da al usuario y su familia empleando la metodología propuesta por el Ministerio y lo establecido por la normatividad vigente

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar una herramienta organizacional que impacte en la gestión en salud de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, a través del desarrollo de acciones de medición, seguimiento y control de la atención en salud, de forma que se garantice a la población la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la autoevaluación de los estándares de calidad para evaluar el estado actual de la institución y a partir de allí tomar decisiones que van encaminadas a buscar el mejoramiento continuo de los procesos direccionados a la satisfacción del usuario.

- Generar un proceso de evaluación y seguimiento permanente de los procesos seleccionados como prioritarios dirigidos a la participación y retroalimentación que faciliten el aprendizaje organizacional. Crear planes de mejoramiento que faciliten a la institución el cumplimiento de las metas trazadas para alcanzar la calidad en todos los procesos y lograr la satisfacción de los usuarios.

- Crear espacios de participación de todos los miembros de la institución para el intercambio de conocimientos que nos lleven a la adopción de la cultura de calidad y del autocontrol.

- Dar continuidad al desarrollo de las etapas que siguen en el proceso de acreditación para que la institución logre cumplir los máximos estándares de calidad.

- Definir la calidad esperada que permita alcanzar estándares superiores de calidad para los procesos seleccionados, estableciendo la meta.

- Identificar la calidad observada, verificando en qué nivel de cumplimiento de la meta se encuentra la Institución.
- Elaborar e implementar un plan de mejoramiento que permita lograr la calidad esperada en la ESE (disminución de la brecha entre calidad observada y calidad esperada).

- Implementar una metodología que permita hacer seguimiento, tanto al cumplimiento del plan de mejoramiento, como a la efectividad de las acciones implementadas. Si se logra el resultado deseado, evaluar qué pudo pasar y realizar los ajustes del caso.

4. APLICACIÓN Y ALCANCE

El alcance va desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la Empresa Social del Estado HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, permitiendo el fortalecimiento de los procesos Institucionales a partir de identificación de no conformidades que se conviertan en Oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada en acreditación, teniendo como base los estándares superiores de calidad, promoviendo la construcción de planes de mejoramiento costo- efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de los procesos en favor del usuario.

5. RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL PAMEC

La responsabilidad de la ejecución del Plan de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad en Salud será de los responsables de los Macroprocesos y los líderes de procesos considerados como prioritarios, con el acompañamiento y orientación del ***Equipo líder del Pamec liderado por la Gerencia y el auditor responsable de su cumplimiento y seguimiento.***

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA

6.1. GENERALIDADES

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres Empresa Social del Estado es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable Concejo Municipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993.

Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidades actuales de servicio, con actividades: de promoción y prevención; consulta externa (médica y odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

La Gerencia del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo

local equitativo.

Reconoce que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES
NIT: 824.000.542-7
Representante legal actual: YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ.
Dirección: Carrera 1E No 6-30
Teléfono: 5769055-5769211
Correo electrónico: hosjagua@hotmail.com.

SERVICIOS DECLARADOS TRANSICION RESOLUCION 3100 DEL 2019.

Tabla 1 Servicios habilitados

GRUPO DEL SERVICIO	CODIGO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
INTERNACION	101	GENERAL ADULTO
INTERNACION	102	GENERAL PEDIATRICA
INTERNACION	112	OBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERIA
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOOBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICION Y DIETETICA
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGIA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRIA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGIA
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACION
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLINICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACEUTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRA DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS
ATENCION INMEDIATA	1101	ATENCION DEL PARTO
ATENCION INMEDIATA	1102	URGENCIAS
ATENCION INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

6.2. RESEÑA HISTORICA

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, es un ente público dedicado a la prestación de servicios de salud, iniciando su proceso evolutivo en el año 1967 como puesto de salud del municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, seguidamente continuo con un avance progresivo convirtiéndose en una entidad descentralizada mediante acuerdo municipal No 008 de septiembre 010 de 1994, cuando fue creado y reglamentado como centro materno infantil y más adelante transformado en empresa social del estado según acuerdo municipal No 008 de Diciembre de 1995.

Dentro de su área de influencia se encuentra adscrito los centros de salud de los tres corregimientos que posee el municipio: La Palmita, La Victoria de San Isidro y Boquerón.

Estamos ubicados en el municipio de La Jagua de Ibirico, centro del departamento del Cesar, cerca de las estribaciones de la cordillera oriental de los andes, ramal de los motilones, en la región subcentral a 118 Km, de la ciudad de Valledupar.

Limita al norte con Becerril, al sur con el Municipio de Chiriguana, al oriente con Venezuela y al occidente con el paso.

6.3. GEOREFERENCIA

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES se encuentra ubicada en el municipio de La Jagua de Ibirico, el cual pertenece a la zona centro del Departamento del Cesar y tiene una superficie territorial de 852km2, se encuentra localizado a 150 metros de altura sobre el nivel del mar, siendo una temperatura promedio entre los 28° y 32°.

Límites del municipio:
Norte: Becerril
Sur: Chiriguana
Oriente: Venezuela
Occidente: Chiriguana y el Paso

Distancia de referencia: 118Kms de VALLEDUPAR

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES cuenta con una Sede Principal ubicada en el barrio las Malvinas, en la Carrera 1E No 6-30 y 3 sedes rurales ubicadas en el corregimiento de la Palmita, La victoria de San Isidro y Boquerón+.

6.4. PRESENTACION:

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres E.S.E., es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable Concejo Municipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidades actuales de servicio,

con actividades: de promoción y prevención; consulta externa (médica y odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

En esta forma de evaluación implica que la ESE, debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la Institución hasta que sale. La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento y desarrollo en un medio de ardua competencia y de altas demandas del usuario. La dirección del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines

esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo. Reconoce que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

6.5. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

General. Ofrecer servicios de salud de excelente calidad con recursos altamente calificados y competitivos que garanticen la satisfacción del cliente tanto interno como externo y la rentabilidad de la Institución.

Específicos

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

- Prestar los servicios de salud que la población requiera de primer nivel de atención y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.

- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus Servicios y funcionamiento.

- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

- Mejorar la calidad de vida de la población a través de la prevención, promoción y tratamiento de la salud.

- Facilitar el acceso de toda la comunidad a los servicios médicos ofrecidos dentro del grado de complejidad que le corresponde, estimulando la participación de los usuarios en la evaluación y control de gestión.

- Modernizar y mejorar continuamente la tecnología, los sistemas y los equipos complementados, los procesos más eficientes y eficaces posibles.

- Mantener recursos financieros para la operación y desarrollo normal del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, con énfasis en el incremento de ingresos directos y la oferta de los servicios.

- Optimizar los sistemas administrativos a través de la calidad en los procesos, el desarrollo y compromiso de sus servidores.

- Aumentar la cobertura en los programas del Hospital a fin de disminuir la morbilidad y mortalidad.

- A través de los diagnósticos presentar proyectos de salud cofinanciados dirigidos a mejorar la calidad de vida, modificando factores de riesgo promocionando la salud y previniendo la enfermedad de sus usuarios.

6.6. MISIÓN.

En la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres prestamos servicios integrales seguros y humanizados de baja complejidad para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, con profesionales altamente calificado y comprometido con el mejoramiento continuo y la implementación de la atención primaria en salud a través de las rutas integrales de atención en salud con el usuario como centro de nuestra atención, generando un compromiso de equidad, calidad y eficiencia.

6.7. VISIÓN

En el año 2040 La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres ser reconocido como un prestador líder en el sector salud a nivel departamental en el modelo de atención de gestión del riesgo y de Atención Primaria en Salud con la mejor capacidad resolutiva, gracias al respaldo de un talento humano excelente, garantizando una atención segura, humanizada y de calidad, siendo económicamente rentable y autosostenible.

6.8. VALORES DEL CODIGO DE INTEGRIDAD

Toda organización define una visión, una misión y unos valores que se constituyen en una trilogía o triada que le sirve de direccionamiento estratégico para sus objetivos, sus metas, sus estrategias, sus políticas y su sistema evaluativo, enmarcado todo ello por unos valores. Se entiende por valores institucionales aquellos referentes que una Entidad resalta por encima de muchos otros que se encuentran implícitos en su propia cultura organizacional, porque los considera de gran importancia y validez para todos sus propósitos y para que le sirvan de guía en su búsqueda de la excelencia empresarial.

Por esta razón los **Valores** de una organización pueden ser de diferente orden: Económicos, técnicos, políticos, religiosos, éticos, humanos, administrativos o de gestión, vitales, estéticos, intelectuales, entre otros. Los valores éticos que desarrolla un código de ética empresarial están fundamentados en sus valores corporativos

Los Valores, junto con los Principios y Creencias soportan la Cultura Organizacional, son la expresión de la filosofía empresarial en la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres. Por esta razón los **Valores** de una organización pueden ser de diferente orden: Económicos, técnicos, políticos, religiosos, éticos, humanos, administrativos o de gestión, vitales, estéticos, intelectuales, entre otros. Los valores éticos que desarrolla un código de ética empresarial están fundamentados en sus valores corporativos

Humanización: Reconozco al usuario y su familia como seres humanos integrales, desde sus dimensiones: física, emocional, racional, espiritual, social e intelectual, ofreciendo un servicio incluyente con trato digno, respetuoso, con calidad y calidez.

Honestidad: En la prestación del servicio, representada en la gestión y administración de los servicios y recursos, mediante un comportamiento ético, con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia, demostrando respeto por el usuario, quien requiere credibilidad y confianza en la Empresa. En nuestras actuaciones y decisiones nos empeñamos en trascender los objetivos, propósitos, creencias y gustos personales, de modo que impere siempre el bien común de las generaciones actuales y futuras. Nuestras actuaciones y decisiones como funcionarios públicos son impersonales.

Responsabilidad: Reflejada en el cumplimiento de los compromisos sociales e institucionales, con la realidad de sus acciones respondiendo en forma adecuada por los actos que se le confieren.

Eficiencia: Orientado al cumplimiento de los objetivos organizacionales con la pretensión de la optimización de recursos y asegurando la sostenibilidad económica ambiental y social de los procesos

Justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Calidad: garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. Nos esforzamos por el permanente mejoramiento de nuestros servicios formando un equipo humano de alto nivel técnico y profesional, que brinde seguridad y confianza a nuestros usuarios

6.9. NUESTROS PRINCIPIOS

Los Valores, junto con los Principios y Creencias soportan la Cultura Organizacional, son la expresión de la filosofía empresarial en la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres del municipio de La Jagua de Ibirico. Los principios de la ESE son

Lealtad: A partir del compromiso de las personas vinculadas a la ese, con su profesión u oficio, el sentido de pertenencia a hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ese debe mostrarse con la lealtad debida que ha de guardársele con cuidadoso celo.

Confiabilidad: La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE y cada uno de sus servidores públicos, han de mantener un ambiente de armonía, donde impere el espíritu de lealtad mutua y en donde la confianza, basada en la veracidad y el respeto también mutuos, propicie el desarrollo de los procesos necesarios para el cumplimiento de sus responsabilidades. Esta confianza, a su vez, facilita que el control sea entendido como una ayuda para el mejoramiento personal continuo, y el logro de los objetivos de cada funcionario en su puesto de trabajo.

Imagen Corporativa: La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES a través de su cultura organizacional, ha desarrollado su propia personalidad social, que se traduce en el alma colectiva observable, reconocida y valorada por su entorno. Cada miembro de la corporación, individual y colectivamente, ha de ser cuidadoso en el mantenimiento y mejoramiento de esta imagen, que debe responder siempre a las buenas prácticas culturales internas.

Entorno laboral interactivo: Se define como la construcción de un contexto ambiental de trabajo armonioso, equitativo, respetuoso y digno para el desarrollo de canales y actividades apropiadas de comunicación y enlace, a fin de garantizar la efectiva participación de todos los funcionarios y usuarios en la dirección, ejecución, seguimiento y mejoramiento de la gestión de la ESE.

Transparencia: Todo acto de los servidores públicos de la ese deberá ser y parecer absolutamente translúcido ante la entidad, ante sus grupos de interés y ante la comunidad en general, de modo tal que quien quiera observarlo encuentre en él la diafanidad de sus ejecutorias.

Respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas con sus virtudes y defectos sin importar su labor.

6.10. POLÍTICA DE CALIDAD

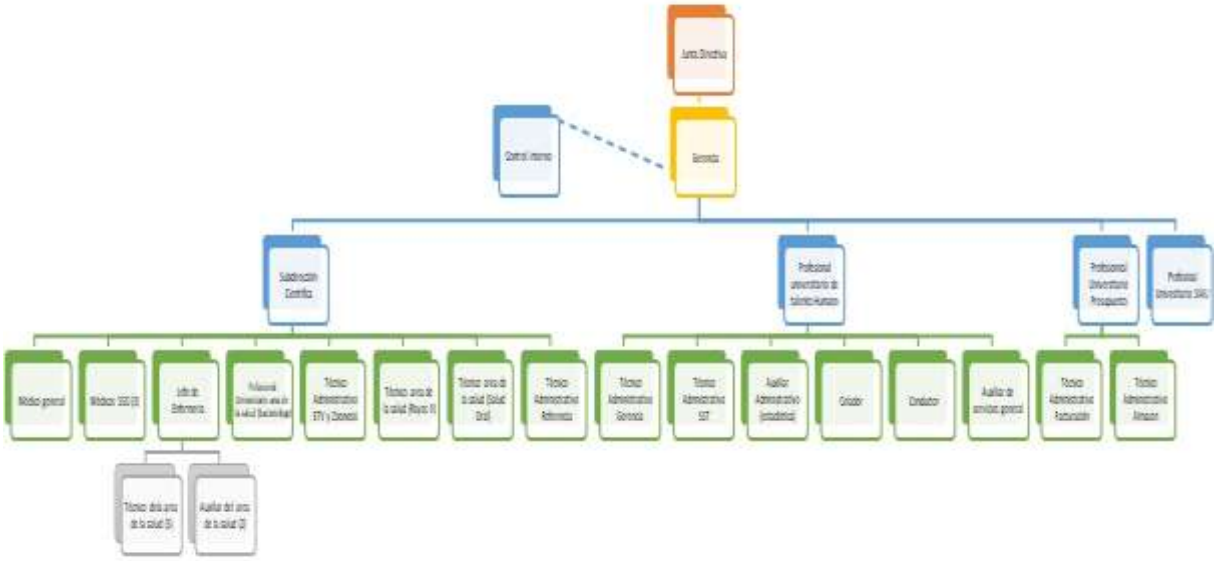
El hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES (E.S.E) expresa su compromiso de garantizar a nuestros usuarios servicios de salud, con estándares de calidad y de excelencia; igualmente a usar nuestros recursos de forma eficiente y a proteger el medio ambiente; a actuar con base a nuestros principios y valores corporativos y a convertir en nuestro horizonte la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios.

6.11. POLÍTICA DE SEGURIDAD

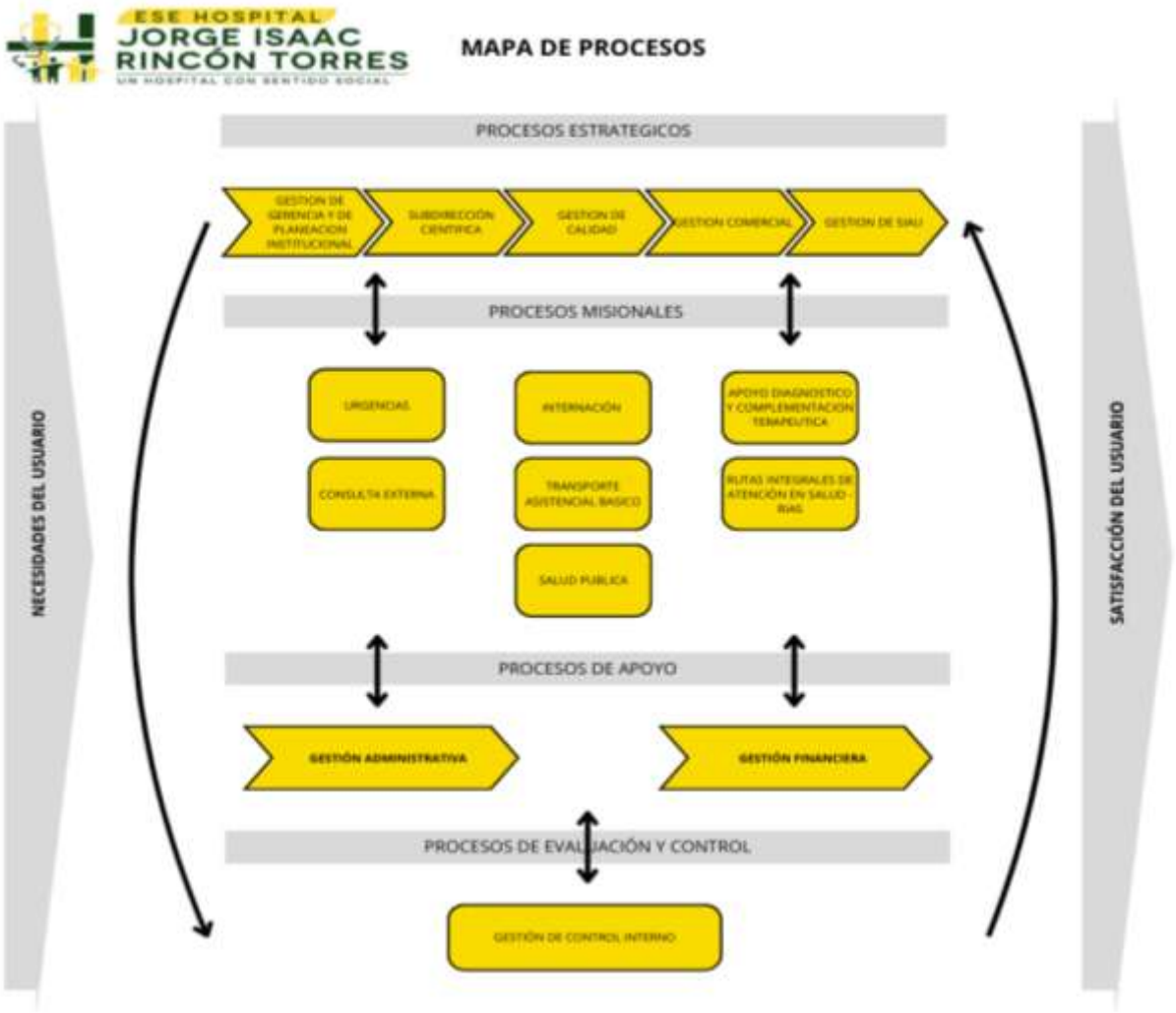
La ESE hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES se compromete a la aplicación de guías y/o protocolos de la medicina basada en la evidencia y al desarrollo de mecanismos que permitan crear la cultura de seguridad en el talento humano que interviene en los procesos asistenciales, administrativos, además, estimulará la captura de los eventos adversos que se generan o se pueden generar en la prestación del servicio, para luego investigar las causas de su ocurrencia y con base en este diagnóstico diseñar estrategias que permitan minimizar los riesgos derivados de la prestación del servicio.

Las estrategias que se desarrollaran se basan en el desarrollo de sistemas de información, monitoreo de indicadores, seguridad en la infraestructura física, tecnovigilancia de equipos médicos y dispositivos médicos, farmacovigilancia, direccionamiento-estratégico, desarrollando una cultura de procesos, procedimientos, auditoria y seguimiento.

6.12. ESTRUCTURA ORGÁNICA GENERAL DE LA ESE



6.13. MAPA DE PROCESOS



El Mapa de procesos del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, además de crearse para dar cumplimiento a la normatividad, se rediseñó pensando en una nueva forma de alcanzar resultados, estableciendo un modelo por procesos que permita a la Entidad y colaboradores, alinear sus actividades en una sola dirección, de manera que estén orientadas a brindar productos y servicios de calidad y lograr la satisfacción de nuestros partes interesadas, en cumplimiento de la misión, visión y objetivos trazados por la administración.

PROCESOS ESTRATÉGICOS.

GESTIÓN DE GERENCIA Y PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Comprende todas las acciones relacionadas con el direccionamiento estratégico del hospital. Incluye la toma de decisiones, formulación de políticas, seguimiento institucional y la orientación hacia el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA: Supervisa la calidad asistencial, la seguridad del paciente, el cumplimiento técnico y la humanización del servicio.

- **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO:** Asegura el funcionamiento seguro de la infraestructura, equipos biomédicos y servicios de apoyo.
- **PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES:** Orienta la preparación, mitigación y respuesta institucional ante emergencias.

GESTIÓN COMERCIAL: Proceso encargado de gestionar convenios, contratos y alianzas con EPS, ARL y demás entidades. Promueve y posiciona los servicios institucionales.

GESTIÓN DE CALIDAD: Garantiza estándares de eficiencia, seguridad, humanización y mejora continua en todos los procesos institucionales.

GESTIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO – SIAU: Encargado de la atención

al usuario, gestión de PQRS y fortalecimiento de la experiencia del usuario.

PROCESOS MISIONALES

URGENCIAS: Atención inmediata e integral a pacientes con riesgo vital o funcional.

INTERNACIÓN: Atención a pacientes hospitalizados para observación, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: Laboratorio, radiología, ecografías, terapias y demás servicios complementarios.

RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS): Procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

CONSULTA EXTERNA: Servicios ambulatorios como medicina general, enfermería, odontología, psicología, fisioterapia y controles clínicos.

TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO: Traslado seguro de pacientes que no requieren soporte vital avanzado.

SALUD PÚBLICA:

- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:** Realiza la identificación, seguimiento, análisis y notificación de eventos de interés en salud pública, con el fin de prevenir, controlar y mitigar riesgos que afecten a la población.

- **ETV Y ZOONOSIS:** Desarrolla acciones de prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas, contribuyendo a la protección de la salud individual y colectiva de la comunidad.

PROCESOS DE APOYO

GESTIÓN ADMINISTRATIVA:

- **GESTIÓN AMBIENTAL:** Asegura el cumplimiento de la normatividad ambiental, el manejo adecuado de residuos hospitalarios, el uso racional de los recursos naturales y la implementación de prácticas sostenibles dentro de la institución.
- **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:** Proceso que administra el ciclo laboral del personal del hospital: selección, contratación, capacitación, clima organizacional, SG-SST, bienestar laboral y evaluación del desempeño. Busca garantizar un equipo humano competente y alineado con los valores institucionales.
- **GESTIÓN DOCUMENTAL:** Organiza, administra y controla la documentación institucional conforme a normas archivísticas. Asegura la disponibilidad, acceso, conservación y trazabilidad de los documentos administrativos y asistenciales.
- **TICS Y COMUNICACIONES:** Gestiona los sistemas de información, infraestructura tecnológica, soporte técnico y comunicaciones internas y externas+. Garantiza la continuidad operativa de los sistemas que soportan la prestación de los servicios de salud.
- **GESTIÓN JURÍDICA:** Proceso que gestiona los asuntos legales del hospital: revisión de contratos, representación jurídica, conceptos legales, litigios, riesgos jurídicos y cumplimiento normativo.

GESTIÓN FINANCIERA:

- **FACTURACIÓN:** Realiza la facturación de los servicios prestados, verificando soportes, tarifas y requisitos normativos. Asegura que los servicios sean cobrados correcta y oportunamente.
- **CARTERA:** Gestiona la recuperación de los pagos adeudados por las entidades contratantes. Ejecuta seguimiento, conciliaciones, acuerdos de pago y estrategias de recaudo.

- **PRESUPUESTO:** Formula, ejecuta y controla el presupuesto institucional. Garantiza la disponibilidad de recursos financieros para el funcionamiento y desarrollo de los procesos.
- **ALMACÉN:** Proceso encargado de la recepción, almacenamiento, control y suministro de insumos, medicamentos, materiales y equipos. Asegura inventarios adecuados y eficientes.
- **CONTABILIDAD:** Registra, controla y reporta la información financiera del hospital conforme a las normas contables. Genera estados financieros y análisis para la toma de decisiones.
- **TESORERÍA:** Administra los recursos financieros, recaudos y pagos institucionales. Garantiza liquidez, cumplimiento de obligaciones y adecuada ejecución financiera.

PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

GESTIÓN DE CONTROL INTERNO: Supervisa el cumplimiento normativo, la eficiencia operativa, el manejo adecuado de recursos y los procesos de mejora continua.

- **Macroproceso Estratégico está compuesto por los procesos de:**
  - Gestión de Planeación Institucional
  - Gestión Comercial
  - Gestión de Calidad
  - Gestión de Sistema de Atención al Usuario
- **Macroproceso Misional está compuesto por los procesos de:**
  - Prestación de servicios de salud
    - Urgencias
    - Hospitalización

- Consulta Externa
- RIAS
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

- **Macroproceso de Apoyo está compuesto por los procesos de:**

  - Gestión Administrativa y Financiera

    - Facturación
    - Cartera
    - Presupuesto
    - Contabilidad
    - Tesorería
    - Gestión Ambiental
    - Gestión de Almacén
    - Gestión de Talento Humano
    - Gestión Documental y de comunicaciones
    - Gestión Jurídica.
    - TICS

7. MARCO LEGAL (Normatividad)

Resolución 2181 del 2008: por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.

Decreto 903 del 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación.

Resolución 2082 del 2014: Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad Sistema Único de Acreditación en Salud.

Decreto 780 de 2016, Parte 5, titulo 1, capitulo 4: Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Artículo 2.5.1.4.1hasta 2.5.1.4.9. Documento técnico: Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1328 del 2021: Por medio del cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 del 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Lista de chequeo del programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad Herramientas: Guías básicas para la auditoria en el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

8. MARCO CONCEPTUAL

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. (Decreto 780 del 2016. Artículo 2.5.1.1 Definiciones). Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándolos de manera responsable y creativa a su institución.

La calidad de los servicios de salud: La prestación de servicios de salud está sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos. Dentro de los conceptos predominantes actualmente de calidad en salud, está aquel que refleja la efectiva acción de la atención en salud y la satisfacción del usuario, en un equilibrio de costo efectividad. En Colombia se han establecido parámetros de

calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La calidad de los servicios de salud depende de un sistema conformado por tres elementos interdependientes entre sí que son:

a) La Estructura (los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica).

b) El proceso (las actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, ejemplo: el examen médico), y
c) El resultado (cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente).

Sobre estos tres componentes del sistema de servicios de salud, es que se establecen las pruebas para evaluar la calidad. (Indicadores trazadores, encuestas de satisfacción y otros).

Por otro lado, el contexto en el cual se desarrolla la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales.

ATENCION EN SALUD: Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Proceso de autocontrol, centrado en el Usuario y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos usuarios.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE: Coordinación y articulación de todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Los sistemas de atención en salud son de alto riesgo, por lo tanto, deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva como de manera proactiva, cuáles son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras para garantizar la seguridad de los usuarios.
BENEFICIOS: reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Tipos de acciones de auditoría: Para que el modelo opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado, se deben promover en la organización acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura del mejoramiento continuo y la del autocontrol.

El primer nivel corresponde al autocontrol, el segundo nivel a la auditoría interna y el tercer nivel a la auditoría externa.

En relación con la auditoría interna, la norma reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan, y son:

ACCIONES PREVENTIVAS: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

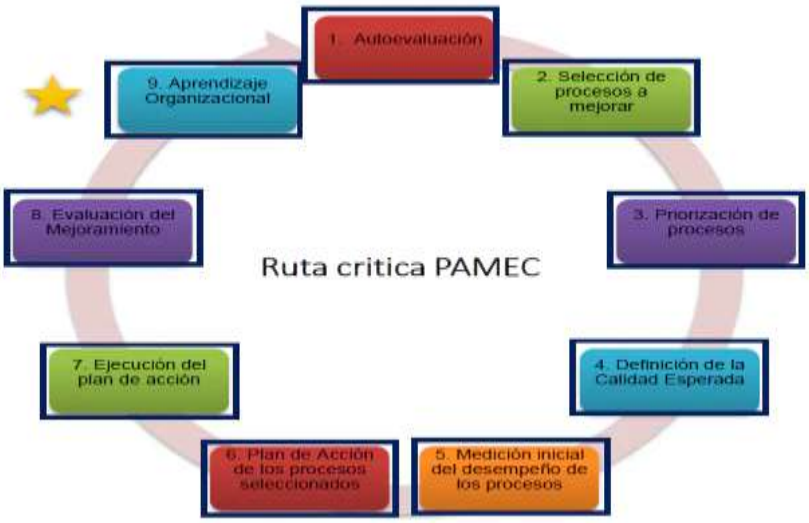
ACCIONES COYUNTURALES: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la Institución retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de la salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientada a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su ocurrencia.

La auditoría externa, "Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la Institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de la auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden"

9. METODOLOGIA

El PAMEC vigencia 2025 en la E.S.E HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, se desarrolla Siguiendo las recomendaciones y las indicaciones de las pautas y guías para implementar el programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, del Ministerio de la Protección Social y los pasos de la Ruta Crítica para el desarrollo el Mejoramiento de la calidad Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

9.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA



Previo al desarrollo de los pasos de la ruta crítica, se van a realizar una serie de Actividades como son:

- Realizar un Cronograma de trabajo, que permita determinar tiempos, actividades y objetivos a lograr en la autoevaluación.

- Sensibilización, de los del talento humano de la ESE en el proceso que se va a iniciar, esta etapa consiste en brindar conocimiento, crear conciencia y compromiso de los funcionarios con respecto a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud en todos sus componentes; se desarrollaran por lo tanto acciones basadas en el Programa de Fortalecimiento de la Cultura del auto control.

- Organizar los equipos de autoevaluación de los Estándares de Acreditación. Estos equipos van a estar conformados máximo por cinco personas y serán liderados por cada uno de los integrantes del equipo PAMEC, lo cual Permite establecer responsabilidades y dirección.

9.1.1. AUTOEVALUACION

Como sabemos la autoevaluación frente a los estándares de acreditación en salud incluye la verificación de los contenidos Asistenciales, de Direccionamiento, de Gerencia, de Gerencia del talento humano, de Gerencia del ambiente físico, de Gestión de la tecnología, de Gerencia de la información, y de Mejoramiento de la calidad.

El equipo de Pamec de la ESE están definidos por grupos de estándares de acreditación. Cada uno de estos equipos de los estándares de acreditación será dirigido por los integrantes del Equipo gerencial de PAMEC.

El proceso de auto evaluación, será más productivo para las instituciones en la medida que sea realizado por un porcentaje importante del talento humano de la ESE, como es el caso de los comités, dónde los equipos tienen una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, Lo importante en todo caso es que haya representatividad de los diferentes miembros de la organización.

Estos equipos de autoevaluación y mejoramiento de los estándares de acreditación en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES del Municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, van a estar liderados por los integrantes del equipo PAMEC y del auditor de calidad, que tendrán las siguientes funciones:

- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización.

- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de los estándares evaluados.

- Definir la escala numérica que muestre el grado de desarrollo institucional, como parte de la evaluación cuantitativa.

- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores el proceso de priorización de estándares y oportunidades de mejoramiento encontrados.
- Planear soluciones viables para la implementación de planes de mejoramiento que permitan cerrar las brechas en el desempeño.

- Apoyar en la definición de indicadores que permitan medir la calidad deseada.

- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.

- Desplegar las acciones de mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.

Los equipos de autoevaluación y mejoramiento quedaron conformados de la siguiente manera y frente a dimensiones de MIPG y grupo de estándares de la resolución 5095 y la resolución 1328 del 2021.

9.1.1.1. Conformación de los equipos de autoevaluación y equipo líder de la ruta crítica de PAMEC

ESTANDARES DEL GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL

Tabla 2 Equipos de autoevaluación

GRUPO N° 1 ESTANDARES DEL 1 AL 6			
DERECHOS DE LOS PACIENTES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACCESO, REGISTRO E INGRESO			
Coordinador SIAU	Subdirector Científico	Coordinador medico	Auditor

GRUPO N° 2 ESTANDARES DEL 7 AL 17			
EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO Y PLANEACION DE LA ATENCION, EJECUCION DEL TRATAMIENTO, EVALUACION DE LA ATENCION.			
Coordinador de PYMS	Regente	Subdirector Científico	Coordinadora PYMS

GRUPO N° 3 ESTANDARES DEL 18 AL 27			
SALIDA Y SEGUIMIENTO-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA-SEDES INTEGRADAS			
Coordinador de Facturación	Líder de calidad	Subdirector Científico	Coordinador de Urgencias.

ESTANDARES DEL GRUPO DE APOYO

GRUPO N° 4 ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIA, Y GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, Y GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO (DEL 28 AL 43)			
Jefe de Talento Humano	Gerencia	Líder de Gestión Ambiental	Líder de seguridad y salud en el trabajo

GRUPO N° 5 GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACION Y MEJORAMIENTO D LA CALIDAD ESTANDAR DEL 44 AL 52			
Ingeniero Biomédic	Ingeniero de Sistemas	Jefe de farmacia y/p Almacén	Auditor

Papel que sus líderes responsables de estándares tienen en la implementación de la ruta crítica.

Preparar la logística de la reunión de autoevaluación que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos, memorias. Organización de Los Papeles de Trabajo Para la autoevaluación.

Definir las funciones de los equipos de mejoramiento, para dar claridad del Papel que sus integrantes tienen en la implementación de la ruta crítica.

9.1.1.1. Cronograma para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud "PAMEC" 2026.

Se realizo la concertación y socialización del cronograma para la formulación de la ruta crítica del PAMEC.

VER ANEXO No 1

9.1.1.2. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION

La autoevaluación es la fase del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), en la cual mediante los equipos de autoevaluación de la ESE que se definieron por grupos de estándares de acreditación, se identifican las fortalezas y las oportunidades de mejora de estos y a que proceso de la institución afectan o están relacionados.

El referente para la autoevaluación son los estándares de acreditación definidos en la Resolución 1328 del 2021 o norma que los modifique o sustituya PARA INSTITUCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS y DE BAJA COMPLEJIDAD, los cuales corresponden a grupo de estándares Asistenciales, de direccionamiento, de gerencia, de gerencia del Talento Humano, de Gerencia de la Información, de Gerencia del Ambiente Físico, de Gestión de la Tecnología y los de mejoramiento de la Calidad.

Con base en los estándares mencionados anteriormente, la institución, ha diseñado el siguiente instrumento para llevar a cabo la autoevaluación:

Cada estándar se va a evaluar de manera cualitativa y cuantitativa así:

Calificación Cualitativa: En ésta se identifican las fortalezas relacionadas con cada estándar y criterio analizado y las oportunidades de mejora que pueden implementarse para su cumplimiento.

Calificación Cuantitativa: En ésta se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto. Aquí cada uno de los estándares se analiza en tres (3) dimensiones que corresponde a enfoque, implementación y resultado, en cada una de estas dimensiones se analizan las variables con base en las cuales se va a calificar.

Las dimensiones y variables son las siguientes:

Definiciones Diagnóstico Cualitativo:

FORTALEZAS: Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.

SOPORTE DE LAS FORTALEZAS: Si cree que el ítem analizado es una fortaleza deberá soportarlo con políticas, plan operativo, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas del flujo del proceso, Cronograma de trabajo, etc., y todos los documentos que pueden mostrarle al evaluador la madurez del proceso.

OPORTUNIDADES DE MEJORA: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación y los resultados esperados.

CALIFICACIÓN CUANTITATIVA (Tomado de la Resolución 2082 de 2014).

DIMENSIONES.

ENFOQUE: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Variables de enfoque.

Sistematicidad: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

Pro actividad: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad.

Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

IMPLEMENTACIÓN: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Variables de implementación:

Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.

Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

RESULTADOS: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Variables de resultados

Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.

Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.
A cada estándar se le califican las 10 variables de 1 a 5, según la tabla anterior por consenso del grupo a cada variable se le califica con el menor valor y la calificación del estándar, se da sacando el promedio de la calificación todas las variables. Al finalizar la calificación de todos los estándares aplicando el instrumento de calificación cuantitativo, se suma la calificación desde el enfoque y se divide por el número de variables, así mismo con los componentes de implementación y resultado, luego se suman los tres componentes, se dividen por tres y al final se suman todos los valores del estándar y se dividen por el número de estándares calificados, multiplicando este valor por el factor de corrección definido y si es necesario se aproxima al número entero más cercano. En otras palabras, posterior a la calificación de todos los estándares de cada grupo de estándares, para sacar la calificación del grupo de estándares, se promedia sumando el valor de todos los estándares y se divide por el número de estándares.

Para sacar la calificación global de la ESE se suman los valores de los grupos de estándares y se dividen por el número de grupos y ese sería el valor global de calificación

de la Entidad. Otra forma es realizar el mismo ejercicio por estándares y por grupo de estándares y luego el global, pero sacando el promedio con la formula en Excel.

Ya evaluados todos los estándares en las diferentes manuales y estándares del sistema único de acreditación, se realiza la consolidación de los instrumentos de autoevaluación diligenciados y calificados, con el fin de socializar a todos los empleados, se retroalimenta a los participantes de la autoevaluación sobre los estándares que se evaluaron, los hallazgos encontrados y la calificación global, obtenida con las fortalezas y las oportunidades de mejora definidas para pasar al siguiente paso.

Esta autoevaluación se debe realizar cada que se va a empezar un nuevo ciclo de mejoramiento, eso sí, siempre y cuando se haya realizado y cerrado todo un ciclo anterior

Esta autoevaluación forma parte del presento documento como Anexo de Autoevaluación estándares de acreditación Resolución 1328 del 2021.

Para la autoevaluación cuantitativa se adopta la Hoja Radar para consolidar Resultados de Autoevaluación la cual se consolida así:
Se puede hacer la suma por promedio Se define que los resultados finales se realicen según el promedio.

La implementación del Sistema Único de Acreditación – SUA, una vez cerrada la vigencia arrojo una calificación de **(1,82)** para la vigencia 2065 (Se anexan cuadros resumen de calificación de autoevaluación SUA).

RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2026

Tabla 3 Promedio Calificación

CALIFICACIÓN														
ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					
		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	PROMEDIO	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	PROMEDIO	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
CLIENTE ASISTENCIAL	1,95	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,91	1,83	1,74	1,90
DIRECCIONAMIENTO	1,88	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,60	1,60	1,60	1,76
GERENCIA	1,80	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,17	1,33	1,60
TALENTO HUMANO	1,65	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	1,50	1,00	1,00	1,30
AMBIENTE FÍSICO	1,77	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,67	1,00	1,00	1,53
TECNOLOGÍA	1,70	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,40
INFORMACIÓN	1,80	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,60
CALIDAD	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
PROMEDIO	**1,82**	**PROMEDIO**			**2,00**	**PROMEDIO**		**2,00**	**PROMEDIO**					**1,64**

Tabla 4 consolidado

Grupo de Estándares	Autoevaluación 2026		
	No de estándares por grupo	Estándares evaluados	Calificación Promedio
Asistenciales	27	27	1,95
Direccionamiento	5	5	1,88
Gerenciales	6	6	1,80
Gerencia del Talento Humano	2	2	1,65
Gerencia del Ambiente Físico	3	3	1,77
Gestión de Tecnología	2	2	1,70
Gerencia de la Información	3	3	1,80
Mejoramiento de la Calidad	5	5	2,00
Calificación de la vigencia 2026	**54**	**54**	**1,82**

Según lo evidenciado en el cuadro anterior se puede evidencia que el resultado de la calificación final de autoevaluación es de (1,82) para la vigencia 2026

VER ANEXO No 2. AUTOEVALUACION.

9.1.2. SELECCIÓN DE PROCESOS

Una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la auto evaluación, el equipo de la institución apoyado por el líder o el equipo PAMEC, de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben identificar a que procesos pertenecen O ESTAN AFECTANDO esas oportunidades de mejora.

La selección de procesos se realiza identificando cada uno de los procesos en los cuales hay oportunidad de mejora según la autoevaluación

La selección de procesos tiene como propósito Identificar los procesos prioritarios de la institución que Requieren mejoramiento para cumplir los estándares de acreditación.

Los pasos para la selección de procesos a mejorar son:

- Presentación general del informe de auto evaluación a todo el personal de la ESE.
- Entregar a los equipos el consolidado de la autoevaluación que cada uno de ellos realizó.
- Presentación de los procesos objeto de mejora de la institución, con el propósito de homologar y recordarlos a quienes participan en el ejercicio.
- Dinámica para que cada equipo de trabajo Identifique a que procesos pertenecen las oportunidades de mejoramiento.
- Dejar constancia del trabajo realizado.

Este paso de la ruta crítica involucra el modelo de operación por procesos, ésta implica la revisión y/o ajuste si se requiere del mapa de procesos institucional y la caracterización de cada uno de los procesos.

Tabla 5 Procesos seleccionados

ITEM	ESTANDAR	No DE ESTANDARES EVALUADOS	PROCESOS SELECCIONADOS
1	CLIENTE ASISTENCIAL	27	12
2	DIRECCIONAMIENTO	5	1
3	GERENCIA	6	1
4	TALENTO HUMANO	2	0
5	AMBIENTE FÍSICO	3	1
6	TECNOLOGÍA	2	0
7	INFORMACIÓN	3	0
8	MEJORAMIENTO	5	0
TOTAL		**54**	**15**

Como se observa en el cuadro anterior para la vigencia 2026, se analiza la autoevaluación de los 8 Grupos de Estándares identificando todos los procesos a partir de las oportunidades de mejoramiento,

Se realiza la selección (7) procesos del grupo Cliente Asistencial, (2) en el grupo de Direccionamiento, (0) en el grupo de Gerencia, (1) en el grupo de Gerencia del Talento Humano, (0) en el grupo de Gerencia de Ambiente Físico, (1) en el grupo de Gestión de la Tecnología, (0) en el grupo de Gerencia de la Información, y (1) en el grupo de Mejoramiento.

Con lo anterior se da por evaluado el segundo paso de la Ruta Crítica (Selección de Procesos a Mejorar) del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de la vigencia 2025 proyectado por el equipo líder de PAMEC.

VER ANEXO No 3 SELECCIÓN DE PROCESOS

9.1.3. PRIORIZACION DE PROCESOS DE MEJORA

En acreditación se priorizan oportunidades de mejora, el inventario de las oportunidades objeto de mejoramiento puede resultar extenso, ¿la pregunta que se debe responder el equipo y la institución es podemos mejorarlas todas ahora?

Si la respuesta es sí, no se requiere realizar el ejercicio de priorización; si por el contrario la respuesta es no, lo cual parece normalmente ser la respuesta más adecuada, dado que para implementar los siguientes pasos de la ruta crítica se requiere de esfuerzos importantes, los recursos organizacionales son limitados, la pregunta a responder es por donde iniciar, es ahí donde tiene valor el realizar un ejercicio de priorización, donde tengo en cuenta los siguientes aspectos:

Criterios de priorización de las oportunidades de mejora para el PAMEC.

La priorización se realizó utilizando la herramienta o matriz según el análisis de las variables de riesgo, volumen y costo.

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Criterios para aplicar la Matriz de Priorización

Tabla 6 Criterios de priorización

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERO
No presenta ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución	1 ò 2	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuario internos o externos, o el impacto es leve	1 ò 2	Si al no realizarse el mejoramiento no se afecta o se afecta levemente las finanzas y la imagen de la institución	1 ò 2
Representa un riesgo mínimo para	3	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá	3	Si al no realizarse el mejoramiento se	3

los usuarios, trabajadores o la institución		una cobertura o alcance Leve en la institución o en los usuario internos o externos, o el impacto es leve		afecta moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	
Representa un alto riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución	4 ò 5	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá una cobertura o alcance Amplio en la institución o en los usuario internos o externos, o el impacto es leve	4 ò 5	Si al no realizarse el mejoramiento se afecta notablemente las finanzas y la imagen de la institución	4 ò 5

Para cada grupo de estándares se deben priorizaron las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones.

Para realizar la priorización de procesos el equipo líder de Pamec aplico la matriz de priorización a cada oportunidad de mejoramiento y proceso.

Las oportunidades de mejoramiento priorizadas las cuales se encuentran con un puntaje mayor a 100 son a las que se harían acciones de mejoramiento (PAMEC).

Se revisan las oportunidades de mejora de cada estándar y no se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar.

Para cada grupo de estándares se debe priorizar las oportunidades de mejora con las más altas calificaciones.

En la priorización que se va a realizar en este ciclo, solo vamos a trabajar con las Oportunidades de mejora que la calificación de 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 100 puntos. Con el fin de visualizar la priorización se configura la matriz con semáforo, así de 1 a 40 puntos verde. De 41 a 100 amarillo y de 101 a 123 azul.

Este número no se debe tomar como el número a priorizar, es simplemente una guía, la Directriz es escoger las más altas calificaciones, no solo las que obtuvieron 125 puntos.

Se sombrea con rojo las filas que resultaron ser las oportunidades de mejora priorizadas y son esas oportunidades de mejora únicamente las que se llevan al formato del plan de mejoramiento, las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las más críticas.

Tabla 7 Semaforización Priorización

RIESGO X COSTO X VOLUMEN = TOTAL PUNTAJE DE PRIORIDAD

PRIORIDAD	PUNTAJE
BAJA	ENTRE 1 A 40 PUNTOS
MEDIA	ENTRE 41 A 100 PUNTOS
ALTA	ENTRE 101 A 125 PUNTOS

Tabla 8 Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora

No ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL

Tabla 9 Oportunidades de mejora priorizadas

GRUPO DE ESTANDARES	OPOTUNIDADES DE MEJORA	OPOTUNIDADES PRIORIZADAS
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	38	11
DIRECCIONAMIENTO	05	02
GERENCIA	06	01
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	02	0
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	04	04
GESTION DE LA TECNOLOGIA	02	0
GERENCIA DE LA INFORMACION	03	0

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	05	01
TOTAL	**65**	**19**

Tabla 10 Estándares de acreditación Priorizados

GRUPO DE ESTANDARES	Numero de Estándares	Total, de Estándares	Priorizados por encima de 100	%
Grupo de estándares del proceso de atención al Cliente Asistencial	1 al 27	27	12	**80%**
Grupo de estándares de Direccionamiento	28 al 32	5	1	**7%**
Grupo de estándares de Gerencia	33 al 38	6	1	**7%**
Grupo de estándares de gerencia del Talento Humano	39 al 40	02	0	**0%**
Grupo de estándares de gerencia del Ambiente Físico	41 al 43	03	1	**7%**
Grupo de estándares de Gestión de Tecnología	44 al 45	02	0	**0%**
Grupo de estándares de Gerencia de la Información	46 al 49	04	0	**0%**
Grupo de estándares de mejoramiento de la Calidad	50 al 54	05	0	**0%**
TOTAL	**1 al 54**	**54**	**15**	**100%**

Para la Vigencia 2026 selección doce (15) Estándares de acreditación de los (54) establecidos por la Resolución 1328 del 2021

Para la vigencia 2026 se describieron ciento dos (102) oportunidades de mejora; vigencia 2026, de las cuales quince (15) de ellas fueron priorizadas.

Los procesos priorizados son aquellos de mayor criticidad por lo cual se tomaron aquellos que obtuvieron una calificación mayor a 100.

VER ANEXO No 4 PRIORIZACION DE PROCESOS

9.1.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la meta a alcanzar y la forma Como se espera o se quiere que se realicen los procesos en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

La ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR definió, que su calidad esperada son los Estándares del sistema único de acreditación de la resolución 1328 del 2021 y las actividades de los procesos priorizados, para definir esta calidad esperada la ESE, se realiza o se saca unos indicadores, a través de los cuales se establecen metas, estos indicadores a su vez son la herramienta atreves de los cuales la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, va a monitorear la calidad esperada.

Significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, estándares del sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos.

A estos indicadores se les va a hacer una ficha técnica, vamos a utilizar los indicadores del sistema de información para la calidad, que son de reporte obligatorio y los de las acciones priorizadas en los diferentes grupos.

Significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, estándares del sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos.

El HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, define la calidad esperada como la meta deseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, apoyado con la medición sistemática y continua de los resultados obtenidos en los indicadores del Sistema de Información para la calidad en la ESE, ya que es evidente que esta planificación está enfocada a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacte positivamente en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

Para definir en el PAMEC vigencia 2026, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera logar el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas.

Los indicadores permiten evaluar como la organización avanza de manera firme hacia el logro del objetivo del estándar, dentro de estos indicadores se establecen las metas que se convierten en referentes a alcanzar la calidad esperada.

Se va realizar una auditoría de las actividades priorizadas y de esta manera se va a determinar el porcentaje de la medición inicial observada frente a la esperada, llevándola al porcentaje de cumplimiento según la oportunidad de mejora.

A continuación, se ilustra el comportamiento de la Matriz de Indicadores de Calidad Esperada como anexo adjunto a esté informe

La ESE* HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR *estableció (15) indicadores los cuales permitirán evaluar el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento.

VER ANEXO No 5 CALIDAD ESPERADA

9.1.5. MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS-CALIDAD OBSERVADA.

En la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR partimos de la siguiente premisa:

- Si no puede medir lo que hace, no puede controlarlo
- Si no puede controlarlo no puede dirigirlo
- Si no puede dirigirlo, no puede mejorarlo.

Las medidas son el punto donde comienza el mejoramiento, porque permiten conocer cuáles son las metas.

Esta etapa de medición inicial del desempeño de los procesos priorizados tiene como objetivo desarrollar un mecanismo que permita a la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR medir la calidad que se tiene en este momento, es decir la medición de la calidad observada, y el nivel de desempeño de los procesos que se tienen en la ESE actualmente, para identificar la brecha.

En la ESE vamos a hacer medición mediante:

- Seguimiento de indicadores
- Documentación y aplicación del procedimiento de auditoria
- Seguimiento al plan para las oportunidades de mejora

Al momento de las mediciones se va a analizar los resultados de los indicadores, comparándolos con las metas establecidas, y utilizaremos el resultado de los análisis para la toma de decisiones.

En este paso definimos entonces la calidad observada, lo que vamos a utilizar y lo que vamos a monitorear, dando soluciones correctivas en tiempo real y estableciendo los canales de comunicación entre el responsable de los resultados y el equipo de trabajo.

La frecuencia de las mediciones se realiza de acuerdo a lo establecido en cada una de las fichas de los Indicadores.

El auditor y/o líder de calidad realizara el ejercicio de auditoría interna; teniendo en cuenta los dos niveles de operación de la Auditoria para el Mejoramiento Continua de la Calidad pertinente para el cumplimiento de los indicadores establecidos para la calidad esperada.

En la calidad observada también se incluyen la medición de los indicadores definidos en la calidad esperada, estableciendo también la brecha con los resultados.

La realización de procedimientos de auditoría de la calidad requiere el diseño de instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información, que se conocen regularmente como formatos de registro. De igual forma, es muy importante teneren cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebaspiloto de dichos formatos, de manera tal que se permita evaluar la adecuación de ellos a las necesidades del proceso de obtención de información y realizar los ajustes requeridos.

La medición inicial de los estándares priorizados permite obtener la calidad observada, la cual nos mostrará la práctica actual en los procesos de la organización y así poder identificar la brecha existente entre lo esperado y lo observado.

Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento en la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres existe un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución con el fin de establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a las metas establecidas.

En esta etapa de medición del desempeño de los procesos priorizados se, adelantaran las siguientes acciones:

✓ Revisión del resultado de los procesos priorizados con base en los Indicadores medidos por la institución, socializados y reportados, conforme a las metas alcanzadas en los procesos priorizados antes de su intervención.

✓ El dato alcanzado en el proceso de autoevaluación para la vigencia, el cual arroja la calidad observada frente a los requisitos del estándar y la fortaleza evidenciada.

✓ La identificación de nuevos indicadores para definir línea base.

✓ Se programa 2 auditorías para verificar las actividades priorizadas y de esta manera se determina el porcentaje de la medición inicial observada frente a la esperada, llevándola al porcentaje de cumplimiento según la oportunidad de mejora.

Para el proceso de análisis de los resultados de los indicadores y metas se tomará los resultados institucionales que reposan en los archivos de diferentes áreas y servicios con corte a 30 de julio de 2025. Por el Profesional responsable del PAMEC en la Institución apoyado con el líder y grupo de trabajo del proceso priorizado.

Una vez establecida la Medición inicial del desempeño del proceso para cada proceso priorizado se comparará con la calidad esperada del mismo, para establecer la brecha que facilitará la construcción de los Planes de Mejoramiento de acuerdo con las oportunidades de mejora propuestas por los grupos de autoevaluación y se vuelve a hacer otra auditoria de seguimiento para observar cómo va el avance de las actividades priorizadas.

A continuación, se ilustra el comportamiento de la Matriz de la Calidad Observada.

VER ANEXO No 6 MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

9.1.6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

El plan de acción es el mecanismo mediante el cual la entidad actuará sobre las oportunidades de mejora, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción debe ser el producto del análisis realizado por los líderes de procesos y el comité de calidad, incluidos los directivos, concertando las acciones que apunten a las causas principales de incumplimientos.

La E.S.E. HOSPITAL ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, definirá cómo va a elaborar el plan de mejora o de acción de acuerdo con los hallazgos encontrados durante la auditoría y/o medición del desempeño.

Como es bien sabido para formular un plan de mejoramiento se pueden utilizar varias Metodologías como: Diagrama de afinidades, Diagrama de Pareto, Diagrama de Ishikawa, Método de Análisis Causal y solución de Problemas, etc.

En la ESE ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, se aplicará la metodología definida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social teniendo claridad que al finalizar la formulación de éste, se llevará a cabo la entrega formal a cada responsable de su ejecución haciendo claridad en las fechas límites de cumplimiento y fechas de seguimiento a éste, según la programación del el Plan de Auditorías Internas.

Para las vigencias 2026 La ejecución del plan de mejoramiento será llevada a cabo por parte de cada uno de los responsables asignados, en las fechas establecidas en éste, así mismo será verificado el cumplimiento de su ejecución siguiendo estrictamente la programación planeada en el cronograma del plan de auditorías internas de la institución.

Siguiendo la ruta de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en los procesos auditados y con la aplicación de las herramientas estadísticas básicas, se establecen las acciones de mejora a emprender siguiendo el ciclo PHVA, identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las fechas previstas para el desarrollo de la acción, así como la responsabilidad del seguimiento, de acuerdo los criterios del Plan de Mejoramiento establecido.

Cuando los líderes de las unidades funcionales requieran ampliar más las acciones de mejoramiento, o el seguimiento demuestre que el plan no ha sido efectivo, se deberá utilizar el formato de evaluación y seguimiento diseñado.

- Identificar el nombre del Grupo de estándares de Acreditación al cual corresponde el Plan de mejoramiento.
- El estándar de la acreditación que corresponde a la oportunidad de mejora priorizada
- Registrar la oportunidad de mejora que ha sido priorizada
- Identificar y registrar las acciones de mejoramiento con las cuales pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora.
- Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora. Recuerde que una acción de mejora es una tarea puntual, muy operativa que indique el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.

- Para cada acción de mejora se debe identificar el proceso responsable de que la acción se cumpla.

- Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y/o nombre de la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora.

Se establecieron quince (15) acciones de mejoramiento

El Plan de acción del PAMEC, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Oportunidad de mejora: Se registra la oportunidad de mejora priorizada, producto de la autoevaluación cualitativa de acreditación o de las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa

  - Causa raíz: Se registra para el caso de oportunidad de mejora como N.A

  - Que hacer: Se registra el que hacer, de acuerdo a la oportunidad de mejora definida.

  - Como hacerlo: Se registra en ciclo PHVA, las actividades para dar cumplimiento a la oportunidad de mejora definida.

  - En tipo de acción: Cuando se trate de una oportunidad de mejora, se coloca como Acciónde mejora.

  - En fuente: Se registra teniendo en cuenta las diferentes fuentes contenidas en el Modelode mejoramiento de la Empresa.

  - En proceso: Se registra el proceso o los procesos que se pretende mejorar de acuerdo al mapa de procesos de la Empresa y de las oportunidades de mejora priorizadas.

  - Responsable de ejecutar la acción: Se registrará el o los responsables de realizar las acciones de mejoramiento, contenidas en el “Como hacerlo”.

  - En Cuando, se diligencia mes/año en las columnas fecha de inicio y fecha de fin de cada actividad definida.

- Que recursos necesita: Se diligencia los recursos físicos, de talento humano o financieros que se requieran para dar cumplimiento a la actividad definida.

- Medio de verificación: Se registra el documento, que soporte específicamente la actividad a realizar.

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares.

La Formulación del Plan de Acción para el Mejoramiento Continuo de los procesos es el mecanismo mediante el cual la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza actuará sobre las oportunidades de mejora identificadas, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción implementado es el producto del análisis de las oportunidades de mejora identificadas por los equipos de trabajo durante la autoevaluación, a las cuales se les implementarán acciones de mejora que serán estructuradas por el equipo de PAMEC y los líderes de procesos.

El PAMEC de la ESE estará bajo la responsabilidad del talento humano asignado para la ejecución de cada actividad, las cuales tienen un ciclo que cerrara a más tardar 31 de diciembre del presente año.

La E.S.E ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, definió cómo va a elaborar el plan de mejora o de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados y verificados por la auditoría interna que realizo la líder del PAMEC. Como es bien sabido para formular un plan de mejoramiento se pueden utilizar varias Metodologías como: Diagrama de afinidades, Diagrama de Pareto, Diagrama de Ishikawa, Método de Análisis Causal y solución de Problemas, etc. En la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, se aplicó la metodología 5w1h, teniendo claridad que, al finalizar la formulación de éste, se llevará a cabo la entrega formal a cada responsable de su ejecución haciendo claridad en las fechas límites de cumplimiento, según la programación del PAMEC.

Ejecución, una vez realizada la socialización y establecimiento del compromiso por parte de cada uno de los actores implicados en la implementación del plan de acción de mejoramiento se procede a su ejecución de cada una de las actividades planeadas, descritas en el listado adjunto, con los quince (15) Estándares priorizados,

metas, responsables de la acción y la respectiva firma donde se evidencia la entrega a cada uno de líderes de procesos.

El PAMEC se encuentra definido por el ciclo PHVA, en donde el plan de acción de mejoramiento constituye la el primer Paso de este ciclo (planear). El paso siguiente, HACER, que consiste en la implementación de este, para ello es importante socializar a cada uno de los actores implicados sobre la metodología a aplicar, para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas; VERIFICAR es hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades planificadas y ACTUAR que implica implementar acciones correctivas tan pronto sean identificadas.

Cada responsable de las actividades del plan de mejoramiento y del plan de acción se realizará el seguimiento a los compromisos establecidos en dicho plan, con el fin de cumplir con los plazos y metas.

A continuación, se ilustra la Matriz del Plan de Mejoramiento

VER ANEXO No 7. PLAN DE MEJORAMIENTO

9.1.7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Después de la socialización y el establecimiento del compromiso implementación del plan de acción se procede a su ejecución.

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitación y entrenamiento de los implicados tanto en el método a aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan.

Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que Tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Cada responsable de las acciones en ejercicio del plan de acción realizará el

seguimiento a los compromisos establecidos en dicho plan, con el fin de cumplir con los plazos y metas.

Los planes de mejoramiento se ejecutan en los plazos definidos por cada líder de acuerdo a los lineamientos de calidad, realizando el primer seguimiento con el nivel de autocontrol, posteriormente con el proceso de calidad, seguimientos quincenales y de control interno en auditorías internas.

Se generan actas de reunión de los encuentros de análisis en cada uno de los procesos y herramientas de mejora como;

Informe de tres generaciones para seguimiento a planes de mejora, la cual es la evidencia del desarrollo de las acciones de mejora. Se socializa en cada reunión del Comité de Calidad avances, dificultades y propuestas de mejoramiento.

Con relación a la ejecución del plan de acción, la ejecución se realizará durante toda la vigencia 2025, planteando las actividades por ciclo PHVA, un responsable y un cronograma de ejecución, con reunión mensual por parte de cada uno de los equipos conformados para la implementación del PAMEC.

El número de acciones de mejoramiento a ejecutarse para el presente año son:

Tabla 11 Acciones de mejora

GRUPO DE ESTANDARES	N.º DE ACCIONES
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	12
DIRECCIONAMIENTO	01
GERENCIA	01
GERENCIA DEL TALENTOHUMANO	0
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	01
GESTION DE LA TECNOLOGIA	0
GERENCIA DE LA INFORMACION	0
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	0
TOTAL	**15**

9.1.8. EVALUACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO.

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están Ejecutando están siendo efectivas, evaluar la efectividad del plan, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en los pasos cuatro y cinco y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora.

Se hace necesario hacer seguimiento a las acciones que se están ejecutando, para esto se tienen los indicadores previamente establecidos.

Hacer monitoreo periódicamente y los ajustes de acuerdo con los análisis, recordar que los logros no se presentan de manera rápida y sostenida.

Para el seguimiento, el equipo auditor y los directivos contarán con el apoyo de los siguientes comités que acompañan el área de Gestión de Gestión Clínica Asistencial, de Gerencia y del Área Administrativa y financiera.

También participara en este seguimiento en caso de ser requerido el jefe de control interno o quien haga sus veces en el rol de evaluación y seguimiento.

Cada trimestre se consolidará el seguimiento al plan de mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité Coordinador de Calidad y control interno.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos cada tres meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

En caso tal que no se haya cerrado la brecha, se priorizan en el próximo ciclo. Cuando se requiera cerrar la brecha por necesidad manifiesta se debe realizar un plan de choque.

Si del seguimiento se producen hallazgos negativos tales como No Conformidades de calidad, incumplimiento de metas o estándares, incumplimiento de acciones de mejoramiento, se procede a implementar de acciones correctivas en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifican las causas y se buscan las soluciones oportunas.

Finalmente, el propósito es asegurar el cierre de ciclo mediante un análisis y seguimiento que permita determinar el nivel de efectividad de las acciones desarrolladas en planes de mejoramiento y/o planes de acción.

Esta responsabilidad está a cargo del Líder y/o auditor de Calidad dejando evidencia en los formatos de seguimiento y/o actas de las reuniones.

El seguimiento al plan de mejora de cada uno de los grupos de estándares de acreditación se realizará de manera trimestral de acuerdo al plan de mejora definido, indicando el resultado de la acción y observaciones a que haya lugar, este se realizará por la Oficina de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

Tabla 12 Formato seguimiento plan de acción

SEGUIMIENTO				
RESPONSABLE	**FECHA DE SEGUIMIENTO**	**ESTADO**	**% DE CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Tabla 13 Semaforización de cumplimiento

CUMPLIMIENTO	SEMAFORIZACION
COMPLETO	
EN DESARROLLO	
ATRASADO	
NO INICIADO	

9.1.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, estandarizar los procesos con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En el mes de enero del año 2027, se realizará retroalimentación de los resultados Obtenidos en la vigencia 2026, de los informes de las auditorías realizadas y de los seguimientos para generar un aprendizaje a partir de las mejoras realizadas y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas. A su vez se realizará los cambios que se requieran para cada proceso con el fin de ajustarse a dichas mejoras.

También se organizará entrenamiento y capacitación, con el fin de que no se presente una nueva brecha entre la calidad esperada y la calidad observada según las necesidades de mejora.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y aplicar nuevamente la ruta completa, para disminuir las brechas de calidad si existen y potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

Habiendo ya alcanzado la estandarización deseada en los procesos se realizará la documentación de los mismos, y se inicia con el entrenamiento y capacitación a todos los empleados de la empresa sobre los resultados obtenidos para continuar con el mejoramiento continuo de los procesos.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

El aprendizaje de la Empresa, se justificará por cada una de las acciones ejecutadas en ciclo PHVA, de cada una de las oportunidades de mejora generadas y priorizadas durantela vigencia 2025.

Al evidenciar cumplimiento de todas las acciones que conforman una oportunidad de mejora estas se considerarán como lecciones aprendidas, que serán comunicadas y consolidadas en una biblioteca virtual con el fin de ser consultadas por los grupos de interés para el Hospital Jorge Isaac Rincón Torres Empresa Social del Estado.

Estandarización de procesos

Al igual que en los capítulos anteriores, la E.S.E ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos.

Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, buscando unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoría interna como facilitadores de calidad son:

- Defina como estrategia la estandarización.
- Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- Tenga claro el propósito de la estandarización.

Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.

Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitados, se puede proceder a la elaboración de los mismos, para seguir las siguientes pautas:

- Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.

- Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).

- Diagrame el proceso mediante. la utilización de formas convencionales y universales de traficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, aseguré que todos entiendan su significado.

- Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

- Las instituciones podrán seguir el siguiente método para establecer los estándares de la organización:

- Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los sistemas.

- Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario.

- Establecer el flujograma del sistema, los medios o cómo para lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace.

- Simplificar el flujograma criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los “por qué(s)” encontrando su razón de ser.

- Dividir el flujograma de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar.

- Detallando en cada proceso, qué, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué.

- Desarrollar el flujograma de las tareas necesarias para realizarlos.

- Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de Procedimiento operacional.

ANEXOS

CRONOGRAMA

GRUPO DE ESTANDAR			ESTANDAR	FECHAS	EQUIPO PAMEC
1. ETAPA: AUTOEVALUACION CON ENFOQUE EN ACREDITACION					
1.1	CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHO DE LOS PACIENTES	1	22 AL 23 DE JUNIO DE 2026	EQUIPO LIDER PAMEC.
		SEGURIDAD DEL PACIENTE	2		
		ACCESO	3-5		
		REGISTRO E INGRESO	6		
		EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	7-8		
		PLANEACION DE LA ATENCION	9-14		
		EJECUCIO DEL TRATAMIENTO	15-16		
		EVALUACION DE LA ATENCION	17		
		SALIDA Y SEGUIMIENTO	18-19		
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	20-25		
		SEDES INTEGRADAS EN RED	26-27		
1.2	DIRECCIONAMIENTO		28-32	24 AL 26 DE JUNIO DE 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
1.3	GERENCIA		33-38		
1.4	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		39-40		

1.5	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	41-43		
1.6	GESTION DE LA TECNOLOGIA	44-45		
1.7	GERENCIA DE LA INFORMACION	46-49		
1.8	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	50-54		
2- ETAPA: SELECCIÓN DE PROCESOS				
2.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-27	30 DE JUNIO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
2.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	28-54		
3 ETAPA: PRIORIZACION DE PROCESOS				
3.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-27	02 DE JULIO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
3.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	28-54		

4. ETAPA: DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA				
4.1	DEFINICION INDICADORES DE LA CALIDAD ESPERADA	PRIORIZADOS	06 DE JULIO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
5. ETAPA: MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO				
5.1	AUDITORIA PARA DETERMINAR LA MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO (CALIDAD OBSERVADA)	PRIORIZADOS	08 DE JULIO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
6. ETAPA: PLAN DE ACCION PARA PROCESOS SELECCIONADOS				
6.1	FORMULACION DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	10 DE JULIO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
7. ETAPA: EJECUCION DEL PLAN DE ACCION				
7.1	IMPLEMENTACION DE LA ACCIONES DE MEJORA DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	13 DE JULIO AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC
8. ETAPA: EVALUACION Y MONITOREO DEL PLAN DE ACCION				
8.1	SEGUIMIENTO Y MONITOREO Y TRIMESTRAL AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	DICIEMBRE 2026	EQUIPO LIDER PAMEC

9. ETAPA: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL				
9.1	CIERRE DE PAMEC Y DEFINICION DE BRECHAS DE CALIDAD-APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	PRIORIZADOS	ENERO, FEBRERO-2027	EQUIPO LIDER PAMEC

AUTOEVALUACION ESTANDARES DE ACREDITACION – 2026.

AUTOEVALUACION ESTANDARES DE ACREDITACION CLIENTE ASISTENCIAL

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
DERECHOS DE LOS PACIENTES																
1	AsDP5	La institucion es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atencion. **Criterios:** • La institución busca reducir las barreras lingüísticas, culturales y de otro tipo para acceder y brindar servicios. • La institución brinda atención respetuosa con la dignidad de la persona, los valores personales y las creencias del paciente incluyendo el respeto por el fallecido. • Se respetan y protegen Los derechos del paciente y las familias, acompañante o cuidadores, a la privacidad y confidencialidad de la atención y la información. • Se busca evitar la agresión verbal y física. • La institución desarrolla estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida.	1. El Hospital con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	1. Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU.	1. Fortalecer capacidades del Talento humano del Hospital con el proposito de reducir barreras lingüísticas, incluyendo servicios de intérpretes y materiales en varios idiomas, politica de confidencialidad y atención humanizada 2. Capacitar a la coordinadora SIAU con el lenguaje de señas. no agresión enfocada al cliente interno y externo del Hospital 4. Realizar la socialización la politica de no agresión a los usuarios de la ESE, lo cual debe seguir fortaleciendose con el talento humano del Hospital	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
SEGURIDAD DEL PACIENTE																
2	AsSP5	En la institución para todos sus servicios habilitados en las diferentes modalidades se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas , eficientes y efectivas para prevenirlos. **Criterios:** • La institución utiliza un sistema de notificación de riesgos, eventos adversos, incidentes y complicaciones el cual permite contabilizarlos y analizarlos, diferenciando los riesgos poblacionales de los individuales. • La institución capacita y motiva a los profesionales en la notificación de riesgos incidentes y eventos adversos. • La institución incorpora buenas prácticas para prevenir complicaciones incidentes de seguridad y eventos adversos en el paciente. • Los riesgos poblacionales identificados son notificados a terceros con quienes se tienen alianzas o convenios y de manera articulada, cuando se requiere, se establecen estrategias para intervenirlos.	1. El Hospital cuenta con instrumentos parala evaluación de adherencia de los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos) 2. El Hospital realiza monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente. 3. El Hospital tiene actualizado el programa de seguridad del paciente.	1- Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta identificación del paciente ES-GCA-MEC-PTC-003 F-0011/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de infecciones ES-GCA-MEC-PTC-004 F-001 1/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta administración de medicamentosES-GCA-MEC-PTC-008 F-0012/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de ulcera por presiónES-GCA-MEC-PTC-010 F-0013/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de caidas ES-GCA-MEC PTC-011 F-0013/10/2025 Listas de chequeo rondas de seguridad ES-GCA-MEC-PTC-005 F-0013/10/2025 Lista de chequeo egreso del paciente ES-MEC-GCAPR- 002 F-0110/10/2025 2. Actas del comité de seguridad del paciente 3. :Programa de seguridad del pacienteES-MEC-GCA-PRG-00212/09/2025 Formato de reporte eventos adversos y/o incidentesESMEC- GCA-PRG- 002-F-0011/10/2025 Formato análisis eventos adversos ES MECGCA- PRG-002-F-0021/10/2025	1.Evaluar la comprensión de todos los clientes los clientes de la política de seguridad del paciente. 2. Realizar seguimiento a los resultados de los indicadores de FArmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia en el comite de calidad 3.Socializar al personal de todas las áreas la los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia. 4. Documentar el plan de prevencion y control de infecciones e incorporarlo en el plan de direccionamiento estratégico de la institucion (protocolo de aislamiento)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)

Libertad y Orden

Versiòn	3
Fecha	23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
ACCESO																
3	**AsAC9**	La institución realiza un seguimiento de la demanda asistencial en todas las fases de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo y muerte digna, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta. **Criterios:** • Se dispone de información relativa a la frecuencia de uso de los servicios del prestador. • Se han identificado las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los que el impacto es mayor. • Se implementan medidas para poder anticipar o responder a las situaciones mencionadas anteriormente con el fin de mantener niveles de eficiencia y adecuacion aceptables. • Se dispone de un mecanismo de evaluación de la eficacia de las anteriores medidas basadas en resultados objetivos.	1. El Hospital cuenta con el ESTUDIO DE CAPACIDAD INSTALADA-FRECUENCIA DE USO HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código ES-GPI-PLN-002. MATRIZ EXCEL CAPACIDAD INSTALADA de fecha 16 de octubre de 2025. ACTA DE CONCERTACION Y APROBACION POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTALDE LA CAPACIDAD INSTALADA CONSTRUCCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES de fecha 16 de octubre de 2025	1. ESTUDIO DE CAPACIDAD INSTALADA-FRECUENCIA DE USO HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código ES-GPI-PLN-002. MATRIZ EXCEL CAPACIDAD INSTALADA de fecha 16 de octubre de 2025. ACTA DE CONCERTACION Y APROBACION POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTALDE LA CAPACIDAD INSTALADA CONSTRUCCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES de fecha 16 de octubre de 2025	1. Definir y documentar la frecuencia de uso de los servicios de la ESE. 2. Identificar adecuadamente todas las circunstancias que provocan picos de demanda y los servicios que se ven más afectados. 3. Implementar medidas actuales para responder a la alta demanda podrían no ser lo suficientemente eficientes. 4. definir y documentar el mecanismo de evaluación de la eficacia de las medidas implementadas basadas en resultados objetívos.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
4	**AsAC10**	La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, rutas de atención y como obtener atención integral y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud coinciden con la misión y los recursos de la organización. **Criterios:** • La ruta de atención de los pacientes está diseñada para proporcionar una atención eficiente y un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente. • La institución diseña y lleva a cabo procesos para proporcionar la continuidad de los servicios de atención al paciente y la coordinación entre los profesionales de salud. • Se conoce la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad a los servicios de la institución y se definen las actuaciones para mantener la satisfacción en los niveles esperados o mejores. • La institución facilita una guía de información sobre los servicios que ofrece y su funcionamiento. • Las guías de información están accesibles a los usuarios a través de más de un canal de difusión.	1, El Hospital cuenta con la documentación de las Guias y Protocolos de las Rutas Integrales de Atención en salud Ruta Materno Perinatal y Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud 2. El Hospital realizo de manera personalizada a cada uno de los medicos y enfermeras que desarrollan las Rutas Integrales de atención en Salud por parte de la coordinación medica en el mes de diciembre del 2025, según registro de entrega y socialización.	1. Guia de ruta integral de atención en salud de la primera infancia MS-PSS-RIAS-G-0126/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la infancia MS-PSS-RIAS-G-0226/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adolescencia:MS-PSS-RIAS-G-0326/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la juventud:MS-PSS-RIAS-G-0427/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adultez MS-PSS-RIAS-G-0527/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la vejez MS-PSS-RIAS-G-0627/08/2025 Protocolo de cuantificación gravimétrica de la hemorragia post-partoMS-PSS-RIAS-PTC-0225/08/2025 Protocolo atención interrupción voluntaria del embarazo MS-PSS-RIAS-PTC-0325/08/2025 Protocolo atención preconcepcional MS-PSS-RIAS-PTC-0425/08/2025 Protocolo atención control cuidado prenatal MS-PSS-RIAS-PTC-0525/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la primera infancia:MS-PSS-RIAS-PR-02126/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la infancia MS-PSS-RIAS-PR-02226/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la adolescencia:MS-PSS-RIAS-PR-02326/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la juventud MS-PSS-RIAS-PR-02427/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la* adultez MS-PSS-RIAS-PR-02527/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la vejez MS-PSS-RIAS-PR-02627/08/2025	1. Diseñar y definir las ruta de atención de los pacientes que garantice un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente 2. Realizar difusion a traves de videos institucionales proyectados en cada uno de los servicios de la ESE y la diferentes redes sociales, pagina web de la ESE que expliquen la ruta de atención, los servicios y los procesos de continuidad en la atención, asegurando un acceso uniforme. 3. Implementar encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
ACCESO																
5	**AsAC11**	La institución define criterios medibles específicos, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora, para, entre otros. **Criterios:** • Oportunidad en la asignacion de citas para la atención en consulta externa, como para la realización de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico. • Oportunidad de atención en el servicio de urgencia o consulta no programada (estrategia de consulta prioritaria) según aplique. • Oportunidad de respuesta para atención a través de las modalidades ofertadas, según aplique. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1- El Hospital realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	1- Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	1- Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web. 2- Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)

Libertad y Orden

Versiòn	3
Fecha	23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
REGISTRO E INGRESO																
6	AsREG4	La institucion facilita el acceso y recorrido del usuario, familia, acompañante o cuidador por sus instalaciones. **Criterios:** • Existen una o mas areas ubicadas estrategicamente con personal dedicado a la orientacion del usuario, familia, acompañante o cuidador (ubiacion servicios, pacintes internados, entre otros) • Todos los servicios y ambientes de la institticion estan claramente identificados, incluyendo las vias de comunicacion verticales y horizontales, categorizacion del acceso (restringido, semi-restringido, sin restriccion) • El area de atencion y orientacion al usuario cuenta con un responsable y personal capacitado en la taerea asignada. • Tanto el responsable como el personal asignado a la tarea ha sido incluido en actividades de capacitacion sobre atencion al publico.	1. El Hospital cuenta con la señalización de los servicios y areas.	1- Señalización de las areas	1- Realizar la actualización de la señalización e identificación de las areas que incluya las viasde comunicación verticales y horizontales categorización del acceso (restringido. semi-restringido, sin restricción 3. Capacitar al talento humano designado para la atención al usuario referente al manejo de atencion al publico y atencion humanizada.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO																
7	AsEV4	La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial multidisciplinar para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes desde un enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria. **Criterios:** • El alcance y el contenido de las evaluaciones iniciales realizadas por diferentes disciplinas se define por escrito. • Los pacientes se someten a pruebas de estado nutricional , necesidades funcionales y otras necesidades especiales según lo indique su condición y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario. • Como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente, se evalúa el manejo del dolor. • La institución cuenta con un proceso para identificar si el paciente requiere una evaluación adicional a las realizadas en la institución, el proceso incluye la gestión para la realización y continuidad en la atención aún en contexto familiar y comunitario.	1. El Hospital realizo la documentación del perfil epidemiológico de la ESE de fecha 18 de abril del 2025 el cual describe la morbilidad, mortalidad y la caracterización poblacional.	1. perfil epidemiológico de la ESE de fecha 18 de abril del 2025	1. Implementar encuestas de satisfaccion con la cual el personal de SIAU verifica el conocimiento de derechos y deberes y a la informacion obtenida durante la hospitalizacion, el conocimiento del usuario sobre horarios de visita, residuos hospitalarios etc. 2. Realizar la identificación de necesidades de los usuarios, priorizar y satisfacer necesidades de alimentación, sacerdote o apoyo espiritual, insumos tales como, pañales, ropa. 3. Definir e implementr el procedimiento de evaluaciones iniciales con el equipo de salud de la ESE a traves de la estrategia de atención primaria en salud (estado nutricional, otras necesidades especiales según lo indique su condición y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario); lo que permitira realizar una eficiente planeación de la atención. 4. Definir y actualizar el perfil epidemiologico del Hospital	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
8	AsEV5	La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública. **Criterios:** 1. Se desárrollan los programas y actividades de acuerdo con el marco legal de referencia para prevenir, reducir o atender los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos, enfermedad, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes, desastres, calamidades o emergencias. 2. El equipo de salud de la institución dispone de un listado o similar de las enfermedades de notificación obligatoria relacionados con enfermedades trasmísíbtes, enfermedades por vectores, así como potenciales donantes de órganos. 3. El equipo de salud de la institución conoce el procedimiento de notificación de las enfermedades de notificación obligatoria. 4. La institución dispone de una estrategia de abordaje en caso de aparíclón (o sospecha) de brotes epidémicos. 5. El equipo de salud de la institución conoce los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	1. El Hospital realiza oportunamente la notificación de los eventos de interes de salud publica a traves de la plataforma SIVIGILA	1- Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	1- Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos. 2- Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden	
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		
	AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)	**Versiòn**	**3**
		Fecha	**23/06/0026**

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
9	**AsPL19**	Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso de planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados según los servicios. Esta planeación incluye: **Criterios:** • Los procesos están planeados teniendo en cuenta, los protocolos y demás procedimientos definidos por los servicios de apoyo diagnóstico y se articulan con los procesos de atención en salud en sus diferentes fases. • Esto procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador, hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. • La institución cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean productos de los procesos de atención. • Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados, entrega de medicamentos, dispositivo médicos e insumos, entre otros. • Se garantiza que los procesos definidos en los servicios de apoyo diagnóstico están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. • Se monitoriza la adherencia a los protocolos y procedimientos, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y la decisiones de carácter clínico. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos. • Estos procesos son parte integral de la capacitación inducción y reinducción de cada trabajador, hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los colaboradores.	1. El Hospita con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementación terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico desactualizado	1- Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	1. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
PLANEACION DE LA ATENCION																
10	**AsPL20**	La institución tiene estandarizados mecanismos para el reporte de resultados críticos y para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento, la definición de estos mecanismos considera: **Criterios:** • La identificación de los reportes de estudio de resultado crítico. • La identificación de la necesidad de repetir un procedimiento. • Las magnitudes o intervalos para su reporte y especificaciones de la técnica cuando aplique. • Los mecanismos estandarizados de notificación del reporte de resultado crítico. • Los mecanismos para informar al usuario La necesidad de la realización de un nuevo procedimiento. • Los mecanismos para la comunicación oportuna de los reportes de los resultados críticos. • La interpretacion y registro de informe de valor crítico por el equipo de salud (tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultados del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad. • La existencia de mecanismos de alarma para reporte de resultados críticos y seguimiento. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1- La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	1- Formatos de resultados	1- Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas. 2. Documentar la interpretacion y registro de informe de valor crítico por el equipo de salud (tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultados del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
11	**AsPL21**	La institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud, desplegado desde la política de prestación de servicios Institucional, integrando el desarrollo de los servicios de salud, la participación social y comunitaria y las acciones intersectoriales. **Criterios:** 1. Caracterización poblacional de acuerdo con las necesidades de salud del individuó. la familia y la comunidad basada en análisis de determinantes en salud. 2. La insfitución adecua su oferta de valor en servicios a las necesidades existentes en el territorio y su población. 3.Mecanismos para facilitar el acceso garantizado por la eliminación de barreras de todo orden. 4. Define la atención integral como la provisión de los servicios requeridos y suficientes par.a responder a las necesidades de salud de .la población, incluyendo actividades de promoción, prevención diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la entermedad y apoyo para el autocuidado. 5, Atencíon integrada que requiere de la coordinación de servicios de mayor complejidad. 6.Énfasis en promoción y prevención como intervención mas temprana posible dentro del proceso salud - enfermedad o entre el. riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. 7. Atención apropiada incluyendo medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en rnaterla de salud. 8. Orientación familiar y comunitaria haciendo uso de la información comunitaria para valorar riesgos identificar problemas y priorizar las. intervenciones. 9. Mecanismos activos de participación como parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socloeconómico, para afianzar la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. 10. Gestión acorde con la complejidad de los servicios prestados, incluyendo. un marco de referencia legal, política e institucional que garantice la acción y soporte financiero que permita Idesempeño de la función. 11. Recursos humanos apropiados. suficientes y sostenibles definidos según necesidades descritas en la caracterización. 12. Acciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud de la población y crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores .	1. El Hospital realizo la caracterización poblacional trimestralmente con base en los Registro individuales de prestación de serviciso RIPS	1. Informes Trimestrales de analisis de la prestación de servicios con base en los RIPS RIPS	3. Realizar la actualización de la politica y modelo de atención en salud 2. Socializar la politica y modelo de atención en salud.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
12	**AsPL22**	La Institución articula su modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones: Criterios: 1. La institución se articula con las entidades responsables del aseguramiento en salud con las cuáles tenga contrato y bajo el liderazgo de las secretarias de salud departamentales o distrltales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. 2. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia dé atención primaria en salud garantizando un mayor nívelde bienestar al usuario en los servicios. 3. La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de lá comunidad. con base en la ádécuada identificación y gestión de estos . 4. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque del cuidado de la salud orientada a las acciones adoptadas para la protección de la salud propia, familiar, comunitaria y territorial. 5. Ei modelo de prestacíón se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales (Secretaría de Salud y EPS) y comunitarios de acuerdo a la normatividad vigente: 6. Se articula con los agentes de salud existentes en el territorio (Seeretaría de Salud y EPS) para desarrollar fas acciones en salud orientadas al logro de lbs resultados en salud. 7. Reconoce las responsabilidades y alcances de las secretarias de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga. a cargo dichas competencias en el desarrollo de su modelo de prestación y articula sus acclones con el mismo. 8. La institución incorpora a su modelo de prestacjón la estrategia de enfoque diferencial de derechos orientada al reconocímlento de vulnerabilidades en grupos poblaclonales específicos que requieren garantías especiales y la adecuación de la estructura de servicios dísponibles a las necesidades. de estos grupos para cerrar las. brechas existentes. 9. La institución contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción del usuario y la sosteníbíílidad del sistema.	1. El Hospital tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestaclón de atención de acuerdo a la normatividad vigente 2. .Definir e incorporar en el modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de lá comunidad. con base en la ádécuada identificación y gestión de estos .	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
13	AsPL23	El modelo de prestación es Salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores, principios y elementos principales de la atención primaria en salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios Según sea pertinente. **Criterios:** • Respuesta a las necesidades de salud y expectativa de la poblacion atendida, incluyendo entre otros perspectiva de derechos y deberes, equidad y solidaridad • Servicio orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad del sistema de salud, participación intersectorial, • Acceso a la prestación de los servicios, atención con énfasis en actividad de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.	1. El Hospital realizo la verificación de los informes cumplimiento de las indicadores y metas de las rutas integrales de atención por cada EPS Nueva EPS, Coosalud y Asmetsalud cuyos informes dieron origen a los planes de mejoramiento a implementar para la vigencia 2026. 2. El Hospital a traves del programa de intervenciones colectivas y de Equipos básicos en salud desarrollo jornadas de salud en los corregimientos de la Victoria de San Isidro, La Palmita y Boquerón, cuyas jornadas fueron publicadas y soportadas en los registros de asistencia y difundidas a través de las redes sociales de la ESE	1. Evaluación de cumplimiento de Rutas Integrales de atencion en salud. 2. Jornadas extramurales	11. Actualizar los procedimiento de las rutas integrales de atención en salud y los procedimientos de Rutas integrales de atención en salud de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud y Ruta Materno Perinatal 2. Monitorear del impacto de los indicadores establecidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal para medir el impacto de las actividades de promoción y prevención en la población, lo que permitirá ajustar y mejorar los programas según las necesidades.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
14	AsPL24	La institución planea, implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acordes con las necesidades en salud de la poblacion que atienden y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. **Criterios:** • Registro de las acciones desarrolladas de promoción y mantenimiento de la salud que incluyan las modalidades extramural cuando lo realice la institución. Las acciones desarrolladas dan respuesta a la prioridad en salud pública definidas previamente por la institución.	1- La ESE cuenta con siete (7) cinco equipos basicos de salud para la prestación de servicios extramural en la zona rural del municipio de la Paz-Cesar 2- La ESE cuenta con la caracterización basada en en el informe de analisis de rips trimestralmente realizada en la vigencia 2023.	1- Equipos basicos de salud 2- Informes de analisis de RIPS	1-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente. 2- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																
15	AsEJ7	El usuario y su familia, acompañante o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico que incluyen como mínimo: **Criterios:** • Información necesaria y suficiente de las actividades o procedimientos a seguir después de la realización de los exámenes estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico. Se da énfasis cuando se trate de pacientes menores de edad o con algún grado de discapacidad física y/o mental. • Participación activa del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador en promover su propia seguridad. • Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario y su familia, acompañante y cuidador del tratamiento y el objetivo de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico según aplique • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1- El Hospital tiene documentado el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado desactualizado	1- Protocolo consentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0062/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos Enfermería ES-GCA-MECPTC 006-F-012/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos OdontologiaES-GCA-MECPTC-004-F-022/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos Citologia cervicouterina ES-GCA-MECPTC- 004-F-032/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos atención del parto ES-GCA MECPTC-004-F-042/10/2025 Protocolo disentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0072/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Enfermería ES-GCA-MECPTC-007 012/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Odontologia ES-GCA-MECPTC-007 022/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Citologia cervicouterina ES-GCA-MECPTC-007-F-032/10/2025	1. Actualizar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos 2. Fortalecer capacidades al talento humano en salud sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	
	AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)	**Versiòn** 3
		Fecha 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																
16	**AsEJ8**	Se garantiza la disponibilidad de las imágenes diagnósticas en dispositivos móviles utilizados dentro de las instalaciones o en los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina y extramural. **Criterios:** • La calidad de las imágenes cumple con los estándares definidos para su visualización, por lo tanto, la imagen final transmitida no debería arrojar una pérdida de datos clínicamente significativa durante el proceso del envío. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usado serán los requeridos para los estudios a ser transmitidos. • Se garantiza la visualización y análisis de las imágenes de forma confidencial y segura y desde donde se consulte la imagen. • Se tienen definidas las condiciones de velocidad de respuesta del software en los dispositivos móviles. • Los resultados críticos, generan alertas y deben transmitirse inmediatamente al médico que refiere y/o al paciente . • Contar con medidas de seguridad del sistema de información que incluya la de los dispositivos. La institución cuenta con planes de contingencia y equipos de respaldo en caso de ser necesario.	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas													
EVALUACION DE LA ATENCION																
17	**AsEVA5**	La institución garantiza que de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales, se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identifican en la planeación y evaluación al ingreso. **Criterios:** • La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra representativa de historias clínicas y registros asistenciales, en la evaluación se tiene en cuenta los incidentes y eventos adversos. • Se evalúan los riesgos poblacionales e individuales teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones implementadas. • Se evalúa el cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con la normatividad vigente y se mide la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. • Cuenta con un mecanismo para evaluar las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. • Se evalúa si las atenciones realizadas en cumplimiento de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud dan respuesta a la planeación y evaluación de las necesidades evaluadas. • Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo en salud sobre los resultados de la evaluación. • La institución evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional. • Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.	1. El Hospital realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	1- Actas del comité de Historias Clinicas	1- Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos. 2- Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos. 3- Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
SALIDA Y SEGUIMIENTO																
18	**AsSAL1**	La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalizacion de la atencion y su posterior seguimiento. Incluye lo siguiente: **Criterios:** • Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente despues del egreso. • Cuenta con estandares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturacion de los servicios. • Para los casos en que la condicion clinica, fisica y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañia de un adulto responsable, previa valoracion por el medico tratante. • Comunicacion de toda la informacion relevante a la empresa promotora de salud, sdministradora, o las que se asimilen, para autorizacion y planificacion de la integralidad y continuidad del seguimiento. • Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha, y razones de referencia y personas de que deben contactar, si aplica. • Reporte de los resulatdos del cuidado y tratamiento, si aplica. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios. • Existe para cada paciente que egresa de la organizacion un documento que contiene el reporte final de su estadia y los requerimientos futuros necesarios. Este crierio no aplica para los servicios ambulatorios. • Informacion de los tramites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remision o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organizacion que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional. • Plan de cuidado escrito que incluye la explicacion acorde con el nivel de coocimiento y comprension del paciente y su familia acerca de los cuidados que deben seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamento y su administracion, uso de equipos medicos, alimentacion, y rehabilitacion y signos y sintomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica. • El profesional tratante debe proveer informacion basica al usuario y su familia como resultado de su atencion. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacologico, ejercicios, rehabilitacion, etc.). • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1.El Hospital cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	1- Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	1. Actualizar el procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion. 2. Definir Planes de cuidados por escrito con instrucciones detalladas sobre medicamentos, alimentación, rehabilitación y signos de alertay de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar. 3. Definir y documentar las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
SALIDA Y SEGUIMIENTO																
19	**AsSAL2**	La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios. **Criterios:** • La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública. • La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente	1. El Hospital realiza educación individual y grupal según lineamientos de la Resolución 3280 del 2018	1- RIPS de PyP	1. Definir el procedimiento de adopción de las Guias clinicas de atención incluyendo las establecidas por la Resolucion 3280 del 2018.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	**1,90**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																
20	**AsREF1**	En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: **Criterios:** • La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. • La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente. • Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. • La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente. • Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas.	1. El Hospital cuenta con manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y el Manual de Referencia y Contrareferencia	1- Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	1. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia 2.Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	**1,90**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																
21	**AsREF2**	Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: **REMISION AL LABORATORIO O IMAGENES DIAGNOSTICAS** • Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. • Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas. • Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. • La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. • Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que: • Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales. • La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y si la retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control. • Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario. • La organización cuenta con mecanismos de comunicación con los prestadores de servicios de laboratorio o imágenes, cuando los resultados no están acompañados de una lectura o están en letra ilegible, sin firma o sello, sin código del responsable y sin fecha de resultados. Igualmente, se debe garantizar que entre los dos servicios exista un mecanismo de asesoría y consejería en la interpretación de los resultados. • Se aplican los mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos, si aplica. **REMISIÓN A URGENCIAS** • Previo al traslado, se debe garantizar que la organización a donde se remite cuenta con la disponibilidad del servicio. • En el proceso de traslado se debe tener una información mínima que incluye: quién transporta, cómo se transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización a donde se remite. El presente criterio no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante. • Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. **REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS**	1- La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al adulto, maternas, crecimiento y desarrollo, riesgo cardiovascular,etc).	1- No se evidencian soportes	1. Definir el procedimiento de remision de muestras para laboratorios clinico y de patologia internos y externos el cual establecera los lineamientos del manejo de las remisiones desde la solicitud de examenes hasta el reporte efectivo, frente a las remisiones se cuenta con manual de referencia y contrareferencia. 2. Definir guias y procedimientos sobre la preparacion de los pacientes, informacion y educacion al usuario, el registro en historia clinica. 3. Evaluar sistematicamente la pertinencia de las ordenes al laboratorio clinico 4. Realizar indicaciones de preparacion de estudios de radiologia para entrega a los usuarios.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																	
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																	
22	**AsREF3**	En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos: **Criterios:** • La organizaciòn cuenta con criterios explicitos para los casos que se remiten: motivos de referencias, fechas, lugares, informaciòn del usuario, cuando y donde se remiten entre otros, estos protocolos estan respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso. • La organizaciòn garantiza que las remisiones a laboratorio de diferente complejdiad cuenten con la informaciòn clinica relevante del paciente. • Brinda informaciòn clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al que se refieren las muestras. • Existe un protocolo de mantenimiento y conservacion de muestras previo al envio. • Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presenten confusiòn con respecto a la muestra e identidad. • Existe un protocolo de recepciòn de muestras transportadas por problemas preanaliticos.	Estandar de Acreditacion no evaluable														
23	**AsREF4**	En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	Ninguna	No se evidencian soportes	1-Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
24	**AsREF5**	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	Estandar de Acreditacion no evaluable														
25	**AsREF6**	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	Estandar de Acreditacion no evaluable														
SEDES INTEGRADAS EN RED																	
26	**AsSIR17**	Existe trabajo en forma conjunta entre la institución prestadora de servicios de salud incluyendo las sedes, con las entidades responsables del aseguramiento, cuando haga parte de las redes integrales de prestadores de servicios de salud propendiendo por la accesibilidad de los servicios y continuidad en la atención en salud. **Criterios:** • Cuando la institución hace parte de la red de un asegurador, existe un documento donde se describen los procesos y procedimientos para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución y durante su tratamiento entre otros. • Se tienen definidos procesos de atención que garanticen la coordinación y continuidad del proceso de atención al usuario.	1- La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	1- Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	1- Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 23/06/0026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
SEDES INTEGRADAS EN RED																
27	**AsSIR18**	La Institución tiene definidos y documentados los servicios que oferta en cada una de las sedes en red esta información debe ser clara para el usuario, familiar acompañante o cuidador. **Criterios:** • Tiene definido y se brinda información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizara la atención del usuario. • Cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de asignación de citas en los servicios ofertados en cada sede.	1- La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	1- Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	1- Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,91**	**1,83**	**1,74**	**1,95**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,90**	**1,95**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,95**

AUTOEVALUACION ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo.	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																	
28	DIR13	La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su actividad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles.	1. El Hospital realizo la actualización de la plataforma estrategica debidamente aprobada por la junta directiva mediante acuerdo No 013 del 23 de diciembre del 2026.	1. Acuerdo de Junta Directiva No 013 del 23 de diciembre del 2026.	1. Optimizar el despliegue y la flexibilidad de la planificación estratégica mediante la implementación de metodologías ágiles de comunicación interna y tableros de control dinámicos, que vinculen las metas operativas de los servicios con las expectativas cambiantes de la población y los recursos disponibles, garantizando la sostenibilidad del modelo de prestación."	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
		Criterios: • Definición de su misión, visión, valores y principios. • La incorporación de un modelo de prestación en salud basado en estrategias de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial operada con equipos multidisciplinarios y facilitada con testeos rapidos. • Pertenecer a las redes de servicios de salud de los aseguradores, cuando aplique • Estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y acciones de salud pública. • Análisis documentado sobre la población a la que presta servicio y la actividad que se realiza, qué proporciona la información de base para definir sus estrategias. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La vision enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.	2. La junta participa activamente en el proceso de formulación y aprobación del plan de desarrollo institucional acorde a las normas que le aplican. Adicionalmente se cuenta con planes y programas para fortalecer el proceso	2. Acta de Junta Directiva	2. Diseñar un cronograma de talleres de "Plaineación Estratégica" por servicios y crear una matriz de interdependencias que traduzca el gran plan institucional en metas sencillas y medibles para el personal asistencial y administrativo.											
29	DIR14	Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectivamente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.	1. El Hospital realizo la elaboración y aprobación del Plan Institucional de Desarrollo vigencia 2025.	1. Plan Institucional de Desarrollo vigencia 2025.	1. Fortalecer el mecanismo de despliegue, seguimiento y evaluación del impacto de las políticas institucionales y programas estratégicos definidos por la alta dirección, garantizando una medición objetiva de la responsabilidad colectiva de los líderes y la alineación del personal operativo con la misión organizacional.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
		Criterios: • Aprobar y revisar periódicamente la misión de la institución y garantizar que el cliente interno y externo y las partes Interesadas lo conozcan. • Establecer Las políticas y aprobar los diferentes programas necesarios para la gestión operativa de la institución. • Garantizar los recursos para la operación y funcionamiento de la institución y para cumplir con la misión, políticas y programas. • Designar y evaluar al personal directivo mediante procesos y criterios establecidos.	2. El Hospital realizo evaluación del cumplimiento del Plan Institucional de Desarrollo de fecha 31 de diciembre del 2026.	2. Informe de cumplimiento de ejecución del Plan Institucional de Desarrollo	2. Evaluar periodicamente el cumplimiento de los Planes de accion institucionales											

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	
	AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)	**Versiòn** 3
		Fecha 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo.	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																
30	DIR15	La organización Un establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa. **Criterios:** • Se encuentran implementados los flujos y tipos de canales de comunicación interna y externa de la institución. • Se establecen los procesos de comunicación efectivas dentro y fuera de la institución y la difusión de la información necesaria para el desarrollo de las actividades. • Se tienen implementados mecanismos de control social como la rendición de cuentas entre la comunidad y grupos de interés, en el marco de los principios de buen gobierno. • Está definida la información a difundir utilizando los canales de comunicación. • Se han definido responsabilidades para la comunicación Interna y externa de la institución. • Se monitoriza el uso adecuado de los canales de comunicación internos y externos.	1. El Hospital tiene como mecanismo de control social realiza anualmente la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés según los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud	1. Informe de Rendicion de cuentas	1. Definir y documentar plan de comunicaciónes del Hospital.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
31	DIR16	La política de prestación de servicios de salud está definida, implementada y alineada con la política y modelo de prestación en salud o su equivalente, como instrumento de de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades. **Criterios:** • Desarrollan acciones coordinadas en la prestación del servicio teniendo en cuenta el aseguramiento, salud Pública, el enfoque territorial, diferencial y comunitario, articulaciones intersectorales y gobernanza como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población.	1. El Hospital garantiza la prestación de servicios a la comunidad a traves de brigadas extramurales y ejecucion de activiades PIC	1- Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	1- Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud del Hospital y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																	
32	DIR17	La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de gestión integral del riesgo en salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. **Criterios:** • Identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existente en cada ámbito territorial • Identificación de los grupos de riesgo y sus características. • Priorización de grupos de riesgo y eventos de atención. • Planeación en el territorio y mecanismos de interacción entre los actores del sistema dentro de sus competencias. • Recolección análisis y sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección del riesgo. • Monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementan para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad. • Desarrollo implementación y adaptación de rutas protocolos y sistemas de monitoreo y atención a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes de prestadores de servicios de salud cuando haga parte de estas. • Identificación De las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula. • Seguimiento de cohortes de grupos de riesgo para monitorear el adecuado manejo y aplicaciones de las rutas. • Aplicación de modelos predictivos de riesgo. • Minimización del riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos segun clasificación . • Manejo e interoperabilidad de la informacion entre los agentes del sistema.	1. El Hospital realiza periodicamente el analisis de prestación de servicios que describe la caracterización poblacional de la población atendida	1. Actas de Junta Directiva	1. Optimizar el despliegue operativo y la evaluación de la Política de Gestión Integral del Riesgo mediante la estandarización de las intervenciones preventivas del equipo multidisciplinario, asegurando la adherencia estricta a las Rutas Integradas de Atención (RIAS) y minimizando la variabilidad clínica en la atención de eventos de interés en salud pública. 2. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo. 3. Realizar talleres de simulación o revisión de casos reales donde se evalúe si el personal sabe identificar y activar las conductas preventivas ante un riesgo específico (ej. captación de sintomáticos respiratorios o sospecha de violencia de género). 4. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,60**	**1,60**	**1,60**	**1,88**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,76**	**1,88**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,88**

AUTOEVALUACION ESTANDARES GERENCIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA																
33	GER.15	La organización dispone de un plan de liderazgo compartido con el propósito de alcanzar los objetivos Institucionales. **Criterios:** • El liderazgo institucional se identifica desde el direccionamiento estratégico. • El liderazgo institucional es compartido y hay colaboración para desarrollar los programas, las políticas y los servicios para cumplir con el plan estratégico. • Están definidos los perfiles de los líderes requeridos e identificación de líderes con base en los perfiles. • Implementación de un programa de desarrollo para lideres. • Los colaboradores, entre ellos los equipos multidisciplinarios, conocen a sus líderes y sus responsabilidades	1. El Hospital evalua periodicamente la ejecución del presupuesto y del estado financiero, lo cual permite identificar y corregir desviaciones de manera temprana	1. Ejecución Presupuestal	1. Fortalecer el modelo de liderazgo compartido mediante el empoderamiento y la descentralización de la toma de decisiones en los líderes intermedios de los procesos asistenciales y administrativos, garantizando metodologías de co-creación y asignación de responsabilidades claras para el logro de las metas institucionales de calidad y seguridad. 2. Capacitar a los líderes intermedios en habilidades blandas (comunicación asertiva, resolución de conflictos) y herramientas técnicas de calidad (metodología PHVA, análisis de causas con espina de pescado o los 5 porqués). 3. Definir los lideres y responsabilidades de los procesos del Hospital	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
34	GER.16	En la organización, la alta gerencia planifica, desarrolla, coordina e implementa los lineamientos estratégicos y evalúa los resultados con base en indicadores de desempeño, cifras y hechos e información comparativa. **Criterios:** • La alta gerencia de la institución guía el proceso de planificación y evaluación organizacional que incluye administración y gestión de recursos Personal y proceso financieros para el mejoramiento continuo de la calidad. • Toma de decisiones relacionadas con el uso de recursos, humanos y técnicos, organización de equipos, multidisciplinarios, de testeo rápidos y de tecnologías necesarias para servicios y modalidades de telesalud en caso de contar con ellas, con un entendimiento de las implicaciones de calidad y seguridad de esas decisiones. • La integración del presupuesto, el plan de objetivos y los esfuerzos para mejorar los procesos organizacionales. • Garantiza que las áreas e infraestructuras disponibles son compatibles con la misión y los servicios ofrecidos. • Priorización en la institución de los procesos, resultados clínicos y administrativos que se mediran y que actividades de mejora se implementarán.	1- La junta directiva de la ESE realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial 2024-2028	1- Acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2025	1. Fortalecer el modelo de toma de decisiones basadas en datos de la alta gerencia, mediante la implementación de analítica avanzada, tableros de control predictivos y la incorporación sistemática de benchmarking sectorial, garantizando que la evaluación de los lineamientos estratégicos responda a hechos, cifras y tendencias comparativas de alta calidad. 2. Implementar comités gerenciales para la revisión analítica, donde cada líder presente variaciones de datos, análisis de causas de desviaciones y proyecciones, prohibiendo las decisiones estratégicas que no estén respaldadas por cifras.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GERENCIA																
35	GER.17	La organización promueve la participación social en salud como un elemento de mejora continua. **Criterios:** • Habilitación de canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional. • Se incorpora la información obtenida por los canales de participación social en salud a la toma de decisiones institucional. • Se informa a los ciudadanos que han usado los canales de participación social en salud sobre el tratamiento que han recibido sus aportes. • La alta gerencia analiza y trabaja para mejorar los canales de participación social en salud, tanto desde un punto de vista cuantitativo (Participantes) como cualitativo (aportes).	1. El Hospital tiene como mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	1- Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	1. Capacitar a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva. 3. Habilitar diferentes canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
36	GER.18	La organización implementa las acciones que garantizan la viabilidad financiera institucional en cumplimiento del modelo de prestación definido **Criterios:** • La organización garantiza la gestión administrativa y financiera alineada con las prioridades de salud en el territorio y en concordancia con el modelo de prestación básico en atención primaria en salud. • La organización tiene definida una plataforma contractual que garantiza condiciones adecuadas de suficiencia patrimonial y financiera, incluyendo oferta de valor, tarifas, flujo de caja, cartera sana y crecimiento razonable en producción. • La organización tiene procesos definidos, implementados y evaluados para garantizar la facturación de servicios, la cobranza, el recobro, el recaudo adecuado y oportuno con todos sus pagadores. • la organización efectuó el seguimiento sistemático y período a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.	1- El Hospital evalua periodicamente la ejecución del presupuesto y del estado financiero, lo cual le permite identificar y corregir desviaciones de manera temprana.	1. Ejecución Presupuestal	1. Optimizar la viabilidad financiera institucional mediante la implementación de un modelo de "Gestión Clínica Eficiente" (Costos Basados en el Valor), que articule el control del gasto asistencial, la disminución de glosas y la reducción de desperdicios, garantizando que la sostenibilidad económica apalanque y asegure los estándares de calidad del modelo de prestación definido. 2. Crear un comité interdisciplinario (médicos líderes, auditores de cuentas médicas y financieros) para analizar mensualmente las desviaciones del gasto y las causas de las glosas recurrentes.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 24/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA																
37	GER.19	En la organización, la gerencia cuenta con un sistema Información consistente, que permite evaluar la actividad administrativa, los niveles de satisfacción del cliente interno y externo y permite la integración Con el programa institucional de calidad.	1. El Hospital cuenta con el talento humano idoneo que permite operativizar un sistema de informació integral.	Manual de funciones de la ESE	1- Evaluar periodicamente los indicadores administrativos y financieros de los planes de accion por proceso 2- Evaluar la satisfacción del cliente interno y externo que permite la integración Con el programa institucional de calidad.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**
38	GER.20	Se ha definido implementado un sistema de monitorización para los resultados de las unidades o servicios asistenciales en la organización. **Criterios:** • Se dispone de un sistema de seguimiento a los resultados, con base en indicadores, que permite establecer objetivos, identificar desviaciones y corregir sus causas, así mismo permite evaluar la interacción con otras instituciones en los procesos de referencia - contra referencia con el control y seguimiento a su oportunidad y tiempo de respuesta.	1. El Hospital ealiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	1- Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	1- Realizar evaluación y monitoreo de los indicadores de cumplimiento de los procesos y servicios asistenciales de la ESE que incluye la referencia y contrareferencia del Hospital. 2- Implementar acciones de mejora que controlen las desviaciones encontradas en caso de que aplique.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	**1,80**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,50**	**1,17**	**1,33**	**1,80**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,60**	**1,80**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,80**

AUTOEVALUACION ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL				**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC**													Libertad y Orden	
				ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR														
				AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)													**Versiòn**	**3**
																	Fecha	**25/06/2026**

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																
41	**GAF11**	La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones.	1. El Hospital actualizo el manual de Limpieza y desinfección.	1. Manual de limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-00111/09/2025 Formato de limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-001-F-00111/09/2025 Rotulo de productos de Limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-001-F-00211/09/2025	1. Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que presta la ESE.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
		Criterios: • La institución conoce las necesidades de mantenimiento de las instalaciones físicas. • Plan de mantenimiento de la planta física actualizado, no existen incidencias sin resolver o injustificadas. • Mecanismos definidos y socializados que garantizan la comunicación oportuna a los encargados del mantenimiento de la institución, informando la falta de mantenimiento o mal funcionamiento de las instalaciones clave que dan soporte a la atención en salud. Estos incluyen registros y resoluciones de las solicitudes. • Inspecciones, revisiones y mantenimientos con documentación técnico-legal, evaluaciones, autorizaciones o informes, realizándose el correspondiente seguimiento de dichas actuaciones para emprender las medidas necesarias en caso de posibles incidencias. • La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones físicas de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades en funcion de la complejidad requerida y garantizan el cumplimiento de toda reglamentación medioambiental.	2. El Hospital cuenta con registros fotograficos y de asistencia publicados en redes sociales en donde se evidencia la socialización del manual de limpieza y desinfección.		2. Realizar recorridos mensuales sorpresa junto al técnico de mantenimiento para verificar si los riesgos reportados por el personal asistencial fueron solucionados en el tiempo establecido y si las áreas de tránsito de pacientes están libres de obstáculos o peligros de caída.									
42	**GAF12**	La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros y las actividades que desarrolla en estos aspectos son medioambientales responsables.	1- La ESE Implementa periodicamente el plan de control de vectores, roedores, plagas.	1- Informes de cumplimiento del plan de control de vectores, roedores, plagas.	1. Implementación del Control Integrado de Vectoresy la gestión eco-responsable de aguas 2. Ejecutar una jornada institucional de de Liimpieza de Entorno" para eliminar chatarra o activos obsoletos almacenados en áreas abiertas. 3. Establecer que el Líder de Gestión Ambiental (o de Servicios Generales) realice búsquedas activas semanales de larvas o signos de roedores. Evaluar la adherencia del personal de cocina y lavado al protocolo de "cierre hermético de contenedores de basura" para evitar que sirvan como fuente de alimento a plagas. 4. Realizar un diagnóstico físico y cartográfico del hospital para identificar "puntos críticos de estancamiento" (tanques de agua, canales, zonas de almacenamiento de residuos, llantas o frascos en patios). Diseñar la lista de chequeo mensual "Hospital Limpio y Seguro" adaptada de los lineamientos de salud pública para control de vectores.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 25/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																
43	GAF13	La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con las respectivas salvaguardas del medio ambiente. **Criterios:** • Planificación e implementación de un programa para la gestión de insumos y suministros de forma segura. • La institución conoce las necesidades de las instalaciones físicas para la gestión de los insumos. • Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para el almacenamiento de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, acordé con las recomendaciones del fabricante. • Se identifica la cadena de suministros críticos. • Se evalúa la integridad de cada proveedor de la cadena. • La toma de decisiones sobre los recursos tienen en cuenta los riesgos de la cadena de suministros.	1. El Hospital realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	1- Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	1. Realizar la socialización del manual de farmacia 2. Realizar el almacenamiento, conservación, control de la cadena de frio de los reactivos, medicamentos según lo establecido en el Decreto 2200 del 2005 y la resoluciones 1403 del 1007 y el manual de servicio farmaceutico del Hospital	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,67**	**1,00**	**1,00**	**1,77**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,53**	**1,77**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,77**

AUTOEVALUACION ESTANDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** **3** **Fecha** **25/06/2026**

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																
41	GAF11	La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones.	1. El Hospital actualizo el manual de Limpieza y desinfección.	1. Manual de limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-00111/09/2025 Formato de limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-001-F-00111/09/2025 Rotulo de productos de Limpieza y Desinfección AP GAF-GAM-MN-001-F-00211/09/2025	1. Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que presta la ESE.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
		Criterios: • La institución conoce las necesidades de mantenimiento de las instalaciones físicas. • Plan de mantenimiento de la planta física actualizado, no existen incidencias sin resolver o injustificadas. • Mecanismos definidos y socializados que garantizan la comunicación oportuna a los encargados del mantenimiento de la institución, informando la falta de mantenimiento o mal funcionamiento de las instalaciones clave que dan soporte a la atención en salud. Estos incluyen registros y resoluciones de las solicitudes. • Inspecciones, revisiones y mantenimientos con documentación técnico-legal, evaluaciones, autorizaciones o informes, realizándose el correspondiente seguimiento de dichas actuaciones para emprender las medidas necesarias en caso de posibles incidencias. • La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones físicas de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades en funcion de la complejidad requerida y garantizan el cumplimiento de toda reglamentación medioambiental.	2. El Hospital cuenta con registros fotograficos y de asistencia publicados en redes sociales en donde se evidencia la socialización del manual de limpieza y desinfección.		2. Realizar recorridos mensuales sorpresa junto al técnico de mantenimiento para verificar si los riesgos reportados por el personal asistencial fueron solucionados en el tiempo establecido y si las áreas de tránsito de pacientes están libres de obstáculos o peligros de caída.									
42	GAF12	La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros y las actividades que desarrolla en estos aspectos son medioambientales responsables.	1- La ESE Implementa periodicamente el plan de control de vectores, roedores, plagas.	1- Informes de cumplimiento del plan de control de vectores, roedores, plagas.	1. Implementación del Control Integrado de Vectoresy la gestión eco-responsable de aguas 2. Ejecutar una jornada institucional de de Liimpieza de Entorno" para eliminar chatarra o activos obsoletos almacenados en áreas abiertas. 3. Establecer que el Líder de Gestión Ambiental (o de Servicios Generales) realice búsquedas activas semanales de larvas o signos de roedores. Evaluar la adherencia del personal de cocina y lavado al protocolo de "cierre hermético de contenedores de basura" para evitar que sirvan como fuente de alimento a plagas. 4. Realizar un diagnóstico físico y cartográfico del hospital para identificar "puntos críticos de estancamiento" (tanques de agua, canales, zonas de almacenamiento de residuos, llantas o frascos en patios). Diseñar la lista de chequeo mensual "Hospital Limpio y Seguro" adaptada de los lineamientos de salud pública para control de vectores.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 25/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																
43	GAF13	La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con las respectivas salvaguardas del medio ambiente. **Criterios:** • Planificación e implementación de un programa para la gestión de insumos y suministros de forma segura. • La institución conoce las necesidades de las instalaciones físicas para la gestión de los insumos. • Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para el almacenamiento de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, acordé con las recomendaciones del fabricante. • Se identifica la cadena de suministros críticos. • Se evalúa la integridad de cada proveedor de la cadena. • La toma de decisiones sobre los recursos tienen en cuenta los riesgos de la cadena de suministros.	1. El Hospital realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	1- Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	1. Realizar la socialización del manual de farmacia 2. Realizar el almacenamiento, conservación, control de la cadena de frio de los reactivos, medicamentos según lo establecido en el Decreto 2200 del 2005 y la resoluciones 1403 del 1007 y el manual de servicio farmaceutico del Hospital	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	**1,70**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,67**	**1,00**	**1,00**	**1,77**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,53**	**1,77**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,77**

AUTOEVALUACION ESTANDARES GESTION DE LA TECNOLOGIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GERENCIA DE LA INFORMACION																
46	**GI14**	Los sistemas de información de la organización y las unidades o servicios de apoyo diagnóstico así como la información generada de las atenciones extramurales y telemedicina están integrados con la historia clínica electrónica. **Criterios:** • Se dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, de las atenciones extramurales y telemedicina en la historia clínica electrónica.	1. El Hospital cuenta con el sistema de Información Rfast para el manejo y custodia de la información asistencial d	1- Sistema de Información Esalud	1. Dotar a los equipos extramurales con dispositivos móviles con capacidad de almacenamiento cifrado local (para operar en veredas sin señal) que sincronicen los datos clínicos inmediatamente al detectar red institucional o datos móviles seguros. 2. Integrar el canal de telemedicina de modo que la consulta a distancia impacte directamente el historial único del paciente, automatizando el cargue de órdenes de apoyo diagnóstico.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
47	**GI15**	Los sistemas de información de la organización permiten interpretación con los usuarios o con sus sistemas y cumplen con lo que define la reglamentación en telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el País, cuando se oferte. **Criterios:** • Los sistemas de información se orientan al cliente y a sus necesidades para facilitar la comunicación y accesibilidad a los usuarios u organizaciones externas. • La información y medios de comunicación están disponibles para los usuarios o sus sistemas, que faciliten la toma de decisiones respecto de la atención. • El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas. • Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.	Estándar no evaluable La ESE no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud														
48	**GI16**	Se tienen definidos mecanismos con los sistemas de información de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, para almacenar y gestionar los resultados de los estudios y exámenes realizados y facilitar el acceso y disponibilidad de los Servicios clínicos existentes. **Criterios:** • Se garantice el almacenamiento Seguridad y acceso de los estudios y exámenes que se realizan en la institución mediante De mecanismos estandarizados para los diferentes servicios existentes.	1- El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	1- Imágenes diagnosticas digitalizadas	1. Desarrollar en el Comité de Seguridad del Paciente y lidere de procesos (Laboratorio/Urgencias y consulta externa) para unificar y oficializar el "Listado Institucional de Valores Críticos" (alertas de laboratorio y hallazgos radiológicos urgentes). 2. Implementar sistemas de alarma que permitan al personal médico tomar decisiones según los registros clinicos del paciente 3. Documentar y socializar el procedimiento de copias de seguridad como respaldo al sistema de información.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						TOTAL
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DE LA INFORMACION																	
49	**GI17**	Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción y registro en tiempo real de las atenciones extramurales realizadas como es el caso de la domiciliarias, cuando se oferte. **Criterios:** • Los sistemas de información se orientan a las necesidades de las atenciones extramurales para facilitar el registro y las accesibilidad a los colaboradores que hacen uso de ellos. • La información y medios de comunicación están disponibles Para los colaboradores, facilitando la toma de decisiones respecto a la tensión. • El tipo y especificaciones de los dispositivos de trasmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas. • Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.	1. El Hospital cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	1-Sistema de Información	1. Implementar la interconexion de los registros asistenciales diligenciados en tiempo real extramuralmente para facilitar el registro y las accesibilidad al talento humano asistencial que hacen uso de ellos. 2- Incorporar dispositivos con mejor capacidad de transmisión para mejorar la velocidad y calidad de la información, especialmente en zonas de difícil acceso.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	**1,80**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,00**	**1,00**	**1,80**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,60**	**1,80**
											PROMEDIO ESTANDAR					**1,80**

AUTOEVALUCION ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
MEJORAMIENTO																
50	**MCC1**	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación. • Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados. • Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación. • Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. • Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia. • Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento. • Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.	1- Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	1- Pamec Vigencia 2025	1- Ejecutar anualmente el PAMEC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
51	**MCC2**	La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: **Criterios**: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación. • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios. • Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
MEJORAMIENTO																
52	**MCC3**	Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. **Criterios:** • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.	1- Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	1- Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	1- Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
53	**MCC4**	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: **Criterios:** • Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. • Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. • Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento. • Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
54	**MCC5**	Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	1- Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	1- Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	1- Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**2,00**	**2,00**
						PROMEDIO ESTANDAR										**2,00**

AUTOEVALUCION ESTANDARES MEJORAMIENTO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
MEJORAMIENTO																
50	**MCC1**	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación. • Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados. • Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación. • Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. • Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia. • Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento. • Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.	1- Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	1- Pamec Vigencia 2025	1- Ejecutar anualmente el PAMEC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
51	**MCC2**	La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: **Criterios**: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación. • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios. • Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)**	Libertad y Orden **Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
MEJORAMIENTO																
52	**MCC3**	Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. **Criterios:** • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.	1- Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	1- Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	1- Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
53	**MCC4**	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: **Criterios:** • Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. • Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. • Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento. • Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
54	**MCC5**	Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	1- Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	1- Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	1- Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	**2,00**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**2,00**	**2,00**
						PROMEDIO ESTANDAR										**2,00**

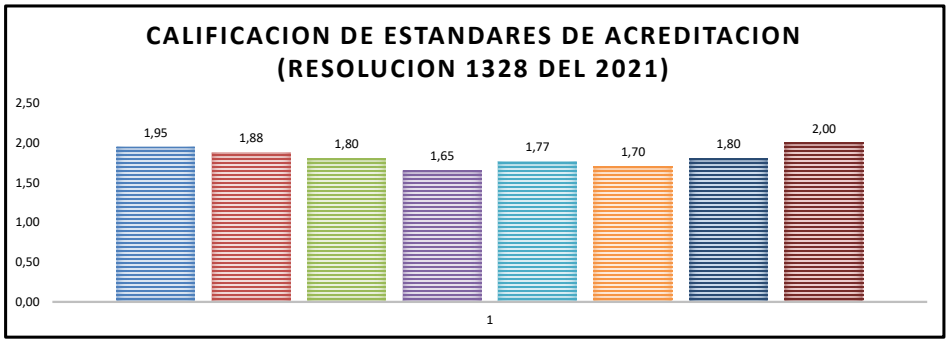
CONSOLIDADO 2026

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	
	AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021 (2026)	**Versión: 3**
		Fecha: 26/06/2026

DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS

CONSOLIDADO MATRIZ AUTOEVALUACIÓN SUA

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR
CLIENTE ASISTENCIAL	1,95
DIRECCIONAMIENTO	1,88
GERENCIA	1,80
TALENTO HUMANO	1,65
AMBIENTE FÍSICO	1,77
TECNOLOGÍA	1,70
INFORMACIÓN	1,80
CALIDAD	2,00



ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden	**Versiòn** 3 **Fecha** 26/06/2026

CALIFICACIÓN

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					
		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	PROMEDIO	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	PROMEDIO	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
CLIENTE ASISTENCIAL	1,95	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7	1,9
DIRECCIONAMIENTO	1,88	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,6	1,6	1,6	1,8
GERENCIA	1,80	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,17	1,33	1,60
TALENTO HUMANO	1,65	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	1,50	1,00	1,00	1,30
AMBIENTE FÍSICO	1,77	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,67	1,00	1,00	1,53
TECNOLOGÍA	1,70	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,40
INFORMACIÓN	1,80	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,60
CALIDAD	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
PROMEDIO	**1,82**	**PROMEDIO**			**2,00**	**PROMEDIO**		**2,00**	**PROMEDIO**					**1,64**

SELECCIÓN DE PROCESOS

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL					
DERECHOS DE LOS PACIENTES					
1	AsDP5	1. ESE cuenta con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	1. Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU.	1. Fortalecer capacidades del Talento humano de la ESE con el proposito de reducir barreras lingüísticas, incluyendo servicios de intérpretes y materiales en varios idiomas, politica de confidencialidad y atención humanizada	GESTION DE SIAU
				2. Capacitar a la coordinadora SIAU con el lenguaje de señas.	GESTION DE SIAU
				3. Realizar la actualización de la politica de no agresión enfocada al cliente interno y externo del Hospital	GESTION DE SIAU
				4. Realizar la socialización la politica de no agresión a los usuarios de la ESE, lo cual debe seguir fortaleciendose con el talento humano del Hospital	GESTION DE SIAU
SEGURIDAD DEL PACIENTE					
2	AsSP5	2. El Hospital cuenta con los instrumentos para la evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	2. Instrumentos de evaluación de adherencia protocolos de seguridad del paciente. Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta identificación del paciente ES-GCA-MEC-PTC-003 F-0011/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de infecciones ES-GCA-MEC-PTC-004 F-001 1/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta administración de medicamentosES-GCA-MEC-PTC-008 F-0012/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de ulcera por presiónES-GCA-MEC-PTC-010 F-0013/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de caidas ES-GCA-MEC-PTC-011 F-0013/10/2025 Listas de chequeo rondas de seguridad ES-GCA-MEC-PTC-005 F-0013/10/2025 Lista de chequeo egreso del pacienteES-MEC-GCAPR- 002 F-0110/10/2025	5. Evaluar la comprensión de todos los clientes los clientes de la política de seguridad del paciente.	GESTION DE CALIDAD
		3. El Hospital realiza monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	3. Actas mensuales del comité de seguridad del paciente.	6. Realizar seguimiento a los resultados de los indicadores de Farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia en el comite de calidad	GESTION DE CALIDAD
				7. Socializar al personal de todas las áreas la los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia.	GESTION DE CALIDAD
		4. EL Hospital tiene actualizado el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	4. Programa de seguridad del paciente actualizado. rograma de seguridad del pacienteES-MEC-GCA-PRG-00212/09/2025 Formato de reporte eventos adversos y/o incidentesESMEC- GCA-PRG- 002-F-0011/10/2025 Formato análisis eventos adversosES-MECGCA- PRG-002-F-0021/10/2025	8. Documentar el plan de prevencion y control de infecciones e incorporarlo en el plan de direccionamiento estratégico de la institucion (protocolo de aislamiento)	GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
ACCESO					
3	AsAC9	5. El hospital cuenta con el "Estudio de capacidad instalada-frecuencia de uso HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código es-gpi-pln-002. Matriz Excel capacidad instalada de fecha 16 de octubre de 2025. Acta de concertación y aprobación por la secretaria de salud departamental de la capacidad instalada construcción de la infraestructura física de la HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON torres de fecha 16 de octubre de 2025	5. "Estudio de capacidad instalada-frecuencia de uso HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código es-gpi-pln-002. Matriz Excel capacidad instalada de fecha 16 de octubre de 2025. Acta de concertación y aprobación por la secretaria de salud departamental de la capacidad instalada construcción de la infraestructura física de la HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON torres de fecha 16 de octubre de 2025	1. Definir y documentar la frecuencia de uso de los servicios del Hospital	GESTION DE CALIDAD
				2. Identificar adecuadamente todas las circunstancias que provocan picos de demanda y los servicios que se ven más afectados.	GESTION DE CALIDAD
				3. Implementar medidas actuales para responder a la alta demanda podrían no ser lo suficientemente eficientes.	GESTION DE CALIDAD
				4. definir y documentar el mecanismo de evaluación de la eficacia de las medidas implementadas basadas en resultados objetívos.	GESTION DE CALIDAD
4	AsAC10	6. El Hospital cuenta con la documentación de las Guias y Protocolos de las Rutas Integrales de Atención en salud Ruta Materno Perinatal y Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud	6. Guia de ruta integral de atención en salud de la primera infancia MS-PSS-RIAS-G-0126/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la infancia MS-PSS-RIAS-G-0226/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adolescencia MS-PSS-RIAS-G-0326/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la juventud MS-PSS-RIAS-G-0427/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adultez MS-PSS-RIAS-G-0527/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la vejez MS-PSS-RIAS-G-0627/08/2025 Protocolo de cuantificación gravimétrica de la hemorragia post-partoMS-PSS-RIAS-PTC-0225/08/2025 Protocolo atención interrupción voluntaria del embarazo MS-PSS-RIAS-PTC-0325/08/2025 Protocolo atención preconcepcional MS-PSS-RIAS-PTC-0425/08/2025 Protocolo atención control cuidado prenatal MS-PSS-RIAS-PTC-0525/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la primera infancia MS-PSS-RIAS-PR-02126/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la infancia MS-PSS-RIAS-PR-02226/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la adolescencia MS-PSS-RIAS-PR-02326/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la juventud MS-PSS-RIAS-PR-02427/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la* adultez MS-PSS-RIAS-PR-02527/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la vejez MS-PSS-RIAS-PR-02627/08/2025	5. Diseñar y definir las ruta de atención de los pacientes que garantice un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente	GESTION DE SIAU
				6. Realizar difusion a traves de videos institucionales proyectados en cada uno de los servicios del Hospital y la diferentes redes sociales, pagina web de la ESE que expliquen la ruta de atención, los servicios y los procesos de continuidad en la atención, asegurando un acceso uniforme.	GESTION DE SIAU
		7. El Hospital realizo la socialización de manera personalizada a cada uno de los médicos y jefes de Enfermería que desarrollan las rutas integrales de atención en Salud por parte de la coordinación medica en el mes de diciembre de 2025, según registro de entrega y socialización debidamente firmado.	7. Acta de socilaización.	7. Implementar encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	GESTION DE SIAU

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
ACCESO					
5	**AsAC11**	8. El Hospital realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	8. Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	8. Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	**GESTION DE CALIDAD**
				9. Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	**GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO					
6	**AsREG4**	9. El Hospital cuenta con la señalización de los servicios y areas.	9. Señalización de las areas	10. Identificar totos los servicios a traves de señalizaciónes claras sobre las áreas de acceso restringido, semi-restringido y sin restricción, vias de comunicación verticales y horizantes, categorizacion de acceso lo que permitira la orientacion y transito del usuario y a mejorar flujo de personas, la seguridad y orden en la institución.	**GESTION DE CALIDAD**
				11. Capacitar al talento humano designado para la atención al usuario referente al manejo de atencion al publico y atencion humanizada.	**GESTION DE SIAU**
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO					
7	**AsEV4**	10. El Hospital realizo la documentación del perfil epidemiológico de la ESE de fecha 18 de abril del 2025 el cual describe la morbilidad, mortalidad y la caracterización poblacional.	10. Perfil Epidemiologico vigencia 2025	12. Implementar encuestas de satisfaccion con la cual el personal de SIAU verifica el conocimiento de derechos y deberes y a la informacion obtenida durante la hospitalizacion, el conocimiento del usuario sobre horarios de visita, residuos hospitalarios etc.	**GESTION DE SIAU**
				13. Realizar la identificación de necesidades de los usuarios, priorizar y satisfacer necesidades de alimentación, sacerdote o apoyo espiritual, insumos tales como, pañales, ropa.	**GESTION DE SIAU**
				14. Definir e implementr el procedimiento de evaluaciones iniciales con el equipo de salud del Hospital a traves de la estrategia de atención primaria en salud (estado nutricional, otras necesidades especiales según lo indique su condición y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario); lo que permitira realizar una eficiente planeación de la atención.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				15. Definir y actualizar el perfil epidemiologico del Hospital de la viencia	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO					
8	**AsEV5**	11. El Hospital realiza oportunamente la notificación de enfermedad y eventos en salud pública a través de la plataforma de Sivigila	11. Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	16. Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**RIAS**
				17. Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**RIAS**
PLANEACION DE LA ATENCION					
9	**AsPL19**	12. El Hospital cuenta con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementaciòn terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico	12. Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	18. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	**LABORATORIO CLINICO**
10	**AsPL20**	13. La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	13. Formatos de resultados	19. Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas.	**LABORATORIO CLINICO**
				20. Documentar la interpretacion y registro de informe de valor crítico por el equipo de salud (tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultados del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad.	**LABORATORIO CLINICO**
11	**AsPL21**	14. El Hospital realizo la caracterización poblacional trimestralemnte con base en los registros individuales de prestación de servicios -RIPS	14. Informes trimestrales de analisis de prestación de servicios con base en los RIPS.	21. Realizar la actualización de la politica y modelo de atención en salud del Hospital	**GESTION DE CALIDAD**
				22. Socializar la politica y modelo de atención en salud.	**GESTION DE CALIDAD**
12	**AsPL22**	15. La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	15. Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	23. Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestaclón de atención de acuerdo a la normatividad vigente.	**GESTION COMERCIAL**
				24. Definir e incorporar en el modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los ríesgos para la salud de lá comunidad. con base en la ádécuada identificación y gestión de estos .	**RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
			SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
PLANEACION DE LA ATENCION					
13	**AsPL23**	16. La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	16. Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	25. Actaulzar los procedimientos de de rutas integrales de atención en salud y los procedimientos de Rutas integrales de atención en salud de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud y Ruta Materno Perinatal	**RIAS**
				26. Monitorear del impacto de los indicadores establecidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal para medir el impacto de las actividades de promoción y prevención en la población, lo que permitirá ajustar y mejorar los programas según las necesidades.	**RIAS**
14	**AsPL24**	17. El Hospital realizo la verificación de los informes cumplimiento de las indicadores y metas de las rutas integrales de atención por cada EPS Nueva EPS, Coosalud y Asmetsalud cuyos informes dieron origen a los planes de mejoramiento a implementar para la vigencia 2026.	17. Evaluación de cumplimiento de las rutas de atención	27. Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	**RIAS**
		18. El Hospital a través del programa de intervenciones colectivas y de Equipos básicos en salud desarrollo jornadas de salud en los corregimientos de la Victoria de San Isidro, La Palmita y Boquerón, cuyas jornadas fueron publicadas y soportadas en los registros de asistencia y difundidas a través de las redes sociales del Hospital	18. Jornadas de salud extramurales	28. Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	**RIAS**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO					
15	**AsEJ7**	19. El Hospital realizo la documentación del del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado	19. Protocolo consentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0062/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos EnfermeríaES-GCA-MECPTC- 006-F-012/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos OdontologìaES-GCA-MECPTC-004-F-022/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos Citologia cervicouterinaES-GCA-MECPTC- 004-F-032/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos atención del partoES-GCA-MECPTC-004-F-042/10/2025 Protocolo disentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0072/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de EnfermeríaES-GCA-MECPTC-007-F-012/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Odontologìa ES-GCA-MECPTC-007-F-022/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Citologia cervicouterinaES-GCA-MECPTC-007-F-032/10/2025	29. Actualizar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	**GESTION DE CALIDAD**
				30. Fortalecer capacidades al talento humano en salud sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	**GESTION DE CALIDAD**
16	**AsEJ8**	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas			

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
			SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
EVALUACION DE LA ATENCION					
17	**AsEVA5**	20. La ESE realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	20. Actas del comité de Historias Clinicas	31. Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos.	**GESTION DE CALIDAD**
				32. Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos.	**RIAS**
				33. Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	**RIAS**
SALIDA Y SEGUIMIENTO					
18	**AsSAL1**	21. La ESE cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	21. Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	34. Actualizar el procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	**GESTION DE CALIDAD**
				35. Definir Planes de cuidados por escrito con instrucciones detalladas sobre medicamentos, alimentación, rehabilitación y signos de alertay de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar.	**GESTION DE CALIDAD**
				36. Definir y documentar las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	**GESTION DE CALIDAD**
19	**AsSAL2**	22. El Hospital realiza educaciòn individual y grupal según lineamientos de la Resoluciòn 3280 del 2018	22. Registro de Asistencia	37. Definir, promover y evaluar lineamientos para darle continuidad a las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud de los pacientes después de su egreso.	**RIAS**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
20	**AsREF1**	23. El Hospital cuenta con el manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y el Manual de Referencia y Contrareferencia	23. Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	38. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	**URGENCIAS**
				39. Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
			SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
21	**AsREF2**	24. La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al adulto, maternas, crecimiento y desarrollo, riesgo cardiovascular,etc).	24. No se evidencian soportes	40. Definir el procedimiento de remision de muestras para laboratorios clinico y de patologia internos y externos el cual establecera los lineamientos del manejo de las remisiones desde la solicitud de examenes hasta el reporte efectivo, frente a las remisiones se cuenta con manual de referencia y contrareferencia.	**GESTION DE CALIDAD**
				41. Definir guias y procedimientos sobre la preparacion de los pacientes, informacion y educacion al usuario, el registro en historia clinica.	**GESTION DE CALIDAD**
				42. Evaluar sistematicamente la pertinencia de las ordenes al laboratorio clinico	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				43. Realizar indicaciones de preparacion de estudios de radiologia para entrega a los usuarios.	**GESTION DE CALIDAD**
22	**AsREF3**	Estandar de Acreditacion no evaluable			
23	**AsREF4**	Ninguna	No se evidencian soportes	44. Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
24	**AsREF5**	Estandar de Acreditacion no evaluable			
25	**AsREF6**	Estandar de Acreditacion no evaluable			
SEDES INTEGRADAS EN RED					
26	**AsSIR17**	25. La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	25. Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	45. Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
27	**AsSIR18**	26. La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	26. Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	46. Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO					
28	DIR13	27. La ESE realizo la actualización de la plataforma estratégica de la ESE la cual fue debidamente socializada y aprobada por la junta directiva de la ESE mediante acuerdo No 013 del 23 de diciembre de 2025.	27. Acuerdo de Junta directiva	47. Optimizar el despliegue y la flexibilidad de la planificación estratégica mediante la implementación de metodologías ágiles de comunicación interna y tableros de control dinámicos, que vinculen las metas operativas de los servicios con las expectativas cambiantes de la población y los recursos disponibles, garantizando la sostenibilidad del modelo de prestación."	GESTION DE PLANEACION
		28. La junta participa activamente en el proceso de formulación y aprobación del plan de desarrollo institucional acorde a las normas que le aplican. Adicionalmente se cuenta con planes y programas para fortalecer el proceso	28. Acta de Junta directiva	48. Diseñar un cronograma de talleres de "Plaineación Estratégica" por servicios y crear una matriz de interdependencias que traduzca el gran plan institucional en metas sencillas y medibles para el personal asistencial y administrativo.	GESTION DE PLANEACION
29	DIR14	29. La ESE realizo la elaboración y aprobación del Plan Institucional de Desarrollo vigencia 2026.	29. Plan Institucional de Desarrollo 2025	49. Fortalecer el mecanismo de despliegue, seguimiento y evaluación del impacto de las políticas institucionales y programas estratégicos definidos por la alta dirección, garantizando una medición objetiva de la responsabilidad colectiva de los líderes y la alineación del personal operativo con la misión organizacional.	GESTION DE PLANEACION
		30. El Hospital realizo la evaluación del cumplimiento del Plan Institucional de Desarrollo según informe de control interno de fecha 30 de diciembre de 2025 con un cumplimiento del 93,5%.	30. Informe de evaluación y cumplimiento emitido por el jefe de control interno.	50. Evaluar periodicamente el cumplimiento de los Planes de accion institucionales	GESTION DE PLANEACION
30	DIR15	31. El Hospital como mecanismo de control social realiza anualmente la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés según los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud	31. Informe de Rendicion de cuentas	51. Definir y documentar plan de comunicaciónes del Hospital	GESTION DE PLANEACION
31	DIR16	32. La ESE garantiza la prestación de servicios a la comunidad a traves de brigadas extramurales y ejecucion de activiades PIC	32. Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	52. Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud de la ESE y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	SUBDIRECCION CIENTIFICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
			SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO					
32	**DIR17**	33. El Hospital realiza periodicamente el analisis de prestación de servicios que describe la caracterización poblacional de la población atendida por la ESE	33. Actas de Junta Directiva	53. Optimizar el despliegue operativo y la evaluación de la Política de Gestión Integral del Riesgo mediante la estandarización de las intervenciones preventivas del equipo multidisciplinario, asegurando la adherencia estricta a las Rutas Integradas de Atención (RIAS) y minimizando la variabilidad clínica en la atención de eventos de interés en salud pública.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				54. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				55. Realizar talleres de simulación o revisión de casos reales donde se evalúe si el personal sabe identificar y activar las conductas preventivas ante un riesgo específico (ej. captación de sintomáticos respiratorios o sospecha de violencia de género).	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				56. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo.	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
GERENCIA					
33	**GER.15**	34. La ESE cuenta con un mapa de procesos que difene la operación por procesos de la ESE, pero no tiene definido los lideres y responsablidades de los lideres de procesos	34. Mapa de Procesos	57. Fortalecer el modelo de liderazgo compartido mediante el empoderamiento y la descentralización de la toma de decisiones en los líderes intermedios de los procesos asistenciales y administrativos, garantizando metodologías de co-creación y asignación de responsabilidades claras para el logro de las metas institucionales de calidad y seguridad.	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**
				58. Capacitar a los líderes intermedios en habilidades blandas (comunicación asertiva, resolución de conflictos) y herramientas técnicas de calidad (metodología PHVA, análisis de causas con espina de pescado o los 5 porqués).	**GESTION DE CALIDAD**
				59. Definir los lideres y responsabilidades de los procesos.	**GESTION DE PLANEACION**
34	**GER.16**	35. La junta directiva del hospital realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial	35. Acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2022.	60. Fortalecer el modelo de toma de decisiones basadas en datos de la alta gerencia, mediante la implementación de analítica avanzada, tableros de control predictivos garantizando que la evaluación de los lineamientos estratégicos responda a hechos, cifras y tendencias comparativas de alta calidad.	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL		ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
		ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
		SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
		2020-2024		61. Implementar comités gerenciales para la revisión analítica, donde cada líder presente variaciones de datos, análisis de causas de desviaciones y proyecciones, prohibiendo las decisiones estratégicas que no estén respaldadas por cifras.	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GERENCIA					
35	GER.17	36. El Hospital cuenta con mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	36. Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	62. Capacitar a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	GESTION DE SIAU
				63. Habilitar diferentes canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional.	GESTION DE SIAU
36	GER.18	37. La ESE evaluar periodicamente la ejecución del presupuesto y del estado financiero, lo cual permite identificar y corregir desviaciones de manera temprana.	37. Ejecución presupuestal	64. Optimizar la viabilidad financiera institucional mediante la implementación de un modelo de "Gestión Clínica Eficiente" (Costos Basados en el Valor), que articule el control del gasto asistencial, la disminución de glosas y la reducción de desperdicios, garantizando que la sostenibilidad económica apalanque y asegure los estándares de calidad del modelo de prestación definido.	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA
				65. Crear un comité interdisciplinario (médicos líderes, auditores de cuentas médicas y financieros) para analizar mensualmente las desviaciones del gasto y las causas de las glosas recurrentes.	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA
		38. La ESE realizo la del procedimiento de contratación con las EAPB código: GPLA-PD-003 el 05 de noviembre de 2025.	38. Procedimiento de contratación con las EAPB código: GPLA-PD-003	66. Capacitar al personal médico en el registro correcto y oportuno en la historia clínica (soportes de pertinencia), atacando la glosa desde el momento de la atención y no de manera reactiva cuando la factura ya fue devuelta por la ERP	GESTION DE CALIDAD
37	GER.19	39. La ESE cuenta con el talento humano idoneo que permite operativizar un sistema de informació integral.	39. Manual de funciones	67. Evaluar periodicamente los indicadores administrativos y financieros de los planes de accion por proceso	GESTION DE PLANEACION
				68. Evaluar la satisfacción del cliente interno y externo que permite la integración Con el programa institucional de calidad.	GESTION DE SIAU
38	GER.20	40. El Hospital realiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	40. Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	69. Realizar evaluación y monitoreo de los indicadores de cumplimiento de los procesos y servicios asistenciales de la ESE que incluye la referencia y contrareferencia de la ESE	GESTION DE CALIDAD
				70. Implementar acciones de mejora que controlen las desviaciones encontradas en caso de que aplique.	GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO					
39	TH17	41. El Hospital cuenta con equipos basicos de salu de manera transitoria con asignación financiera a través del Ministerio de Salud y Protección Social y talento humano del Plan de Intervenciones Colectivas.	41. Contrato de prestación de servicios de Equipos Basicos y del Plan de Intervenciones Colectivas	72. Fortalecer al talento humano que realiza actividades extramurales dotandolo de elementos de protección, personal, equipos de comunicación, transporte seguro	GESTION DE TALENTO HUMANO
				73. Estructurar e institucionalizar un Modelo Integral de Gestión, Seguridad y Bienestar Laboral para el Talento Humano Extramural, adaptado a los riesgos del entorno, la dispersión geográfica y las particularidades del territorio, asegurando la equidad laboral, la retención del personal y la continuidad de la prestación del servicio.	GESTION DE TALENTO HUMANO
				74. Disponer de un canal exclusivo de apoyo logístico y legal inmediato para el personal en campo en caso de accidentes de tránsito, problemas de orden público o emergencias médicas durante las misiones extramurales.	GESTION DE TALENTO HUMANO
				75. Crear un documento formal que regule las condiciones específicas del personal de campo: topes de horas de traslado, flexibilización de horarios tras jornadas extensas en territorio, y políticas claras de asignación y legalización de viáticos.	GESTION DE TALENTO HUMANO
40	TH18	42. La institución cuenta con dispositivos y equipos de seguridad, como dosímetros, delantales plomados y barreras protectoras, que contribuyen a la prevención efectiva de riesgos radiológicos.	42. Dispositivos y equipos de seguridad, como dosímetros, delantales plomados y barreras protectoras, que contribuyen a la prevención efectiva de riesgos radiológicos.	76. Optimización y blindaje del Programa de Seguridad Radiológica mediante la automatización de la vigilancia dosimétrica y la maduración de la cultura de reporte de incidentes.	GESTION DE TALENTO HUMANO
				77. Diseñar o adaptar un tablero digital que consolide mensualmente los resultados dosimétricos del personal POE (Personal Ocupacionalmente Expuesto) y genere alertas visuales inmediatas cuando un colaborador alcance el 70% del límite de dosis mensual permitido.	GESTION DE TALENTO HUMANO
				78. Realizar búsquedas activas de incidentes mediante la metodología de "paciente trazador" en los servicios de radiología y quirófanos, verificando el uso correcto de dosímetros, chalecos plomados (con su respectiva hoja de vida y control de calidad radiográfico) y el diligenciamiento del consentimiento informado específico.	GESTION DE TALENTO HUMANO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO					
41	GAF11	43. El Hospital tiene actualizado el manual de limpieza y desinfección.	43. Manual de limpieza y DesinfecciónAP-GAF-GAM-MN-00111/09/2025 Formato de limpieza y DesinfecciónAP-GAF-GAM-MN-001-F-00111/09/2025 Rotulo de productos de Limpieza y Desinfección AP-GAF-GAM-MN-001-F-00211/09/2025	80. Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que prestael Hospital	GESTION DE CALIDAD
				81. Realizar recorridos mensuales sorpresa junto al técnico de mantenimiento para verificar si los riesgos reportados por el personal asistencial fueron solucionados en el tiempo establecido y si las áreas de tránsito de pacientes están libres de obstáculos o peligros de caída.	GESTION DE CALIDAD
42	GAF12	44. La ESE formulo y elaboro el cronograma y del plan de control de plagas y vectores de la vigencia 2025, y lo desarrollo a través de la contratación de una empresa certificada de manera trimestral.	44. Cronograma y del plan de control de plagas y vectores 2025	82. Implementación del Control Integrado de Vectoresy la gestión eco-responsable de aguas y microambientes.	GESTION AMBIENTAL
				83. Ejecutar la eliminación de chatarra o activos obsoletos almacenados en áreas abiertas.	GESTION AMBIENTAL
		45. La ESE realizo seguimiento trimestral por la oficina de calidadsegún informe No 01 de fecha 03 de junio de 2025, informe No 02 de fecha 04 de septiembre de 2025 e informe No 03 de fecha 26 de octubre de 2025.	45. Informe No 01 de fecha 02 de junio de 2025, informe No 02 de fecha 02 de septiembre de 2025 e informe No 03 de fecha 24 de octubre de 2025.	84. Establecer que el Líder de Gestión Ambiental (o de Servicios Generales) realice búsquedas activas semanales de larvas o signos de roedores. Evaluar la adherencia del personal de cocina y lavado al protocolo de "cierre hermético de contenedores de basura" para evitar que sirvan como fuente de alimento a plagas.	GESTION AMBIENTAL
				85. Realizar un diagnóstico físico y cartográfico del hospital para identificar "puntos críticos de estancamiento" (tanques de agua, canales, zonas de almacenamiento de residuos, llantas o frascos en patios). Diseñar la lista de chequeo mensual "Hospital Limpio y Seguro" adaptada de los lineamientos de salud pública para control de vectores.	GESTION AMBIENTAL
43	GAF13	46. El Hospital realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	46. Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	86. Realizar la socialización del manual de procedimientos de farmacia	GESTION DE CALIDAD
				87. Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	SELECCIÓN DE PROCESO	Fecha: 30 de Junio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GESTION DE LA TECNOLOGIA					
44	GT10	47. El Hospital tiene documentado el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos	47. Cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos vigencia 2023	88. Elaborar e implementar el programa para la gestión de los equipos biomédicos que describa (identificación, inventario de los equipos, ficha técnica que incluya las condiciones para el uso seguro, Mantenimiento predictivo', preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante.	SUBDIRECCION CIENTIFICA
				89. Definir y documentar las necesidades de equipos biomédicos de acuerdo con la oferta de servicios y procedimientos en particular, los relacionados con testeo rápido y equipos para la operación de las modalidades de telesalud.	SUBDIRECCION CIENTIFICA
				90. Establecer como requisito obligatorio en el proceso de inducción y reinducción institucional la aprobación de la evaluación práctica de operación segura de los equipos biomedicos. Integrar el análisis de fallas biomédicas en el Comité de Seguridad del Paciente para asegurar el blindaje frente a incidentes o eventos adversos tecnológicos.	SUBDIRECCION CIENTIFICA
45	GT11	Estandar No evaluable, La institución no tiene implementado la telemedicina			
GERENCIA DE LA INFORMACION					
46	GI14	48. El Hospital cuenta con el sistema de Información Rfast para el manejo y custodia de la información asistencial	48. Sistema de Información Rfast	91. Dotar a los equipos extramurales con dispositivos móviles con capacidad de almacenamiento cifrado local (para operar en veredas sin señal) que sincronicen los datos clínicos inmediatamente al detectar red institucional o datos móviles seguros.	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA - TICS
				92. Integrar el canal de telemedicina de modo que la consulta a distancia impacte directamente el historial único del paciente, automatizando el cargue de órdenes de apoyo diagnóstico.	TICS - GESTION DE CALIDAD
47	GI15	Estándar no evaluable el Hospital no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud			
48	GI16	49. El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	49- Imágenes diagnosticas digitalizadas	93. Desarrollar en el Comité de Seguridad del Paciente y lidere de procesos (Laboratorio/Urgencias y consulta externa) para unificar y oficializar el "Listado Institucional de Valores Críticos" (alertas de laboratorio y hallazgos radiológicos urgentes).	GESTION DE CALIDAD
				94. Implementar sistemas de alarma que permitan al personal médico tomar decisiones según los registros clinicos del paciente	SUBDIRECCION CIENTIFICA
				95. Documentar y socializar el procedimiento de copias de seguridad como respaldo al sistema de información.	TICS - GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			ORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		Versiòn: 3
			SELECCIÓN DE PROCESO		Fecha: 30 de Junio del 2026.
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GERENCIA DE LA INFORMACION					
49	**GI17**	50. El Hospital cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	50-Sistema de Información	96. Implementar la interconexion de los registros asistenciales diligenciados en tiempo real extramuralmente para facilitar el registro y las accesibilidad al talento humano asistencial que hacen uso de ellos.	**TICS - GESTION DE CALIDAD**
				97. Incorporar dispositivos con mejor capacidad de transmisión para mejorar la velocidad y calidad de la información, especialmente en zonas de difícil acceso.	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA - TICS**
MEJORAMIENTO					
50	**MCC1**	51. Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	51. Pamec Vigencia 2025	98. Ejecutar anualmente el PAMEC	**GESTION DE CALIDAD**
51	**MCC2**	52. Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	52. Matriz de priorización, PAMEC	99. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	**GESTION DE CALIDAD**
52	**MCC3**	53. Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	53. Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	100. Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	**GESTION DE CALIDAD**
53	**MCC4**	54 Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	54. Matriz de priorización. Plan de MCC	101. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	**GESTION DE CALIDAD**
54	**MCC5**	55. Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	55. Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	102. Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	**GESTION DE CALIDAD**

PRIORIZACION DE PROCESOS

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC						Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR						Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS						Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL									
DERECHOS DE LOS PACIENTES									
1	AsDP5	1. ESE cuenta con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	1. Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU.	1. Fortalecer capacidades del Talento humano de la ESE con el proposito de reducir barreras lingüísticas, incluyendo servicios de intérpretes y materiales en varios idiomas, politica de confidencialidad y atención humanizada	5	4	4	80	GESTION DE SIAU
				2. Capacitar a la coordinadora SIAU con el lenguaje de señas.	5	4	4	80	GESTION DE SIAU
				3. Realizar la actualización de la politica de no agresión enfocada al cliente interno y externo del Hospital	5	4	4	80	GESTION DE SIAU
				4. Realizar la socialización la politica de no agresión a los usuarios de la ESE, lo cual debe seguir fortaleciendose con el talento humano del Hospital	5	4	4	80	GESTION DE SIAU
SEGURIDAD DEL PACIENTE									
2	AsSP5	2. El Hospital cuenta con los instrumentos para la evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	2. Instrumentos de evaluación de adherencia protocolos de seguridad del paciente. Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta identificación del paciente ES-GCA-MEC-PTC-003 F-0011/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de infecciones ES-GCA-MEC-PTC-004 F-001 1/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo correcta administración de medicamentosES-GCA-MEC-PTC-008 F-0012/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de ulcera por presiónES-GCA-MEC-PTC-010 F-0013/10/2025 Lista de chequeo evaluación adherencia protocolo prevención de caidas ES GCA-MEC-PTC-011 F-0013/10/2025 Listas de chequeo rondas de seguridad ES-GCA-MEC-PTC-005 F-0013/10/2025 Lista de chequeo egreso del pacienteES-MEC-GCAPR- 002 F-0110/10/2025	5. Evaluar la comprensión de todos los clientes los clientes de la política de seguridad del paciente.	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD
		3. El Hospital realiza monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	3. Actas mensuales del comité de seguridad del paciente.	6. Realizar seguimiento a los resultados de los indicadores de Farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia en el comite de calidad	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD
				7. Socializar al personal de todas las áreas la los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia.	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD
		4. EL Hospital tiene actualizado el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	4. Programa de seguridad del paciente actualizado. rograma de seguridad del pacienteES-MEC-GCA-PRG-00212/09/2025 Formato de reporte eventos adversos y/o incidentesESMEC- GCA-PRG- 002-F-0011/10/2025 Formato análisis eventos adversosES-MECGCA- PRG-002-F-0021/10/2025	8. Documentar el plan de prevencion y control de infecciones e incorporarlo en el plan de direccionamiento estratégico de la institucion (protocolo de aislamiento)	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC						Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR						Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS						Fecha: 02 deJulio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
ACCESO									
3	AsAC9	5. El hospital cuenta con el "Estudio de capacidad instalada-frecuencia de uso HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código es-gpi-pln-002. Matriz Excel capacidad instalada de fecha 16 de octubre de 2025. Acta de concertación y aprobación por la secretaria de salud departamental de la capacidad instalada construcción de la infraestructura física de la HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON torres de fecha 16 de octubre de 2025	5. "Estudio de capacidad instalada-frecuencia de uso HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES" de fecha 16 de octubre de 2025 código es-gpi-pln-002. Matriz Excel capacidad instalada de fecha 16 de octubre de 2025. Acta de concertación y aprobación por la secretaria de salud departamental de la capacidad instalada construcción de la infraestructura física de la HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON torres de fecha 16 de octubre de 2025	1. Definir y documentar la frecuencia de uso de los servicios del Hospital	5	5	4	100	GESTION DE CALIDAD
				2. Identificar adecuadamente todas las circunstancias que provocan picos de demanda y los servicios que se ven más afectados.	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD
				3. Implementar medidas actuales para responder a la alta demanda podrían no ser lo suficientemente eficientes.	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD
				4. definir y documentar el mecanismo de evaluación de la eficacia de las medidas implementadas basadas en resultados objetívos.	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD
4	AsAC10	6. El Hospital cuenta con la documentación de las Guias y Protocolos de las Rutas Integrales de Atención en salud Ruta Materno Perinatal y Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud	6. Guia de ruta integral de atención en salud de la primera infancia MS-PSS-RIAS-G-0126/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la infancia MS-PSS-RIAS-G-0226/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adolescencia MS-PSS-RIAS-G-0326/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la juventud MS-PSS-RIAS-G-0427/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la adultez MS-PSS-RIAS-0527/08/2025 Guia de ruta integral de atención en salud de la vejez MS-PSS-RIAS-0627/08/2025 Protocolo de cuantificación gravimétrica de la hemorragia post-partoMS-PSS-RIAS-PTC-0225/08/2025 Protocolo atención interrupción voluntaria del embarazo MS-PSS-RIAS-PT-0325/08/2025 Protocolo atención preconcepcional:MS-PSS-RIAS-PTC-0425/08/2025 Protocolo atención control cuidado prenatal:MS-PSS-RIAS-PTC-0525/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la primera infancia MS-PSS-RIAS-PR-02126/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la infancia MS-PSS-RIAS-P-02226/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la adolescencia MS-PSS-RIAS-PR-02326/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la juventud MS-PSS-RIAS-P-02427/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la* adultez MS-PSS-RIAS-P-02527/08/2025 Procedimiento de atención ruta integral de la vejez MS-PSS-RIAS-P-02627/08/2025	5. Diseñar y definir las ruta de atención de los pacientes que garantice un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente	5	5	5	125	GESTION DE SIAU
				6. Realizar difusion a traves de videos institucionales proyectados en cada uno de los servicios del Hospital y la diferentes redes sociales, pagina web de la ESE que expliquen la ruta de atención, los servicios y los procesos de continuidad en la atención, asegurando un acceso uniforme.	5	5	5	125	GESTION DE SIAU
		7. El Hospital realizo la socialización de manera personalizada a cada uno de los médicos y jefes de Enfermería que desarrollan las rutas integrales de atención en Salud por parte de la coordinación medica en el mes de diciembre de 2025, según registro de entrega y socialización debidamente firmado.	7. Acta de socilaización.	7. Implementar encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	5	5	5	125	GESTION DE SIAU

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PRIORIZACION DE PROCESOS	Fecha: 02 deJulio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
ACCESO									
5	**AsAC11**	8. El Hospital realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	8. Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	8. Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	5	5	5	**125**	**GESTION DE CALIDAD**
				9. Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	5	5	5	**125**	**GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO									
6	**AsREG4**	9. El Hospital cuenta con la señalización de los servicios y areas.	9. Señalización de las areas	10. Identificar totos los servicios a traves de señalizaciónes claras sobre las áreas de acceso restringido, semi-restringido y sin restricción, vias de comunicación verticales y horizantes, categorizacion de acceso lo que permitira la orientacion y transito del usuario y a mejorar flujo de personas, la seguridad y orden en la institución.	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**
				11. Capacitar al talento humano designado para la atención al usuario referente al manejo de atencion al publico y atencion humanizada.	5	5	5	**125**	**GESTION DE SIAU**
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO									
7	**AsEV4**	10. El Hospital realizo la documentación del perfil epidemiológico de la ESE de fecha 18 de abril del 2025 el cual describe la morbilidad, mortalidad y la caracterización poblacional.	10. Perfil Epidemiologico vigencia 2025	12. Implementar encuestas de satisfaccion con la cual el personal de SIAU verifica el conocimiento de derechos y deberes y a la informacion obtenida durante la hospitalizacion, el conocimiento del usuario sobre horarios de visita, residuos hospitalarios etc.	5	4	4	**80**	**GESTION DE SIAU**
				13. Realizar la identificación de necesidades de los usuarios, priorizar y satisfacer necesidades de alimentación, sacerdote o apoyo espiritual, insumos tales como, pañales, ropa.	4	4	4	**64**	**GESTION DE SIAU**
				14. Definir e implementr el procedimiento de evaluaciones iniciales con el equipo de salud del Hospital a traves de la estrategia de atención primaria en salud (estado nutricional, otras necesidades especiales según lo indique su condición y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario); lo que permitira realizar una eficiente planeación de la atención.	4	4	4	**64**	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				15. Definir y actualizar el perfil epidemiologico del Hospital	5	4	4	**80**	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC						Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR						Versiòn: 3	
			PRIORIZACION DE PROCESOS						Fecha: 02 deJulio del 2026.	
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO										
8	AsEV5	11. El Hospital realiza oportunamente la notificación de enfermedad y eventos en salud pública a través de la plataforma de Sivigila	11. Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	16. Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	5	4	4	80	RIAS	
				17. Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	4	4	4	64	RIAS	
PLANEACION DE LA ATENCION										
9	AsPL19	12. El Hospital cuenta con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementaciòn terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico	12. Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	18. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	5	5	5	125	LABORATORIO CLINICO	
10	AsPL20	13. La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	13. Formatos de resultados	19. Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas.	5	4	4	80	LABORATORIO CLINICO	
				20. Documentar la interpretacion y registro de informe de valor crítico por el equipo de salud (tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultados del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad.	4	4	4	64	LABORATORIO CLINICO	
11	AsPL21	14. El Hospital realizo la caracterización poblacional trimestralemnte con base en los registros individuales de prestación de servicios -RIPS	14. Informes trimestrales de analisis de prestación de servicios con base en los RIPS.	21. Realizar la actualización de la politica y modelo de atención en salud del Hospital	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD	
				22. Socializar la politica y modelo de atención en salud.	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
12	AsPL22	15. La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	15. Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	23. Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestaclón de atención de acuerdo a la normatividad vigente.	5	4	4	80	GESTION COMERCIAL	
				24. Definir e incorporar en el modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los ríesgos para la salud de lá comunidad. con base en la ádécuada identificación y gestión de estos .	4	4	4	64	RIAS	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC						Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR						Versiòn: 3	
			PRIORIZACION DE PROCESOS						Fecha: 02 deJulio del 2026.	
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
PLANEACION DE LA ATENCION										
13	AsPL23	16. La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	16. Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	25. Actaulzar los procedimientos de de rutas integrales de atención en salud y los procedimientos de Rutas integrales de atención en salud de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud y Ruta Materno Perinatal	5	4	4	80	RIAS	
				26. Monitorear del impacto de los indicadores establecidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal para medir el impacto de las actividades de promoción y prevención en la población, lo que permitirá ajustar y mejorar los programas según las necesidades.	4	4	4	64	RIAS	
14	AsPL24	17. El Hospital realizo la verificación de los informes cumplimiento de las indicadores y metas de las rutas integrales de atención por cada EPS Nueva EPS, Coosalud y Asmetsalud cuyos informes dieron origen a los planes de mejoramiento a implementar para la vigencia 2026.	17. Evaluación de cumplimiento de las rutas de atención	27. Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	5	4	4	80	RIAS	
		18. El Hospital a través del programa de intervenciones colectivas y de Equipos básicos en salud desarrollo jornadas de salud en los corregimientos de la Victoria de San Isidro, La Palmita y Boquerón, cuyas jornadas fueron publicadas y soportadas en los registros de asistencia y difundidas a través de las redes sociales del Hospital	18. Jornadas de salud extramurales	28. Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	4	4	4	64	RIAS	
EJECUCION DEL TRATAMIENTO										
15	AsEJ7	19. El Hospital realizo la documentación del del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado	19. Protocolo consentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0062/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos EnfermeríaES-GCA-MECPTC- 006-F-012/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos OdontologìaES-GCA-MECPTC-004-F-022/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos Citologia cervicouterinaES-GCA-MECPTC- 004-F-032/10/2025 Formato consentimiento informado procedimientos atención del partoES-GCA-MECPTC-004-F-042/10/2025 Protocolo disentimiento informado ES-GCA-MEC-PTC-0072/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de EnfermeríaES-GCA-MECPTC-007-F-012/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Odontologìa ES-GCA-MECPTC-007-F-022/10/2025 Formato disentimiento procedimientos de Citologia cervicouterinaES-GCA-MECPTC-007-F-032/10/2025	29. Actualizar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	5	5	5	125	GESTION DE CALIDAD	
				30. Fortalecer capacidades al talento humano en salud sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	5	5	5	125	GESTION DE CALIDAD	
16	AsEJ8	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas								

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PRIORIZACION DE PROCESOS	Fecha: 02 deJulio del 2026.

	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
EVALUACION DE LA ATENCION									
17	**AsEVA5**	20. La ESE realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	20. Actas del comité de Historias Clinicas	31. Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos.	5	4	4	**80**	**GESTION DE CALIDAD**
				32. Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos.	4	4	4	**64**	**RIAS**
				33. Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	5	4	4	**80**	**RIAS**
SALIDA Y SEGUIMIENTO									
18	**AsSAL1**	21. La ESE cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	21. Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	34. Actualizar el procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	5	5	5	**125**	**GESTION DE CALIDAD**
				35. Definir Planes de cuidados por escrito con instrucciones detalladas sobre medicamentos, alimentación, rehabilitación y signos de alertay de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar.	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**
				36. Definir y documentar las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	5	5	5	**125**	**GESTION DE CALIDAD**
19	**AsSAL2**	22. El Hospital realiza educaciòn individual y grupal según lineamientos de la Resoluciòn 3280 del 2018	22. Registro de Asistencia	37. Definir, promover y evaluar lineamientos para darle continuidad a las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud de los pacientes después de su egreso.	4	4	4	**64**	**RIAS**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA									
20	**AsREF1**	23. El Hospital cuenta con el manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y el Manual de Referencia y Contrareferencia	23. Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	38. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	5	5	5	**125**	**URGENCIAS**
				39. Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA										
21	AsREF2	24. La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al adulto, maternas, crecimiento y desarrollo, riesgo cardiovascular,etc).	24. No se evidencian soportes	40. Definir el procedimiento de remision de muestras para laboratorios clinico y de patologia internos y externos el cual establecera los lineamientos del manejo de las remisiones desde la solicitud de examenes hasta el reporte efectivo, frente a las remisiones se cuenta con manual de referencia y contrareferencia.	5	4	4	80	GESTION DE CALIDAD	
				41. Definir guias y procedimientos sobre la preparacion de los pacientes, informacion y educacion al usuario, el registro en historia clinica.	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
				42. Evaluar sistematicamente la pertinencia de las ordenes al laboratorio clinico	5	4	4	80	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
				43. Realizar indicaciones de preparacion de estudios de radiologia para entrega a los usuarios.	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
22	AsREF3	Estandar de Acreditacion no evaluable								
23	AsREF4	Ninguna	No se evidencian soportes	44. Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	5	4	4	80	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
24	AsREF5	Estandar de Acreditacion no evaluable								
25	AsREF6	Estandar de Acreditacion no evaluable								
SEDES INTEGRADAS EN RED										
26	AsSIR17	25. La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	25. Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	45. Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	5	4	4	80	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
27	AsSIR18	26. La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	26. Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	46. Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	4	4	4	64	SUBDIRECCION CIENTIFICA	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO									
28	DIR13	27. La ESE realizo la actualización de la plataforma estratégica de la ESE la cual fue debidamente socializada y aprobada por la junta directiva de la ESE mediante acuerdo No 013 del 23 de diciembre de 2025.	27. Acuerdo de Junta directiva	47. Optimizar el despliegue y la flexibilidad de la planificación estratégica mediante la implementación de metodologías ágiles de comunicación interna y tableros de control dinámicos, que vinculen las metas operativas de los servicios con las expectativas cambiantes de la población y los recursos disponibles, garantizando la sostenibilidad del modelo de prestación."	5	4	4	80	GESTION DE PLANEACION
		28. La junta participa activamente en el proceso de formulación y aprobación del plan de desarrollo institucional acorde a las normas que le aplican. Adicionalmente se cuenta con planes y programas para fortalecer el proceso	28. Acta de Junta directiva	48. Diseñar un cronograma de talleres de "Planeación Estratégica" por servicios y crear una matriz de interdependencias que traduzca el gran plan institucional en metas sencillas y medibles para el personal asistencial y administrativo.	4	4	4	64	GESTION DE PLANEACION
29	DIR14	29. La ESE realizo la elaboración y aprobación del Plan Institucional de Desarrollo vigencia 2026.	29. Plan Institucional de Desarrollo 2025	49. Fortalecer el mecanismo de despliegue, seguimiento y evaluación del impacto de las políticas institucionales y programas estratégicos definidos por la alta dirección, garantizando una medición objetiva de la responsabilidad colectiva de los líderes y la alineación del personal operativo con la misión organizacional.	5	4	4	80	GESTION DE PLANEACION
		30. El Hospital realizo la evaluación del cumplimiento del Plan Institucional de Desarrollo según informe de control interno de fecha 30 de diciembre de 2025 con un cumplimiento del 93,5%.	30. Informe de evaluación y cumplimiento emitido por el jefe de control interno.	50. Evaluar periodicamente el cumplimiento de los Planes de accion institucionales	4	4	4	64	GESTION DE PLANEACION
30	DIR15	31. El Hospital como mecanismo de control social realiza anualmente la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés según los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud	31. Informe de Rendicion de cuentas	51. Definir y documentar plan de comunicaciónes del Hospital	5	5	5	125	GESTION DE PLANEACION
31	DIR16	32. La ESE garantiza la prestación de servicios a la comunidad a traves de brigadas extramurales y ejecucion de activiades PIC	32. Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	52. Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud del Hosppital y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	4	4	4	64	SUBDIRECCION CIENTIFICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO										
32	DIR17	33. El Hospital realiza periodicamente el analisis de prestación de servicios que describe la caracterización poblacional de la población atendida por la ESE	33. Actas de Junta Directiva	53. Optimizar el despliegue operativo y la evaluación de la Política de Gestión Integral del Riesgo mediante la estandarización de las intervenciones preventivas del equipo multidisciplinario, asegurando la adherencia estricta a las Rutas Integradas de Atención (RIAS) y minimizando la variabilidad clínica en la atención de eventos de interés en salud pública.	5	4	4	80	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
				54. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo.	4	4	4	64	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
				55. Realizar talleres de simulación o revisión de casos reales donde se evalúe si el personal sabe identificar y activar las conductas preventivas ante un riesgo específico (ej. captación de sintomáticos respiratorios o sospecha de violencia de género).	5	4	4	80	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
				56. Implementar plantillas obligatorias en la historia clínica que fuercen el registro de las variables de riesgo del individuo y su respectivo plan de cuidado preventivo.	4	4	4	64	SUBDIRECCION CIENTIFICA	
GERENCIA										
33	GER.15	34. La ESE cuenta con un mapa de procesos que difene la operación por procesos de la ESE, pero no tiene definido los lideres y responsablidades de los lideres de procesos	34. Mapa de Procesos	57. Fortalecer el modelo de liderazgo compartido mediante el empoderamiento y la descentralización de la toma de decisiones en los líderes intermedios de los procesos asistenciales y administrativos, garantizando metodologías de co-creación y asignación de responsabilidades claras para el logro de las metas institucionales de calidad y seguridad.	4	4	4	64	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA	
				58. Capacitar a los líderes intermedios en habilidades blandas (comunicación asertiva, resolución de conflictos) y herramientas técnicas de calidad (metodología PHVA, análisis de causas con espina de pescado o los 5 porqués).	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
				59. Definir los lideres y responsabilidades de los procesos.	4	4	4	64	GESTION DE PLANEACION	
34	GER.16	35. La junta directiva del hospital realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial 2020-	35. Acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2022.	60. Fortalecer el modelo de toma de decisiones basadas en datos de la alta gerencia, mediante la implementación de analítica avanzada, tableros de control predictivos garantizando que la evaluación de los lineamientos estratégicos responda a hechos, cifras y tendencias comparativas de alta calidad.	5	4	4	80	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
		2024		61. Implementar comités gerenciales para la revisión analítica, donde cada líder presente variaciones de datos, análisis de causas de desviaciones y proyecciones, prohibiendo las decisiones estratégicas que no estén respaldadas por cifras.	4	4	4	**64**	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PRIORIZACION DE PROCESOS	Fecha: 02 deJulio del 2026.

	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
GERENCIA									
35	**GER.17**	36. El Hospital cuenta con mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	36. Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	62. Capacitar a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	5	5	5	**125**	**GESTION DE SIAU**
				63. Habilitar diferentes canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional.	4	4	4	**64**	**GESTION DE SIAU**
36	**GER.18**	37. La ESE evaluar periodicamente la ejecución del presupuesto y del estado financiero, lo cual permite identificar y corregir desviaciones de manera temprana.	37. Ejecución presupuestal	64. Optimizar la viabilidad financiera institucional mediante la implementación de un modelo de "Gestión Clínica Eficiente" (Costos Basados en el Valor), que articule el control del gasto asistencial, la disminución de glosas y la reducción de desperdicios, garantizando que la sostenibilidad económica apalanque y asegure los estándares de calidad del modelo de prestación definido.	4	4	4	**64**	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**
				65. Crear un comité interdisciplinario (médicos líderes, auditores de cuentas médicas y financieros) para analizar mensualmente las desviaciones del gasto y las causas de las glosas recurrentes.	5	4	4	**80**	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA**
		38. La ESE realizo la del procedimiento de contratación con las EAPB código: GPLA-PD-003 el 05 de noviembre de 2025.	38. Procedimiento de contratación con las EAPB código: GPLA-PD-003	66. Capacitar al personal médico en el registro correcto y oportuno en la historia clínica (soportes de pertinencia), atacando la glosa desde el momento de la atención y no de manera reactiva cuando la factura ya fue devuelta por la ERP	4	4	3	**48**	**GESTION DE CALIDAD**
37	**GER.19**	39. La ESE cuenta con el talento humano idoneo que permite operativizar un sistema de informació integral.	39. Manual de funciones	67. Evaluar periodicamente los indicadores administrativos y financieros de los planes de accion por proceso	4	4	4	**64**	**GESTION DE PLANEACION**
				68. Evaluar la satisfacción del cliente interno y externo que permite la integración Con el programa institucional de calidad.	5	4	4	**80**	**GESTION DE SIAU**
38	**GER.20**	40. El Hospital realiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	40. Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	69. Realizar evaluación y monitoreo de los indicadores de cumplimiento de los procesos y servicios asistenciales del Hospital que incluye la referencia y contrareferencia de la ESE	4	4	3	**48**	**GESTION DE CALIDAD**
				70. Implementar acciones de mejora que controlen las desviaciones encontradas en caso de que aplique.	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO										
39	TH17	41. El Hospital cuenta con equipos basicos de salu de manera transitoria con asignación financiera a través del Ministerio de Salud y Protección Social y talento humano del Plan de Intervenciones Colectivas.	41. Contrato de prestación de servicios de Equipos Basicos y del Plan de Intervenciones Colectivas	72. Fortalecer al talento humano que realiza actividades extramurales dotandolo de elementos de protección, personal, equipos de comunicación, transporte seguro	5	4	4	80	GESTION DE TALENTO HUMANO	
				73. Estructurar e institucionalizar un Modelo Integral de Gestión, Seguridad y Bienestar Laboral para el Talento Humano Extramural, adaptado a los riesgos del entorno, la dispersión geográfica y las particularidades del territorio, asegurando la equidad laboral, la retención del personal y la continuidad de la prestación del servicio.	4	4	4	64	GESTION DE TALENTO HUMANO	
				74. Disponer de un canal exclusivo de apoyo logístico y legal inmediato para el personal en campo en caso de accidentes de tránsito, problemas de orden público o emergencias médicas durante las misiones extramurales.	5	4	4	80	GESTION DE TALENTO HUMANO	
				75. Crear un documento formal que regule las condiciones específicas del personal de campo: topes de horas de traslado, flexibilización de horarios tras jornadas extensas en territorio, y políticas claras de asignación y legalización de viáticos.	4	4	4	64	GESTION DE TALENTO HUMANO	
40	TH18	42. La institución cuenta con dispositivos y equipos de seguridad, como dosímetros, delantales plomados y barreras protectoras, que contribuyen a la prevención efectiva de riesgos radiológicos.	42. Dispositivos y equipos de seguridad, como dosímetros, delantales plomados y barreras protectoras, que contribuyen a la prevención efectiva de riesgos radiológicos.	76. Optimización y blindaje del Programa de Seguridad Radiológica mediante la automatización de la vigilancia dosimétrica y la maduración de la cultura de reporte de incidentes.	5	4	4	80	GESTION DE TALENTO HUMANO	
				77. Diseñar o adaptar un tablero digital que consolide mensualmente los resultados dosimétricos del personal POE (Personal Ocupacionalmente Expuesto) y genere alertas visuales inmediatas cuando un colaborador alcance el 70% del límite de dosis mensual permitido.	4	4	4	64	GESTION DE TALENTO HUMANO	
				78. Realizar búsquedas activas de incidentes mediante la metodología de "paciente trazador" en los servicios de radiología y quirófanos, verificando el uso correcto de dosímetros, chalecos plomados (con su respectiva hoja de vida y control de calidad radiográfico) y el diligenciamiento del consentimiento informado específico.	4	3	3	36	GESTION DE TALENTO HUMANO	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PRIORIZACION DE PROCESOS	Fecha: 02 deJulio del 2026.

	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO									
41	**GAF11**	43. El Hospital tiene actualizado el manual de limpieza y desinfección.	43. Manual de limpieza y DesinfecciónAP-GAF-GAM-MN-00111/09/2025 Formato de limpieza y DesinfecciónAP-GAF-GAM-MN-001-F-00111/09/2025 Rotulo de productos de Limpieza y DesinfecciónAP-GAF-GAM-MN-001-F-00211/09/2025	80. Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que prestael Hospital	5	5	5	**125**	**GESTION DE CALIDAD**
				81. Realizar recorridos mensuales sorpresa junto al técnico de mantenimiento para verificar si los riesgos reportados por el personal asistencial fueron solucionados en el tiempo establecido y si las áreas de tránsito de pacientes están libres de obstáculos o peligros de caída.	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**
42	**GAF12**	44. La ESE formulo y elaboro el cronograma y del plan de control de plagas y vectores de la vigencia 2025, y lo desarrollo a través de la contratación de una empresa certificada de manera trimestral.	44. Cronograma y del plan de control de plagas y vectores 2025	82. Implementación del Control Integrado de Vectores y la gestión eco-responsable de aguas y microambientes.	5	4	4	**80**	**GESTION AMBIENTAL**
				83. Ejecutar la eliminación de chatarra o activos obsoletos almacenados en áreas abiertas.	4	4	4	**64**	**GESTION AMBIENTAL**
		45. La ESE realizo seguimiento trimestral por la oficina de calidadsegún informe No 01 de fecha 03 de junio de 2025, informe No 02 de fecha 04 de septiembre de 2025 e informe No 03 de fecha 26 de octubre de 2025.	45. Informe No 01 de fecha 02 de junio de 2025, informe No 02 de fecha 02 de septiembre de 2025 e informe No 03 de fecha 24 de octubre de 2025.	84. Establecer que el Líder de Gestión Ambiental (o de Servicios Generales) realice búsquedas activas semanales de larvas o signos de roedores. Evaluar la adherencia del personal de cocina y lavado al protocolo de "cierre hermético de contenedores de basura" para evitar que sirvan como fuente de alimento a plagas.	5	4	4	**80**	**GESTION AMBIENTAL**
				85. Realizar un diagnóstico físico y cartográfico del hospital para identificar "puntos críticos de estancamiento" (tanques de agua, canales, zonas de almacenamiento de residuos, llantas o frascos en patios). Diseñar la lista de chequeo mensual "Hospital Limpio y Seguro" adaptada de los lineamientos de salud pública para control de vectores.	4	4	4	**64**	**GESTION AMBIENTAL**
43	**GAF13**	46. El Hospital realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	46. Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	86. Realizar la socialización del manual de procedimientos de farmacia	5	4	4	**80**	**GESTION DE CALIDAD**
				87. Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	4	4	4	**64**	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PRIORIZACION DE PROCESOS	Fecha: 02 deJulio del 2026.

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO	
GESTION DE LA TECNOLOGIA									
44	**GT10**	47. El Hospital tiene documentado el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos	47. Cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos vigencia 2023	88. Elaborar e implementar el programa para la gestión de los equipos biomédicos que describa (identificación, inventario de los equipos, ficha técnica que incluya las condiciones para el uso seguro, Mantenimiento predictivo', preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante.	5	4	4	**80**	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				89. Definir y documentar las necesidades de equipos biomédicos de acuerdo con la oferta de servicios y procedimientos en particular, los relacionados con testeo rápido y equipos para la operación de las modalidades de telesalud.	4	4	4	**64**	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				90. Establecer como requisito obligatorio en el proceso de inducción y reinducción institucional la aprobación de la evaluación práctica de operación segura de los equipos biomedicos. Integrar el análisis de fallas biomédicas en el Comité de Seguridad del Paciente para asegurar el blindaje frente a incidentes o eventos adversos tecnológicos.	4	4	4	**64**	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
45	**GT11**	Estandar No evaluable, La institución no tiene implementado la telemedicina							
GERENCIA DE LA INFORMACION									
46	**GI14**	48. El Hospital cuenta con el sistema de Información Rfast para el manejo y custodia de la información asistencial	48. Sistema de Información Rfast	91. Dotar a los equipos extramurales con dispositivos móviles con capacidad de almacenamiento cifrado local (para operar en veredas sin señal) que sincronicen los datos clínicos inmediatamente al detectar red institucional o datos móviles seguros.	4	4	4	**64**	**GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA - TICS**
				92. Integrar el canal de telemedicina de modo que la consulta a distancia impacte directamente el historial único del paciente, automatizando el cargue de órdenes de apoyo diagnóstico.	4	4	4	**64**	**TICS - GESTION DE CALIDAD**
47	**GI15**	Estándar no evaluable el Hospital no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud							
48	**GI16**	49. El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	49- Imágenes diagnosticas digitalizadas	93. Desarrollar en el Comité de Seguridad del Paciente y lidere de procesos (Laboratorio/Urgencias y consulta externa) para unificar y oficializar el "Listado Institucional de Valores Críticos" (alertas de laboratorio y hallazgos radiológicos urgentes).	5	4	4	**80**	**GESTION DE CALIDAD**
				94. Implementar sistemas de alarma que permitan al personal médico tomar decisiones según los registros clinicos del paciente	4	4	4	**64**	**SUBDIRECCION CIENTIFICA**
				95. Documentar y socializar el procedimiento de copias de seguridad como respaldo al sistema de información.	5	4	4	**80**	**TICS - GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC							Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR							Versiòn: 3
			PRIORIZACION DE PROCESOS							Fecha: 02 deJulio del 2026.
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO			PRIORIZACION	PROCESO RESPONSABLE	
					RIESGO	COSTO	VOLUMEN	PONDERADO		
GERENCIA DE LA INFORMACION										
49	GI17	50. El Hospital cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	50-Sistema de Información	96. Implementar la interconexion de los registros asistenciales diligenciados en tiempo real extramuralmente para facilitar el registro y las accesibilidad al talento humano asistencial que hacen uso de ellos.	4	4	4	64	TICS - GESTION DE CALIDAD	
				97. Incorporar dispositivos con mejor capacidad de transmisión para mejorar la velocidad y calidad de la información, especialmente en zonas de difícil acceso.	4	4	4	64	GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA - TICS	
MEJORAMIENTO										
50	MCC1	51. Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	51. Pamec Vigencia 2025	98. Ejecutar anualmente el PAMEC	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
51	MCC2	52. Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	52. Matriz de priorización, PAMEC	99. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
52	MCC3	53. Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	53. Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	100. Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
53	MCC4	54 Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	54. Matriz de priorización. Plan de MCC	101. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	
54	MCC5	55. Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	55. Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	102. Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	4	4	4	64	GESTION DE CALIDAD	

MEDICION CALIDAD ESPERADA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC				Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR				Versiòn: 3
			CALIDAD ESPERADA				Fecha: 06 de Julio del 2026.
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**CALIDAD ESPERADA**	**CALIDAD OBSERVADA**	**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**PROCESO RESPONSABLE**
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL							
ACCESO							
1	**AsAC10**	1. Diseñar y definir las ruta de atención de los pacientes que garantice un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente	1. Elaborar las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).	1. No se evidencian soportes que evidencen la documentación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).	**ELABORACION DE LA RUTA DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL.**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	**GESTION DE SIAU**
		2. Realizar difusion a traves de videos institucionales proyectados en cada uno de los servicios del Hospital y la diferentes redes sociales, pagina web de la ESE que expliquen la ruta de atención, los servicios y los procesos de continuidad en la atención, asegurando un acceso uniforme.	2. Realizar la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, pagina web)	2. No se evidencian soportes que evidencen la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, pagina web)	**DIVULGACION DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN.**	**No DE REGISTRO DE DIVULGACION / No**	**GESTION DE SIAU**
		3. Implementar encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	3. Realizar la Implementación de encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	3. Se evidencian soportes de la implementación de pocas encuestas fisicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real.	**APLICACIÓN DE ENCUESTAS DIGITALES Y/O FISICAS**	**No DE ENCUESTAS REALIZADAS /No DE No ENCUESTAS PROGRADADAS /X 100**	**GESTION DE SIAU**
ACCESO							
2	**AsAC11**	4. Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	4. Realizar consolidación mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	4. No se evidencien la evaluación y seguimiento mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	**CONSOLIDADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD**	**No DE DOCUMENTOS REALIZADOS /No DE DOCUMENTOS PROGRAMADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
		5. Realizar analisis trimestral Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	5. Elaborar analisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciónes de los indicadores de calidad	5. No se evidencian soportes que evidencen el analisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciónes de los indicadores de calidad	**INFORME DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO							
3		6. Capacitar al talento humano designado para la atención al usuario referente al manejo de atencion al publico y atencion humanizada.	6. Realizar Capacitación al talento humano sobre Atencion humanizada.	6. No se evidencian soportes de la Capacitación al talento humano sobre Atencion humanizada.	**CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ATENCION HUMANIZADA AL TALENTO HUMANO**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	**GESTION DE SIAU**
PLANEACION DE LA ATENCION							
4	**AsPL19**	7 Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y de laboratorio clinico.	7. Realizar la actualización del manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamiento de Laboratorio clinico.	7. No se evidencian soportes de la actualización del manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamiento de Laboratorio clinico.	**ACTUALIZACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	**LABORATORIO CLINICO**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC				Libertad y Orden
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR				Versiòn: 3
			CALIDAD ESPERADA				Fecha: 06 de Julio del 2026.
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**CALIDAD ESPERADA**	**CALIDAD OBSERVADA**	**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**PROCESO RESPONSABLE**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO							
5	**AsEJ7**	8. Actualizar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	8. Realizar la actulización del procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos.	8. Se evidencian soportes de la documentación del procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos.	**ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO Y DISESTIMIENTO INFORMADO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
		9. Fortalecer capacidades al talento humano en salud sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	9. Realizar Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	9. No se evidencian soportes de la Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	**CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	**GESTION DE CALIDAD**
SALIDA Y SEGUIMIENTO							
6	**AsSAL1**	10. Actualizar el procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	10. Realizar la actulización del procedimiento dde egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	10. No see evidencian soportes de la documentación de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	**ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTOS DE EGRESO DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA E INTERNACIÓN.**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
		11. Definir y documentar las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	11. Realizar la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	11. No se evidencian soportes de la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	**ELABORACION DE RECOMEDACIONES PARA EL EGRESO DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS E INTERNACIÓN**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA							
7	**AsREF1**	12. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	12. Realizar la evaluación de adherencia del manual de referencia y contrareferencia	12. No se evidencian soportes de la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	**INFORME DE EVALUACION DE ADHERENCIA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	**URGENCIAS**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO							
8	**DIR15**	13 Definir y documentar plan de comunicaciónes del Hospital	13. Realizar la documentación del Plan de comunicacions del Hospital	13. No se evidencian soportes de la documentación del Plan de comunicacions del Hospital	**ELABORACION DEL PLAN DE COMUNICACIONES**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	**GESTION DE PLANEACION**
GERENCIA							
9	**GER.17**	14. Capacitar a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	14. Realizar Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	14. No se evidencian soportes de la Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	**CAPACITACIONES REALIZADAS A LA ASOCIACION DE USUARIOS.**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	**GESTION DE SIAU**
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO							
10	**GAF11**	15 Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que prestael Hospital	15. Realizar la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital	15. No se evidencian la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital	**INFORME DE EVALUACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	**GESTION DE CALIDAD**

MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

PLAN DE AUDITORIA	
FECHA Y HORA:	07/07/2026
OBJETIVO DE LA AUDITORIA.	CONOCER LAS CONDICIONES DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION QUE FUERON PRIORIZADOS EN PAMEC 2026 PARA EVALUAR LA CALIDAD OBSERVADA.
TECNICA DE AUDITORIA.	VERIFICACIÓN DE PROCESOS.
PROCESOS AUDITADOS.	TODOS LOS PROCESOS Y ESTANDARES PRIORIZADOS
SEDE DONDE SE REALIZA.	HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES
RESPONSABLE (S).	AUDITORA DE CALIDAD

CRONOGRAMA DE AUDITORIA

FECHA	PROCESO/ACTIVIDAD/REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	AUDITADO
07/07/2026	Verificar el avance de: Elaborar las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE SIAU
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, página web)	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE SIAU
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la Implementación de encuestas digitales y/o físicas para mensuales para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE SIAU

07/07/2026	Verificar el avance de: consolidación mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la página web.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Elaborar análisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciones de los indicadores de calidad)	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar Capacitación al talento humano sobre Atención humanizada.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE SIAU
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la actualización del manual de procedimientos de Laboratorio clínico.	AUDITOR DE CALIDAD	LABORIATORIO CLINICO
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la actualización del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado incluir formatos.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la evaluación de adherencia del manual de referencia y contrarreferencia	AUDITOR DE CALIDAD	URGENCIAS
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la actualización del procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internación	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la documentación del Plan de comunicaciones del Hospital	AUDITOR DE CALIDAD	PLANEACION INSTITUCIONAL

07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
07/07/2026	Verificar el avance de: Realizar la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital	AUDITOR DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD

ACTA AUDITORIA (MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO)		
FECHA	08/07/2025	
OBJETIVO DE LA AUDITORIA.	REALIZAR LA MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADOS	
TECNICA DE AUDITORIA.	VERIFICACIÓN DE PROCESOS.	
PROCESOS AUDITADOS.	TODOS LOS PROCESOS PRIORIZADOS	
SEDE DONDE SE REALIZA.	HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES	
RESPONSABLE (S).	AUDITORA DE CALIDAD	
PARTICIPANTES		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**FIRMA**
Yesenia Hernández Hernández	Gerente	Original firmado
Consuelo Escorcia Moreno	Coordinador Medico	Original firmado
Katia Silva Alonso	Auditor de Calidad	Original firmado

DESARROLLO Y HALAZGOS

Se da inicio a la auditoria para evaluar la calidad observada según lo establecido en la ruta crítica del PAMEC y los estándares de acreditación y/o oportunidades de mejora priorizadas para la vigencia 20256

Se verificaron todos los ítem y criterios con la auditora de calidad del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres Empresa Social del Estado.

Se verifico el ítem 1: Elaborar las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).

La Coordinadora SIAU informa que a la fecha no se cuenta con las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización). por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 2: Realizar la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, página web).

La coordinación SIAU, informa que a la fecha no se cuenta con la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, página web); pero no se ha finalizado, por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 3: Realizar la Implementación de encuestas digitales y/o físicas para mensuales para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.

La coordinación SIAU que se tiene un avance frente a la Implementación de encuestas digitales y/o físicas para mensuales para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 30% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 4: Consolidación mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la página web.

La coordinación medica informa que se tiene una consolidación mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la página web., pero no se ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 30% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 5: Elaborar análisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciones de los indicadores de calidad).

La Coordinación medica del Hospital informa que se tiene un avance Elaborar análisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciones de los indicadores de calidad), pero no se ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 30% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 6: Realizar Capacitación al talento humano sobre Atención humanizada.

La Coordinación médica del Hospital informa que no se evidencia Capacitación al talento humano sobre Atención humanizada. por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 7: Realizar la actualización del manual de procedimientos de Laboratorio clínico.

La coordinación medica informa del Hospital informa que no se tiene avance, Realizar la actualización del manual de procedimientos de Laboratorio clínico, por lo tanto, se traslada a plan de mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 8: Realizar la actualización del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado incluir formatos.

La coordinación médica del Hospital informa que no se ha realizado la actualización del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado incluir formatos. por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 9 Realizar Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado

La coordinación médica del Hospital informa que no se evidencian documentos soporte que sustente Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 10: Realizar la evaluación de adherencia del manual de referencia y contrarreferencia.

La coordinación médica del Hospital informa que no se evidencia la realización de la evaluación de adherencia del manual de referencia y contrarreferencia; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 11: Realizar la actualización del procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internación

La coordinación medica del Hospital comunica que no existe avance sobre la actualización del procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internación; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 12: Realizar la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.

La coordinación médica del Hospital informa que no existe avance referente documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 13: Realizar la documentación del Plan de comunicaciones del Hospital.

La gerencia comunica que no se evidencian soporte o se evidencian la documentación del Plan de comunicaciones del Hospital. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 14: Realizar Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.

La gerencia informa que no se evidencian documentos soporte que sustente Realizar Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 15: Realizar la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital

La coordinación médica del Hospital informa que no se evidencia que no se evidencian la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital

a; Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

COMPROMISOS

1. Formular el plan de acción de los estándares y oportunidades de mejora priorizadas según proceso responsable.

2. Realizar la medición y monitoreo de las oportunidades de mejora priorizadas.

Se da por terminada la auditoria a las 03:00 pm, el día 08 de julio del 2026 en la sede principal y como constancia firman los participantes arriba.

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 001

ELABORACION DE LA RUTAS DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL.

PROCESO: GESTIÓN DE SIAU

FUENTE DE INFORMACION: Documentación existente.

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de documentos realizados X 100 **No de documentos a realizar**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO**	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 002

DIVULGACION DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN.

PROCESO: GESTIÓN DE SIAU

FUENTE DE INFORMACION: Acta y Registro de Asistencia

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de talento humano capacitados X 100 **Total del talento humano**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de divulgaciones realizadas	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Numero de divulgaciones programadas.	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 003

APLICACIÓN DE ENCUESTAS DIGITALES Y/O FISICAS

PROCESO: SIAU

FUENTE DE INFORMACION: Documentación existente.

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de encuestas aplicadas X 100 **No de usuarios atendidos por servicios**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de encuestas aplicadas	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Numero de encuestas programadas	100,0%	30,0%	70,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 004

CONSOLIDADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Documentación existente.

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 / Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de documentos realizados X 100 / Total de documentos a realizar	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	30,0%	70,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 005

INFORME DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Registro de Asistencia

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de socializaciones realizadas X 100 **No de socializaciones programadas**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de informes de evaluación realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: No de informes de evaluación programados	100,0%	30,0%	70,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 006

CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ATENCION HUMANIZADA AL TALENTO HUMANO

PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FUENTE DE INFORMACION: Formato de inducción y Reinducción

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de colaboradores con inducción y/o reinducción X 100 **Total de colaboradores de la ESE de Apoyo diagnostico**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de capacitaciones realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Numero de capacitaciones programadas	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO**	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 007

ACTUALIZACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO

PROCESO: GESTIÓN DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA.

FUENTE DE INFORMACION: Acta y Registro de Asistencia

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de talento humano capacitados X 100 **Total del talento humano**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 008

ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO Y DISESTIMIENTO INFORMADO

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Informe de evaluación

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de seguimientos realizados X 100 **No de seguimientos a realizar**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 009

CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Documentación existente.

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 / Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de documentos realizados X 100 / No de documentos a realizar	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de capacitaciones realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Numero de capacitaciones programadas	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 010

INFORME DE EVALUACION DE ADHERENCIA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

PROCESO: GESTIÓN DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA.

FUENTE DE INFORMACION: Informe de evaluación

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de seguimientos realizados X 100 **No de seguimientos a realizar**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 011

ELABORACION DE RECOMEDACIONES PARA EL EGRESO DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS E INTERNACIÓN

PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACION

FUENTE DE INFORMACION: Informe de evaluación

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 / Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de seguimientos realizados X 100 / No de seguimientos a realizar	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 012

INFORME DE EVALUACION DE ADHERENCIA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCI

PROCESO: GESTIÓN DE DE DIRECCION

FUENTE DE INFORMACION: Contrato suscrito

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de sistemas de información actualizados X 100 **No de sistema de información a actualizar**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de informes realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Número de informes programados	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 013

ELABORACION DEL PLAN DE COMUNICACIONES

PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACION

FUENTE DE INFORMACION: Informe de evaluación

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de seguimientos realizados X 100 **No de seguimientos a realizar**	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de documentos realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Total de documentos a realizar	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 014

CAPACITACIONES REALIZADAS A LA ASOCIACION DE USUARIOS.

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Documentación existente.

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 / Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de documentos realizados X 100 / No de documentos a realizar	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de capacitaciones realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: Numero de capacitaciones programadas	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	FICHA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Salud

DETALLE DE LA HERRAMIENTA INDICADOR No 015

INFORME DE EVALUACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD

FUENTE DE INFORMACION: Registro de Asistencia

UNIDAD DE MEDICION: Porcentaje %

Numerador: x 100 / Denominador:	Uso del indicador	Frecuencia de medición
	No de socializaciones realizadas X 100 / No de socializaciones programadas	**TRIMESTRAL**

DEFINICION OPERACIONAL	**CUADRO DE MANDO**		
NUMERADOR: Numero de informes de evaluación realizados	Calidad esperada	Calidad observada	Brecha de calidad
DENOMINADOR: No de informes de evaluación programados	100,0%	0,0%	100,0%

SEGUIMIENTO 1	**SEGUIMIENTO 2**	
		☜ CANTIDAD PROGRAMADO
		☜ CANTIDAD EJECUTADA
#¡DIV/0!	**#¡DIV/0!**	☜ % DE CUMPLIMIENTO

Periodo medido		**Tendencia**
OCTUBRE-2026		
DICIEMBRE-2026		

Análisis del resultado

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Fecha		**Correctiva/Preventiva**	**Cerrada**	
			SI	**NO**

CONCLUSIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

PLAN DE ACCION

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versión: 3
	PLAN DE ACCION	Fecha: 10 de Julio del 2026.

ESTANDAR		OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA		CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROCESO RESPONSABLE
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																	
ACCESO																	
1	**AsAC10**	1. Diseñar y definir las ruta de atención de los pacientes que garantice un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente	1. Elaborar las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).	1. No se evidencian soportes que evidencen la documentación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización).	0%	4 (CUATRO)	100%	**ELABORACION DE LA RUTAS DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL.**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	Documento							**GESTION DE SIAU**
		2. Realizar difusion a traves de videos institucionales proyectados en cada uno de los servicios del Hospital y la diferentes redes sociales, pagina web de la ESE que expliquen la ruta de atención, los servicios y los procesos de continuidad en la atención, asegurando un acceso uniforme.	2. Realizar la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, pagina web)	2. No se evidencian soportes que evidencen la divulgación de las Rutas de Atención de los servicios de consulta externa (medicina general, Odontología, Urgencias y Hospitalización) por medio de videos institucionales en los diferentes medios de comunicación del Hospital (TV, redes sociales, pagina web)	0%	4 (CUATRO)	100%	**DIVULGACION DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN.**	**No DE DIVULGACIONES REALIZADAS / No DIVULGACIONES PROGRAMADAS**	Registro Fotografico							**GESTION DE SIAU**
		3. Implementar encuestas digitales y/o físicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	3. Realizar la Implementación de encuestas digitales y/o físicas para mensuales para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real, enfocándose en la accesibilidad y calidad del servicio.	3. Se evidencian soportes de la implementación de pocas encuestas fisicas para medir la satisfacción de los usuarios en tiempo real.	30%	800 (OCHOCIENTOS)	90%	**APLICACIÓN DE ENCUESTAS DIGITALES Y/O FISICAS**	**No DE ENCUESTAS REALIZADAS /No DE No ENCUESTAS PROGRADADAS /X 100**	Informe de satisfacción trimestral							**GESTION DE SIAU**
ACCESO																	
2	**AsAC11**	4. Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	4. Realizar consolidación mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	4. No se evidencien la evaluación y seguimiento mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	30%	5 (CINCO)	100%	**CONSOLIDADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD**	**No DE DOCUMENTOS REALIZADOS /No DE DOCUMENTOS PROGRAMADOS X 100**	Tablero de indicadores mensual							**GESTION DE CALIDAD**
		5. Realizar analisis trimestral Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	5. Elaborar analisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciónes de los indicadores de calidad	5. No se evidencian soportes que evidencen el analisis trimestral y plan de mejoramiento de las desviaciónes de los indicadores de calidad	30%	5 (CINCO)	100%	**INFORME DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y ELABORACION DEL PLAN DE**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	Informe de evaluación.							**GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO																	
3		6. Capacitar al talento humano designado para la atención al usuario referente al manejo de atencion al publico y atencion humanizada.	6. Realizar Capacitación al talento humano sobre Atencion humanizada.	6. No se evidencian soportes de la Capacitación al talento humano sobre Atencion humanizada.	0%	4 (CUATRO)	100%	**CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ATENCION HUMANIZADA AL TALENTO HUMANO**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	Acta y registro de asistencia.							**GESTION DE SIAU**
PLANEACION DE LA ATENCION																	
4	**AsPL19**	7 Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y de laboratorio clinico.	7. Realizar la actualización del manual de procedimientos Laboratorio clinico.	7. No se evidencian soportes de la actualización del manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamiento de Laboratorio clinico.	0%	1 (UNO)	100%	**ACTUALIZACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	Documento							**LABORATORIO CLINICO**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																	
5	**AsEJ7**	8. Actualizar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	8. Realizar la actulización del procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos.	8. Se evidencian soportes de la documentación del procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos.	0%	1 (UNO)	100%	**ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO Y DISESTIMIENTO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	Documento							**GESTION DE CALIDAD**
		9. Fortalecer capacidades al talento humano en salud sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	9. Realizar Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	9. No se evidencian soportes de la Capacitación al talento humano sobre el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	0%	3 (TRES)	100%	**CAPACITACIONES REALIZADAS SOBRE ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	Acta y registro de asistencia.							**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR	Versiòn: 3
	PLAN DE ACCION	Fecha: 10 de Julio del 2026.

	ESTANDAR	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA		CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROCESO RESPONSABLE
SALIDA Y SEGUIMIENTO																	
6	**AsSAL1**	10. Actualizar el procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	10. Realizar la actulización del procedimiento de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	10. No see evidencian soportes de la documentación de egreso del paciente de los servicios de urgencias e internacion.	0%	1 (UNO)	100%	**ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTOS DE EGRESO DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA E**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	Documento							**GESTION DE CALIDAD**
		11. Definir y documentar las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	11. Realizar la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	11. No se evidencian soportes de la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	0%	1 (UNO)	100%	**ELABORACION DE RECOMEDACIONES PARA EL EGRESO DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS E**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	Documento							**GESTION DE CALIDAD**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																	
7	**AsREF1**	12. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	12. Realizar la evaluación de adherencia del manual de referencia y contrareferencia	12. No se evidencian soportes de la documentación de las recomendaciones para el egreso del paciente de los servicios de urgencias y hospitalización.	0%	1 (UNO)	100%	**INFORME DE EVALUACION DE ADHERENCIA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCI**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	Informe de evaluación.							**URGENCIAS**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																	
8	**DIR15**	13 Definir y documentar plan de comunicaciónes del Hospital	13. Realizar la documentación del Plan de comunicaciones del Hospital	13. No se evidencian soportes de la documentación del Plan de comunicacions del Hospital	0%	1 (UNO)	100%	**ELABORACION DEL PLAN DE COMUNICACIONES**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOS X 100**	Documento							**PLANEACION INSTITUCIONAL**
GERENCIA																	
9	**GER.17**	14. Capacitar a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	14. Realizar Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	14. No se evidencian soportes de la Capacitación a la Asociación de Usuarios en conceptos básicos de calidad, seguridad del paciente y deberes/derechos, para que sus aportes pasen de la queja individual a la propuesta colectiva.	0%	3 (TRES)	100%	**CAPACITACIONES REALIZADAS A LA ASOCIACION DE USUARIOS.**	**No DE CAPACITACIONES A REALIZAR / No DE CAPACITACIONES REALIZADAS**	Acta y registro de asistencia.							**GESTION DE SIAU**
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																	
10	**GAF11**	15 Implementación del programa de "Rondas de Seguridad de la Infraestructura y Conectividad Asistencial" para la prevención de fallas operativas y la mitigación de riesgos locativos en los servicios que prestael Hospital	15. Realizar la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital	15. No se evidencian la aplicación de las listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente por servicios habilitados del Hospital	0%	10 (DIEZ)	100%	**INFORME DE EVALUACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**	**No DE INFORMES REALIZADOS/No DE No DE INFORMES PROGRAMADOS/X 100**	Informe de evaluación.							**GESTION DE CALIDAD**

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

El Gerente de la E.S.E HOSPÍTAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, en uso de sus facultades legales, estatutarias, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1011 de 2006 determina la obligatoriedad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la adopción del PAMEC estableciendo las pautas metodológicas del modelo de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Que según lo expuesto en el artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB; dichos programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos enel Sistema único de Habilitación.

Que, para la formalización de la metodología de la autoevaluación de los estándares de acreditación y mejoramiento continuo, se designará el grupo evaluativo, con el fin de garantizar el proceso de preparación para la acreditación y de esta manera hacer una adecuada implementación del plan de acción que se genere de este proceso.

Que la Resolución 1328 del 2021 del Ministerio de salud y Protección Social, establece los estándares de acreditación en Colombia.

Que la guía práctica de preparación para la Acreditación en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social dispone establecer equipos de Autoevaluación con el fin de

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

realizar el Ciclo de preparación para la Acreditación en salud.

Que uno de los mecanismos que estableció la norma para lograr estos objetivos y como requisito de obligatoriedad para permitir a las entidades la continuidad de la prestación de sus servicios es la obligación de rediseñar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En merito a lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. OBJETO: Confórmese El Equipo líder del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en Salud – PAMEC de la vigencia 2025, Con el fin de garantizar la implementación de las acciones orientadas al mejoramiento continuo de los Servicios en Salud.

ARTÍCULO SEGUNOD. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO LIDER PAMEC: El Equipo Líder PAMEC estará integrado por los coordinadores y/o líderes de procesos de la ESE, en aras de lo anterior, el Comité de Historias Clínicas estará conformado por:

- Gerente
- Subdirector científico
- Líder de Calidad.
- Coordinador de PYMS
- Coordinador SIAU
- Coordinador de Talento Humano
- Ingeniero de Sistemas
- Técnico Ambiental

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

- Líder de farmacia y/o almacén
- Ingeniero Biomédico

ARTÍCULO TERCERO. LIDER PAMEC: Desígnese como Líder o Referente del PAMEC, a la Líder de Calidad de la E.S.E HOSPÍTAL JORGE ISAAC RINCON TORRES.

ARTÍCULO CUARTO. FUNCIONES DEL EQUIPO LIDER PAMEC: Son funciones del Equipo Líder PAMEC:

- Contribuir a la elaboración del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, su implementación, evaluación y análisis de los resultados.
- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la institución.
- Participar en la priorización de los procesos a mejorar
- Promover el despliegue de los estándares de acreditación en la institución
- Cumplir a cabalidad con las directrices sobre el plan y cronograma de trabajo dadas por el líder de grupo.
- Apoyar en la elaboración y presentación de los informes que sean necesarios y requeridos
- Efectuar seguimiento y evaluación periódica al cumplimiento de la Ejecución del PAMEC y procurar los recursos para el cumplimiento de este.
- Asistir, participar y desarrollar dinámicamente el cronograma de trabajo, según su competencia y conocimiento.

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

ARTÍCULO QUINTO. PERIODICIDAD: El Equipo Lider PAMEC, se reunirá ordinariamente cada dos meses, y de manera extraordinaria cuando sea necesario, de cada reunión se levantará un acta, lista de asistencia elaborado por el secretario, y quedará en la carpeta del Equipo la cual reposa en el área de calidad de la E.S.E HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

ARTÍCULO SEXTO. PRESIDENCIA Y SECRETARIA TÉCNICA: El Equipo Líder PAMEC será presidido por el Gerente; y actuará como secretario técnico el jefe de Calidad.

ARTICULO SEPTIMO FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL EQUIPO LIDER PAMEC: Son funciones del presidente del Equipo Líder PAMEC:

- Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- Decidir las prioridades en el orden de los casos y de los temas a tratar.
- Invitar por decisión individual o a propuesta del Equipo a personas cuya interacción con El Equipo pueda resultar enriquecedora por su tarea.

ARTICULO OCTAVO. FUNCIONES DEL SECRETARIO DEL EQUIPO LIDER PAMEC: Son funciones del secretario del Equipo Líder PAMEC:

- Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias
- Coordinar la logística de las reuniones (salones, refrigerios, etc.)
- Llevar las actas de las reuniones.
- Consignar la asistencia a las reuniones en el acta respectiva o lista de asistencia.

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

ARTÍCULO NOVENO. Implementar la metodología para la autoevaluación de los estándares de acreditación con alcance al mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta los lineamientos de la Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Para lo anterior el Ministerio de Salud y la Protección Social establece una RUTA CRITICA como guía para establecer y desarrollar el modelo propuesto de auditoríapara el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

ARTICULO DECIMO. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN: Conformar los equipos responsables de realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación que hacen parte de la Resolución 1328 del 2021.

ESTANDARES DEL GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL

GRUPO N° 1 ESTANDARES DEL 1 AL 6			
DERECHOS DE LOS PACIENTES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACCESO, REGISTRO E INGRESO			
Coordinador SIAU	Subdirector Científico	Coordinador medico	Auditor
GRUPO N° 2 ESTANDARES DEL 7 AL 17			
EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO Y PLANEACION DE LA ATENCION, EJECUCION DE TRATAMIENTO, EVALUACION DE LA ATENCION.			
Coordinador de PYMS	Regente	Subdirector Científico	Coordinadora PYMS
GRUPO N° 3			

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

ESTANDARES DEL 18 AL 27			
SALIDA Y SEGUIMIENTO-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA-SEDES INTEGRADAS			
Coordinador de Facturación	Líder de calidad	Subdirector Científico	Coordinador de Urgencias.

ESTANDARES DEL GRUPO DE APOYO

GRUPO N° 4 ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIA, Y GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO (DEL 28 AL 43)			
Jefe de Talento Humano	Gerencia	Líder de Gestión Ambiental	Líder de seguridad y salud en el trabajo

GRUPO N° 5 GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ESTANDAR DEL 44 AL 52			
Ingeniero Biomédico	Ingeniero de Sistemas	Jefe de farmacia y/p Almacén	Auditor

ARTICULO DECIMO. FUNCIONES DE LOS EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN: Serán funciones de los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación.

- Elaborar autoevaluación cualitativa y cuantitativa con los estándares de acreditación, acorde conlos lineamientos de la Resolución 1328 del 2021 y Resolución 2082 del 2014.
- Definir las fortalezas con base en los estándares de acreditación y sus criterios.
- Monitorear el cumplimiento de las acciones de mejoramiento de cada unode

RESOLUCIÓN No 083
DEL 22 DE JUNIO DEL 2026

"Por medio de la cual se conforma el equipo del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, (Pamec), y los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

los estándares.

ARTICULO DECIMO PRIMERO: Deroga con todos los efectos las Resoluciones suscritas anteriormente sobre el tema referenciado.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO: PUBLICACIÓN. -Ordenar la Publicación de la presente Resolución en la Página web de la ESE.

ARTICULO DECIMO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en el municipio de La Jagua de Ibirico Cesar a los veintidós (22) días del mes de junio del 2026.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ
GERENTE

Proyectado por:
Katia Silva Alonso; Auditor de Calidad

Revisó:
Ricardo Barraza González; Asesor Jurídico

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

El Gerente de la Empresa Social del Estado del HOSPÍTAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, en uso de sus facultades legales, estatutarias, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1011 del 2006: Por el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus cuatro componentes Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Información para la Calidad, Sistema Único de Acreditación.

Que uno de los mecanismos que establecido el Decreto 1011 del 2006 para lograr los objetivos y como de requisito de obligatoriedad para permitir a las entidades la continuidad de la Prestación de sus servicios es la obligación de rediseñar un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad de Atención en Salud.

Que mediante Resolución 0256 del 2016, se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en Salud.

Que el Decreto 903 del 2014, el cual establece las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación y las etapas del desarrollo del proceso de Acreditación.

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

Que la Resolución 2082 del 2014 establece las disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación y la aplicabilidad de la Hoja Radar de calificación de los estándares de Acreditación.

Que el Capítulo 6 del Título 1, de la parte 5 del libro 2 del Decreto 780 del 2016 establece las disposiciones relacionadas con el Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Que la Resolución 5095 del 2018, por medio del cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia" aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se acojan al proceso de Acreditación avalada por el INCONTEC y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la Resolución 1328 del 2021, por medio del cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 del 2018 en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones de servicios de salud con énfasis en baja complejidad.

Que La Empresa Social del Estado como Institución Prestadora de Servicios de Primer Nivel se encuentra obligada a cumplir con lo establecido en la Resolución 3100 del 2019 en lo concerniente a realizar la adopción del Programa para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud-PAMEC y seguimiento a riesgos bajo la metodología de concertación, socialización y aplicación de los mismos.

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

Que la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres realizo la formulación del Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC para la Vigencia 2026.

Que la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres no cuenta con la adopción del Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC para la Vigencia 2026.

Que la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres para cumplir con lo establecido en el Decreto 780 del 2016 debe realizar la Adopción mediante Acto Administrativo Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC para la Vigencia 2026.

Que el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se mantiene mediante componentes integrados conceptual y operativamente:

a) Sistema Único de Habilitación para IPS que les significa a los prestadores de servicios de salud el cumplimiento de un manual de estándares básicos para operar;

b) La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, cuya finalidad es la de establecer un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios, esto orientado por la definición de los procesos y de constituir responsabilidades organizacionales e interinstitucionales, que apoyen las estrategias de mejoramiento continuo que propone el SOGC, a través de actividades puntuales y niveles de intervención específicos, cuyo desarrollo conceptual está orientado por el Ministerio de la Protección Social mediante Pautas

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

Indicativas del Modelo de Auditoria que deben desarrollar las IPS bajo la supervisión del Ministerio de Salud y Protección social y la Superintendencia Nacional de Salud;

c) Sistema Único de Acreditación, que tiene una entidad rectora que, a través de un manual de estándares dirigidos a procesos y resultados de gestión institucional, propende por el mejoramiento de la calidad, la búsqueda de la excelencia y presupone una participación voluntaria de las IPS en el mismo.

d) Sistema de Información para la Calidad que incluye el proceso de atención en salud, estableciendo prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista de las características de calidad. La atención en salud debe estar centrada en los usuarios y brindar como Prestador una atención segura y evaluar sistemáticamente la satisfacción de los usuarios en calidad de los servicios recibidos.

En aras de lo anterior

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PAMEC 2025: Adóptese el PAMEC 2026 con acciones preventivas, de seguimiento y correctivas que direccionan al cumplimiento de estándares de Acreditación para dar cumplimiento a la Resolución 1328 del 2021. Por tanto, la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres propone la ejecución del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad a través del desarrollo de proceso de Auditoria que logren apoyar y conducir al Talento Humano de la Empresa Social del Estado en el mejoramiento de los procesos que sustenten el acceso, la oportunidad, la continuidad, la pertinencia y la seguridad de tal manera

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

que se garantice una atención con calidad minimizando el riesgo de sufrir eventos adversos. Este Programa se desarrollará mediante la implementación del Plan de Acción como componente del sistema de evaluación y seguimiento de indicadores que midan los procesos seleccionados y sus resultados.

ARTICULO SEGUNDO: CONCERTACION. - El PAMEC ha sido concertado con el equipo de Trabajo PAMEC para la vigencia 2026 está conformado mediante Resolución No 083 del 10 de julio del 2026, el cual interviene en su aplicación, de tal manera que se garantice su aplicabilidad, que los aspectos de elaboración, documentación y desarrollo del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de Atención en Salud de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.

ARTICULO TERCERO. IMPLEMENTACIÓN. - Implementar la Ruta Critica descrita en el documento "PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PAMEC 2026"

- Autoevaluación
- Selección de Procesos a Mejorar
- Priorización de Procesos
- Definición de la Calidad Esperada
- Medición Inicial de Desempeño
- Plan de Acción
- Evaluación del Mejoramiento
- Aprendizaje Organizacional.

ARTICULO CUARTO. PUBLICACIÓN. -Ordenar la Publicación de la presente Resolución en la Página web de la Empresa Social del Estado

RESOLUCIÓN No 098
DEL 10 DE JULIO DEL 2026

"Por medio de la cual se Adopta y se Implementa El Programa de Auditoria Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC de la Vigencia 2026 de la Empresa Social del Estado de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres"

ARTICULO QUINTO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en el municipio de La Jagua de Ibirico Cesar a los diez (10) días del mes de julio del 2026.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ
GERENTE

Proyectado por:
Katia Silva Alonso; Auditor de Calidad

Revisó:
Ricardo Barraza González; Asesor Jurídico