

2023

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD  
E.S.E HDSMM



**Donaldo Saúl Morón Manjarrez**  
**La Jagua del Pilar – Guajira**

*Oportunidades de Salud para Todos*

---

**DR. GEOVANNY LACOUTURE**  
**JIMÉNEZ**

**GERENTE**

**HOSPITAL DONALDO SAÚL MORÓN  
MANJARREZ**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN  
SALUD “PAMEC”**

**GEOVANNY LACOUTURE JIMÉNEZ  
GERENTE**

**2023**

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>		CÓDIGO	PL-PE-CS-01
			VERSIÓN	PRIMERA 01
			FECHA	MAYO / 2020
			GESTIÓN DOCUMENTAL	

**MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL DONALDO SAÚL  
MORÓN MANJARREZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**WALDIN SOTO DURAN**  
Presidente Junta Directiva  
Representante del Estamento Político, Administrativo

**CRISTINA BELLO ROMERO**  
Secretaria de Salud Representante del Estamento Político,  
Administrativo

**LUZ ESTELA DIAZ LEON**  
Representante de la liga de usuario

	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## EQUIPO DIRECTIVO Y ADMINISTRATIVO

**Dr. GEOVANNY LACOUTURE JIMÉNEZ**  
Gerente

**GICIELIS DE JESUS PEREA**  
Profesional Universitario Talento Humano

**ADA DELIA GUTIERREZ**  
Jefe de Presupuesto

**HASSEL GOMEZ**  
Coordinador Medico

**JORGE GAMEZ**  
Líder Facturación

**SONEIDA ACOSTA**  
Asesor Jurídico

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira</p> <p><i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## Tabla de contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>1. MARCO JURÍDICO</b> .....	10
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>3. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD</b> .....	16
<b>5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b> .....	17
<b>Mapa de Procesos</b> .....	19
<b>5.1 Objetivos Estratégicos</b> .....	21
<b>5.2. CAPACIDAD INSTALADA</b> .....	21
<b>5.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS</b> .....	23
<b>5.4. Servicios Habilitados</b> .....	23
<b>5.5. MARCO OPERATIVO</b> .....	28
<b>6. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD PAMEC</b> .....	32
<b>6.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	32
<b>6.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS</b> .....	32
<b>6.3 ALCANCE PAMEC</b> .....	32
<b>6.4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b> .....	33
<b>7. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC</b> .....	33
<b>RUTA CRÍTICA DEL PAMEC</b> .....	34
<b>8. AUTOEVALUACIÓN</b> .....	34
<b>8.1 CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN</b> .....	35
<b>8.2 METODOLOGIA DE AUTOEVALUACION FRENTE A ESTANDARES DE AUTOEVALUACION</b> .....	36
<b>8.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION</b> .....	43
<b>9. SELECCIÓN DE PROCESO A MEJORAR</b> .....	44
<b>10. PRIORIZACION DE PROCESOS</b> .....	44
<b>11. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA</b> .....	46
<b>12. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS</b> .....	46

 <p>           Donaldo Saúl Morón Manjarrez            La Jagua del Pilar - Guajira  <i>Oportunidades de Salud para Todos</i> </p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

13.	FORMULACION DEL PLAN DE ACCIÓN.....	47
14.	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.....	47
15.	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL MEJORAMIENTO .....	47
16.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.....	48

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## 1. 1. INTRODUCCIÓN

La ESE Donaldo Saúl Morón Manjarrez del municipio de la Jagua del Pilar la Guajira consiente de la responsabilidad que tiene con la comunidad jaguera presenta el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud “pamec que tiene como objetivo mejorar la atención al usuario a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada

El Decreto 1011 de 2006 en su ARTÍCULO 4o. establece los COMPONENTES DEL SOGCS

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

El Sistema Único de Acreditación, artículo 41°, define que es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El Decreto 903 de 2014, tiene como finalidad renovar y actualizar uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud “Sistema Único de Acreditación”, el cual se reglamentó a partir del año 2002 con la Resolución 1474 Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación,

Esta a su vez modificada con la Resoluciones 1445 de 2006, 3969 de 2008 y 123 de 2012. En la actualidad regido 5095 de 19 de noviembre de 2018.

Mediante información registrada en informe de visita de verificación por parte de la secretaria de Salud de la Guajira, en referencia al PAMEC, es catalogado como NO CUMPLE, presenta algunas no conformidades como:

NO tienen definido legalmente quien lidere el documento PAMEC no tiene el equipo para su implementación.

La Institución NO cuenta con el Plan para formular y desarrollar el PAMEC de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Por otra parte, la Gerencia Actual, no encuentra Documento – Herramientas disponible en la institución en medio física ni en medio magnética, del PAMEC. Por lo que se toma la decisión de realizar primer ciclo de Autoevaluación del PAMEC para la ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ.

La aplicación de esta autoevaluación ~~para~~ dar inicio al desarrollo del PAMEC, cumpliendo así con los requerimientos normativos.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC está basada en la conformación de grupos de autoevaluación y la aplicación de los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.

Para terminar este documento se encuentra enfocado en la implementación de acciones de mejoras priorizadas centradas en los estándares superiores de acreditación, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en la ESE Hospital. HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ.

## 2. MARCO JURIDICO

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

La constitución Política Colombiana (1991), Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

La ley 100 (1993). Establece que el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail hospitaljagua@hotmail.com la Jagua del pilar – La Guajira  
www.esedonaldosaulmoron.gov.co

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para Proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Decreto 1011 (2006). Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual en su **Artículo 4°**. Menciona los *Componentes del SOGCS*:

El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema único de Acreditación, El Sistema de Información para la Calidad. Es importante resaltar que actualmente el decreto anteriormente mencionado (1011 de 2006), ha sido incluido en el Decreto 0780 de 2016, ya que este último se considera un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa, dado que las normas fuente cumplieron al momento de su expedición con las regulaciones vigentes sobre la materia.

La Resolución 2003 del 2014 emitida por el Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

La Resolución 256 del 2016 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1445 de 2.006, hace poco componente voluntario, pero por normatividad reciente (Res 2181 de 2008) se convierte en obligatorio para las IPS Públicas evaluarse frente a los estándares de acreditación así no se solicite la visita de acreditación.

La acreditación está dirigida a evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios de las entidades que decidan acogerse a este proceso.

Es importante tener en cuenta que como ente público es obligatorio la Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, aplicando la NTCGP 1000:2004 y decreto 943 del 21 de mayo del 2014, por el cual se adopta la actualización del modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado.

Por último, la Circular 012 Superintendencia de Salud 2016. Directrices para reporte de información de características de calidad de las instituciones en salud y Resolución 5095 de

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

2018, el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

### 3. MARCO TEÓRICO

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.

**ACCIONES COYUNTURALES:** Definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados.

**ACCIONES DE MEJORAMIENTO:** Define las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora teniendo en cuenta que esta es una tarea puntual, muy operativa que indica el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.

**ACCIONES PREVENTIVAS:** Entendidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria 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”. Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría

Externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

**ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Las cuales se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizarse su calidad”.

Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día es una responsabilidad del nivel de autocontrol, son acciones de control principalmente de primer orden.

**AMPLITUD:** Los estándares evaluarán la organización integralmente.

**AUDITORÍA EXTERNA:** es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.

Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la meso gestión, con base en acuerdos previamente pactados.

**AUDITORÍA INTERNA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.

**AUTOCONTROL:** hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

**ATENCIÓN EN SALUD:** Es el 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.

**ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE:** La organización debe coordinar y articular 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.

**BARRERAS DE MEJORAMIENTO:** Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Son factores que se deben prever y controlar para que el plan sea exitoso.

Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.

**BENEFICIOS:** El mejoramiento de la calidad representa beneficios a la organización reflejados en

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527

e-mail [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com) La Jagua del pilar – La Guajira  
[www.esedonaldosaulmoron.gov.co](http://www.esedonaldosaulmoron.gov.co)

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira</p> <p><i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

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.

**CALIDAD:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos

**COSTO:** posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Se define como 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.

**ESTÁNDAR:** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio.

Nivel alcanzable y contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

**ESTANDARIZACIÓN.** Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.

**EVENTO ADVERSO:** Resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la entidad o a condiciones propias del mismo. Puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro del estado, aumento de las estancias hospitalarias, incrementos de costos de la no calidad.

**FORTALEZA:** Característica consistente fácilmente reconocida. Superior a la norma y que genera Valor de cara al usuario. Su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: El servicio o proceso que tienen la fortaleza, cuál ha sido el enfoque y como se ha implementado y la Cuantificación de los resultados

**MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** Debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente 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 clientes.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira</p> <p><i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

**OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO:** Acción a desarrollar, redactada en forma de OBJETIVO (inicia con un verbo en infinitivo, redactada en positivo, orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado.

**PRIORIZACIÓN:** Resultado del análisis de priorización según la calificación de los criterios de riesgo, costo y volumen.

**PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**PROCEDIMIENTO.** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**REQUISITO.** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria

**RIESGO.** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.

**SOPORTE DE LA FORTALEZA:** Evidencia objetiva de la fortaleza como documentos, Actas, Informes, Indicadores, formatos, etc.

**VOLUMEN:** alcance del mejoramiento de cobertura (Beneficio).

**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, cuales 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.

## 4. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

La ESE DONALDO SAÚL MORÓN MANJARREZ, es una Entidad Pública Prestadora de Servicios de Salud del orden Municipal. Con sede principal en el Municipio de la Jagua del Pilar la Guajira; Por su ubicación geográfica, hace parte de la Red centro del Departamento de la Guajira, Es una Institución de Baja Complejidad, de acuerdo al Documento Red del Departamento de la Guajira vigente.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Dentro de la zona de influencia El Hospital DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, existe un potencial de Población de 3.871 habitantes aproximadamente.

TIPO DE ENTIDAD	PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
CÓDIGO DE HABILITACIÓN	444200039601
DEPARTAMENTO	La Guajira
MUNICIPIO	La Jagua del Pilar
NIT	825001119-5
NATURALEZA JURÍDICA	Publica
DIRECCIÓN	Calle 6 No. 2-23
TELÉFONO	3127090527
CORREO ELECTRÓNICO	hospitallajuagua@hotmail.com
GERENTE	GEOVANNY LACOUTURE JIMÉNEZ
FORMA DE VINCULACIÓN	Periodo Fijo
NIVEL DE ATENCIÓN	Baja Complejidad
CARÁCTER DE LA ENTIDAD	Municipal
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Si
TIPO DE ACTO	Acuerdo
NUMERO DE ACTO	010
FECHA DE ACTO	24 junio del 1999
REPORTA A:	Secretaria Municipal de Salud de la Jagua del Pilar la Guajira

## 5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

El propósito de una organización, se enmarca en su misión y visión institucional, las cuales definen la razón de ser de la entidad y a donde espera estar esta misma en el futuro.

### MISIÓN

Somos una empresa social del estado con la finalidad de prestar servicios integrales de salud de baja complejidad con calidad, accesibilidad y oportunidad reforzando las acciones de promoción y prevención; reduciendo de esta manera la morbilidad y mortalidad en la comunidad del Municipio de La Jagua del pilar.

### VISIÓN

La visión del Hospital Donaldo Saúl Morón Manjarrez es liderar en la prestación de servicios de Salud de primer nivel dentro de los próximos años. Ofreciendo y garantizando los mejores servicios hospitalarios de la región; como son las urgencias y consultas, de un amanaera eficiente y eficaz, mejorando cada día la calidad humana y profesional y así contribuir al desarrollo social de nuestro Municipio a través del crecimiento en el sector salud.

	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## VALORES INSTITUCIONALES

- **Honestidad:** Este valor busca en los servidores del Hospital generar confianza y credibilidad en la sociedad a través de comportamiento y actitudes íntegras y transparentes.
- **Responsabilidad:** Los servidores de la ESE Hospital DONALDO SAUL MORON MANJARREZ deben cumplir estrictamente sus funciones y deberes asumiendo las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.
- **Sentido de Pertenencia:** Este valor busca que nuestros servidores se apropien del objeto social del hospital y según competencias asuman roles proactivos y actitudes colaborativas.
- **Equidad:** Los usuarios serán atendidos por los servidores de la entidad con igualdad, sin que medien barreras culturales, sociales, geográficas, económicas u organizacionales.
- **Lealtad:** Este valor busca en los servidores del Hospital desarrollar comportamiento de fidelidad, sinceridad en beneficio de los clientes y de la ESE orientando nuestras acciones al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Solidaridad:** los servidores del hospital desarrollan actitudes de fraternidad y ayuda mutua, promoviendo condiciones que permitan el crecimiento de las personas en todas las dimensiones posibles dentro de un ambiente de equidad y justicia social.
- **Tolerancia:** Este valor busca que los trabajadores del Hospital actúen respetando y aceptando las diferencias que caracterizan a las personas.
- **Respeto:** Se busca en los servidores del hospital valorar sus fortalezas, tolerar sus debilidades y aceptar su forma de pensar y actuar

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## 5.1 Objetivos Estratégicos

Los objetivos del sistema de garantía de la calidad para la **E.S.E. DONALDO SAUL MORON MANJARREZ** están dirigidos a garantizar parámetros mínimos de Calidad de Atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios, promovido la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario.

- La racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de garantías de calidad.
- Presentar los servicios de salud que la población requerida, de acuerdo al nivel de complejidad asignado (primer nivel C) y que los recursos disponibles le permiten ofrecer.
- Producir los servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, para beneficio de la comunidad.
- Garantizar mediante un manejo del municipio y el área de influencia adecuando continuamente los servicios de salud y el funcionamiento de la E.S.E.
- Satisfacer los requerimientos del Municipio y del área de influencia adecuados continuamente los servicios de salud y el funcionamiento de la empresa
- Ofrecer a las entidades promotoras de salud, naturales y jurídicas que los demanden, servicios con tarifas competitivas en el mercado.

## 5.2. CAPACIDAD INSTALADA

El HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, con identificación tributaria 825001119-5 cuya sede Principal es en el Municipio de la Jagua del Pilar, en el Departamento de la Guajira. Adelanta Acciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud, dentro de las Rutas Integrales de Salud; en el área de cobertura.

Su red interna de servicios de salud según el modelo de prestación actual aprobada por la gerencia de la ESE tiene definido dos tipos de entidades donde oferta sus servicios según la georreferenciación de la población y la dispersión geográfica del Municipio:

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

- Hospital Local
- Puestos de Salud – Centros de Salud

La Institución cuenta con la siguiente capacidad para la atención:

*Tabla 1. Capacidad Instalada ESE*

Recurso	Cantidad
Camas de Observación	3
Consultorios de consulta externa	2
Consultorios en el servicio de urgencias	1
Salas de quirófanos	0
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	1

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

### 5.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ Empresa Social del Estado, como entidad Pública Prestadora de Servicios de Salud, para el cuidado de los pacientes, se apoya en su misión, visión y la planeación estratégica.

Dentro de los servicios ofertados que se encuentran debidamente habilitados y registrados ante el REPS, ha definido seis procesos prioritarios asistenciales:

- Atención de Urgencias
- Internación
- Consulta Externa
- Apoyo diagnóstico y terapéutico
- Transporte Asistencial
- Protección Específica y Detección Temprana

### 5.4. Servicios Habilitados:

#### 1.1. SEDE PRINCIPAL

Grupo	Nombre de Grupo	Código de Servicio REPS	Nombre de Servicio
3	Consulta Externa	312	ENFERMERÍA
3	Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL
3	Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
3	Consulta Externa	359	CONSULTA PRIORITARIA
5	Urgencias	501	SERVICIO DE URGENCIAS
6	Transporte Asistencial	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	y	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
9	Protección Específica y Detección Temprana	y	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
10	Procesos		950	PROCESO ESTERILIZACIÓN

## 1.2. SEDE PUESTO DE SALUD EL PLAN

Grupo	Nombre de Grupo	Código de Servicio REPS	Nombre de Servicio
3	Consulta Externa	312	ENFERMERÍA
3	Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL
3	Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	y	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	y	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	y	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)
9	Protección Específica Detección Temprana	y	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)
9	Protección Específica Detección Temprana	y	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)
9	Protección Específica Detección Temprana	y	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
9	Protección Específica Detección Temprana	y	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
9	Protección Específica Detección Temprana	y	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
9	Protección Específica Detección Temprana	y	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
9	Protección Específica Detección Temprana	y	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## 5.5. MARCO OPERATIVO

### CICLO DE PHVA

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el Sistema

Único de Habilitación. En la ESE la metodología de trabajo para el mejoramiento continuo se basó en el ciclo g HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ gerencial P-H-V-A.



En la E.S.E DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, ha planificado sus actividades del PAMEC, para ello ha sido de suma importancia el apoyo de la alta Dirección y el compromiso del equipo de autoevaluación, los cuales mediante su participación aseguraran la viabilidad de las acciones de mejoramiento y a su vez guía un proceso organizacional hacia el desarrollo con Calidad.

**PLANEAR (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

**HACER (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómo” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución del

	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

planeado, evidenciado mediante la recolección de los datos.

**VERIFICAR (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

**ACTUAR (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso.

Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso.

La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

### NIVELES DE AUDITORIA

Para realizar el seguimiento de los ciclos de mejora aplicados continuamente en la institución, se ha establecido el presente programa de auditoría, basándonos en diferentes NIVELES DE CONTROL

#### AUTOCONTROL:

El nivel óptimo en el que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL, en el cual cada miembro de los equipos de autoevaluación y procesos, planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la institución.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios en la ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, parte desde el ejercicio mismo del autocontrol, en cabeza de todos los colaboradores que ejercen las actividades operativas.

Este ejercicio es realizado en el momento mismo de las actividades y es cuando nuestros colaboradores revisan, supervisan y verifican que lo desarrollado por ellos cumpla con unos requisitos mínimos de calidad en términos de:

Adecuado diligenciamiento de los registros, **Cumplimiento de puntos de control** o actividades de verificación establecidos en las guías de manejo y los procedimientos, en los cuales interviene.

Conocimiento de los resultados de las actividades realizadas y planteamiento de estrategias para el cumplimiento de las metas y estándares de calidad trazados, los cuales son efectuados por los responsables en la prestación directa del servicio.

Dentro de los puntos de control más relevantes en los procesos priorizados están: las reuniones de retroalimentación que permiten verificar como van cada uno de los estándares priorizados, el seguimiento a los indicadores de gestión que se describen en el PAMEC y el seguimiento continuo de cada acción de mejora

#### Auditoría interna:

	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Es una evaluación sistemática, realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución Adquiera la cultura de autocontrol. Las actividades de Auditoria interna en la ESE

Hospital DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, serán realizadas por control interno y el Líder de Calidad, teniendo en cuenta las competencias necesarias para la ejecución de esta labor.

La metodología aplicada para el programa de mejoramiento continuo institucional será basada en la revisión documental, entrevista y observación; la cual será soportada con evidencia que se realizaran mensualmente por el líder de calidad y el jefe de control interno.

#### **Auditoría externa:**

Esta evaluación sistemática llevada a cabo por los entes externos a la ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los pasos de la Ruta crítica del PAMEC. Este nivel de auditoria será ~~ejec~~ por los siguientes actores:

- EPS con las cuales hemos suscrito contratos
- Entidades de Vigilancia y Control, tales como Secretaría de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y otras instancias legales, que justifiquen la necesidad de realizar un proceso de auditoría.

#### **TIPOS DE ACCIONES**

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

##### **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 a la prestación de sus servicios de salud, 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 organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

de su recurrencia.

## 6. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDADEN SALUD PAMEC.

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir en el Mejoramiento de la Atención de los Servicios de Salud prestados por la E.S.E, HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, mediante la construcción de un Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo, como mecanismo sistémico y continuo de evaluación comparando la Calidad observada con respecto a la Calidad esperada de todos los Servicios habilitados según norma vigente a fin de satisfacer a sus usuarios con el mínimo de riesgos en la Atención.

### 6.2 OBJETIVO ESPECIFICOS

- Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la Institución a disminuir la brecha entre la Calidad observada y la Calidad esperada.
- Promover el desarrollo de una cultura de Calidad entre los funcionarios de la Institución, generando compromiso personal hacia el autocontrol y la Seguridad de los pacientes.
- Implementar una metodología que permita hacer seguimiento, tanto al cumplimiento del Plan de Mejoramiento, como a la Efectividad de las acciones implementadas.
- Generar satisfacción en nuestros clientes

### 6.3 ALCANCE PAMEC

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de atención en salud del HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ estará orientado para el logro de los estándares de Acreditación, el fortalecimiento de la Gestión del Riesgo para los procesos misionales y el fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente.

### RESPONSABLES

Será responsabilidad de Gerente, dar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas del PAMEC, del equipo de autoevaluación realizar esta y definir las oportunidades de mejora, líder de calidad hacer seguimiento a su implementación y velar por el cumplimiento de ello, Será responsabilidad del personal operativo cumplir con las actividades planeadas

### 6.4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

### 7. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se parte de una autoevaluación institucional que permite priorizar los procesos a mejorar, frente a los estándares de acreditación. Para ello es importante resaltar que se aplicó como herramienta de mejoramiento el ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

### RUTA CRÍTICA DEL PAMEC



### 8. AUTOEVALUACION

Es importante resaltar que para la Autoevaluación vigencia 2023, aplico la Metodología del Manual Único de Acreditación Ambulatorio Hospitalario, versión 3.1, adoptado por la Resolución 5095 de 2018.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

## 8.1 CONFORMACION DE EQUIPO DE AUTOEVALUACION

Mediante Resolución N°. 025 de fecha 04 de septiembre del 2023, se conformaron los equipos responsables de realizar la autoevaluación PAMEC, con los estándares de acreditación que hacen parte del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1. Adoptado en la Resolución 5095/2018.

Fueron conformados de manera interdisciplinarios de diferentes niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, así:

### EQUIPO DE AUTOEVALUACION

GRUPO DE ESTÁNDARES	NUMERO DE ESTÁNDARES	INTEGRANTES
<b>PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>1-75</b>	Líder Calidad Líder Urgencias Líder Hospitalización Líder P y M Coordinador Médico Líder SIAU Líder Odontología Líder Laboratorio Líder Facturación
<b>DIRECCIONAMIENTO</b>	<b>76-88</b>	Gerente Líder Calidad Líder SIAU Líder de Talento Humano Líder Control Interno
<b>GERENCIA</b>	<b>89-103</b>	Gerente Líder de talento Humano Líder Control Interno
<b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>	<b>104- 120</b>	Líder de Talento Humano Líder Control Interno Líder de Salud y Seguridad en El Trabajo

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira</p> <p><i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

<b>GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</b>	<b>121-131</b>	Líder de Salud y Seguridad en EITrabajo Líder de Gestión ambiental Líder de Talento Humano Líder de Mantenimiento
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>132-141</b>	Responsable de Almacén Líder Calidad  Responsable de Sistemas
<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>142-154</b>	Responsable de Sistemas Responsable de Estadísticas Líder de Talento Humano Líder Calidad Líder Control Interno Líder Facturación
<b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>156-160</b>	Todo el equipo interdisciplinario de autoevaluación.

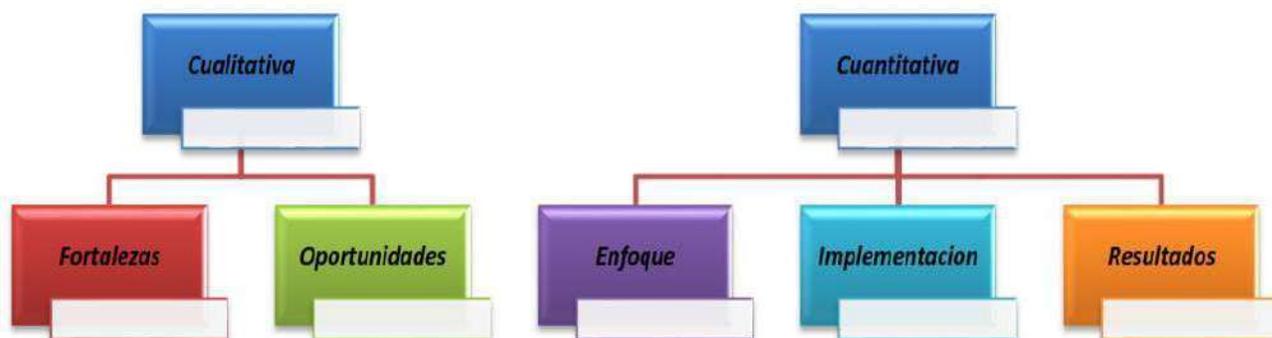
Con el fin de asegurar el proceso de Autoevaluación, implementación de acciones de mejora, ejecución de actividades, seguimiento e informe final, se crea la necesidad de capacitar al equipo de Autoevaluación, sobre El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad y metodología a implementar. Con el objeto de brindar conocimientos, crear conciencia y compromiso de los funcionarios.

## 8.2 METODOLOGIA DE AUTOEVALUACION FRENTE A ESTANDARES DE AUTOEVALUACION.

Para la realización de la Autoevaluación se siguió la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde la E.S.E HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ, abordando cada uno de los estándares establecidos en el Manual Único de

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Acreditación Ambulatorio Hospitalario, versión 3.1, adoptado por la Resolución 5095 de 2018.  
Para ello utilizo una perspectiva cualitativa y una cuantitativa:



## EVALUACION CUALITATIVA

Para la evaluación cualitativa se tienen en cuenta las fortalezas que se evidencian en los registros de la institución.

**FORTALEZAS:** Donde se encuentran soportadas las acciones y evidencias.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA:** Se encuentran descritas en verbo infinitivo que permita mostrar el carácter positivo de la mejora en los procesos de cara al usuario y que son documentadas en el PAMEC.

## CALIFICACIÓN CUANTITATIVA:

Se realiza de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2082 de 2014, la cual establece la medición de 1 a 5 en las dimensiones del ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADO

## DIMENSIONES A EVALUAR

**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.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>		CÓDIGO	PL-PE-CS-01
			VERSIÓN	PRIMERA 01
			FECHA	MAYO / 2020
			GESTIÓN DOCUMENTAL	

## 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.



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO PL-PE-CS-01

VERSIÓN PRIMERA 01

FECHA MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL

ENFOQUE					
Variables	1	2	3	4	5
Sistematicidad Amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento o estratégico	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento o estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento o estratégico.
Pro actividad	Los enfoques son principalmente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

**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.

IMPLEMENTACIÓN:					
Variables	1	2	3	4	5
<b>Despliegue en la institución</b>	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido
					en todas las áreas claves.
<b>Despliegue hacia el usuario</b>	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

**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.



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO	PL-PE-CS-01
VERSIÓN	PRIMERA 01
FECHA	MAYO / 2020
GESTIÓN DOCUMENTAL	

RESULTADOS					
Variables	1	2	3	4	5
<b>Pertinencia</b>	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son Parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados	La mayoría de los resultados se refieren a los factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas
<b>Consistencia</b>	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.

<b>Avance de la medición</b>	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
<b>Tendencia:</b>	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado	a mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira</p> <p><i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

<b>Comparación</b>	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación
--------------------	---	---	--	---	--

### 8.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION

La autoevaluación cualitativa y cuantitativa se realizó en varias sesiones, con la participación de los diferentes equipos conformados para cada grupo de estándares, donde el Asesor PAMEC, lideraba las reuniones, se le daba lectura a cada estándar, se discutía y por acuerdo se calificaba. 99999

Una vez terminada la autoevaluación se consolido la matriz de autoevaluación con el porcentaje de cumplimiento de cada grupo de estándar.

### AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICODE ACREDITACIÓN VIGENCIA 2022

ESTÁNDARES	2022
<b>Proceso de atención al cliente asistencial</b>	1.28
<b>Direccionamiento</b>	1
<b>Estándares de gerencia</b>	1.1
<b>Gerencia del talento humano</b>	1.6
<b>Gestión del ambiente físico</b>	1.1
<b>Gestión de la tecnología</b>	1
<b>Gerencia de la información</b>	1.7
<b>Mejoramiento de la calidad</b>	1
<b>PROMEDIO</b>	1

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

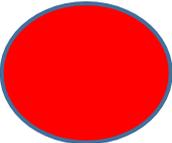
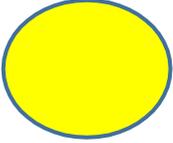
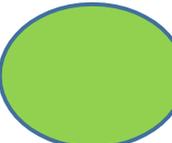
Como se observa en el cuadro anterior El resultado de la Autoevaluación Cuantitativa del Sistema Único de Acreditación, para el HOSPITAL DONALDO SAÚL MORÓN MANJARREZ vigencia 2022, se obtuvo calificación final de autoevaluación de 1.

## 9. SELECCIÓN DE PROCESO A MEJORAR

Una vez identificadas todas las oportunidades de mejoramiento, que son el resultado esperado de la autoevaluación, los equipos de autoevaluación, apoyado por la Asesora PAMEC, identificaron las oportunidades de mejoramiento a que proceso pertenecen con el fin de Inventariar los procesos seleccionados a mejorar, los cuales serían priorizados más adelante bajo los criterios de **RIESGO COSTO Y VOLUMEN**. VER ANEXO 2.

## 10. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.

Para la priorización de procesos se tomó cada uno de los procesos a mejorar seleccionados y con base a la matriz de priorización (riesgo, costo y volumen) se calificaron, escogiendo las oportunidades de mejora con calificaciones de 125, teniendo en cuenta la siguiente semaforización.

 <p>Muy prioritario para mejorar INTERVAL O 125</p>	 <p>Medianamente prioritario para mejorar INTERVAL O 40 -100</p>	 <p>Medianamente prioritario para mejorar INTERVAL O 12-39</p>
--	---	--

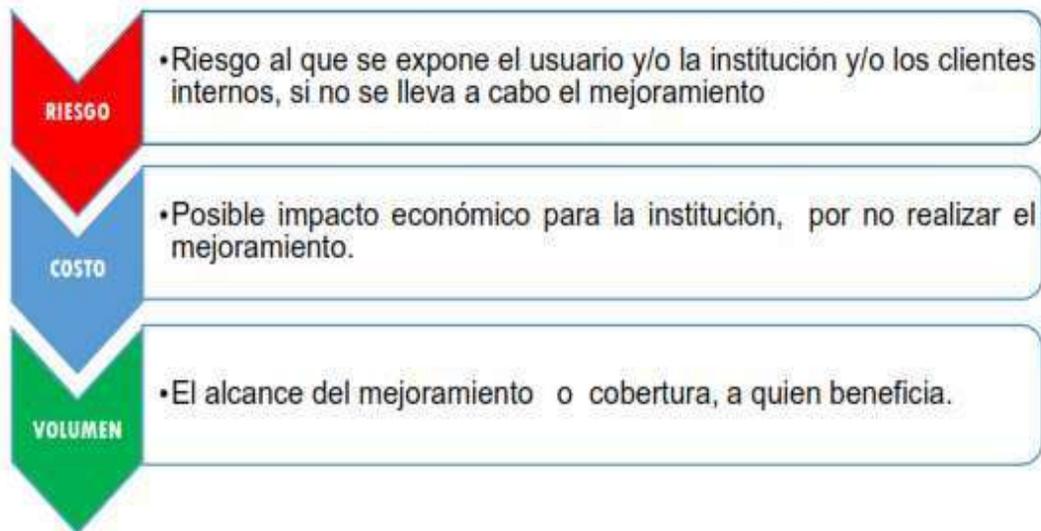
Los criterios de priorización que se establecieron fueron los siguientes



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO	PL-PE-CS-01
VERSIÓN	PRIMERA 01
FECHA	MAYO / 2020
GESTIÓN DOCUMENTAL	



CRITERIOS DE RIESGO	CRITERIOS DE COSTO	CRITERIOS DE VOLUMEN	VALORES
Representa un riesgo <b>BAJO</b> para el cliente externo, interno y el entorno	La no intervención del proceso representa un costo <b>BAJO</b> a la institución	La no solución afecta a un número <b>BAJO</b> de usuarios y colaboradores	<b>1</b>
Representa un riesgo <b>MODERADO</b> para el cliente externo, interno y el entorno.	La no intervención del proceso produce un costo <b>MODERADO</b> a la institución	La no solución afecta a un número <b>MODERADO</b> de usuarios y colaboradores	<b>3</b>
Representa un riesgo <b>ALTO</b> para el cliente externo, interno y el entorno	La no intervención del proceso produce un costo <b>muy ALTO</b> a la institución	La no solución afecta a un número <b>muy ALTO</b> de usuarios y colaboradores	<b>5</b>

	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Como resultado de esta etapa, se priorización 15 oportunidades de mejora, las cuales serán incluidas dentro del ciclo de mejoramiento continuo para la vigencia del Plan. VER ANEXO 3.

## 11. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

La ESE HOSPITAL DONALDO SAÚL MORÓN MANJARREZ define la calidad esperada como la metadeseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, es evidente que esta planificación está enfocada a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacten en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

Para la definición de este PAMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera lograr el cumplimiento del 80% de las acciones implementadas.

Los indicadores diseñados son una herramienta de monitoreo que permite evaluar como la organización avanza hacia la meta del estándar priorizado, logrando con ello medir y monitorear los resultados de las acciones de mejora. Por otra parte, es importante resaltar que para seguir evaluando la calidad esperada se tendrá en cuenta los indicadores del sistema de información de la resolución 0256 de 2016. VER ANEXO 4.

Se Anexarán las fichas técnicas de indicadores

## 12. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Para el desarrollo de la evaluación y medición inicial del desempeño de los procesos priorizados, se aplicarán los niveles de autocontrol y Auditoria Interna, de acuerdo a la programación y plan de auditoria para cada año.

El objetivo de la auditoria es el de establecer el procedimiento para verificar los planes de acción formulados dentro del PAMEC, conforme a los estándares de Calidad y a la Eficiencia de su implementación.

Determinando los hallazgos de Calidad encontrada frente a Calidad esperada, la identificación de las posibles

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

causas de no cumplimiento de la Calidad establecida y las recomendaciones de mejoramiento.

El proceso de auditoría interna se implementará trimestralmente, las cuales serán realizadas por el Comité de Calidad y la Oficina de Control Interno, para tal fin, se dispone del procedimiento de auditoría con un formato codificado.

### 13. FORMULACION DEL PLAN DE ACCIÓN

Una vez detectados los problemas de Calidad se inicia la formulación del Plan de mejoramiento, para lo cual se definió un formato de Plan de mejoramiento en el cual se describe la Oportunidad de Mejora, Calidad Esperada, Indicador, Acción de mejoramiento, responsable de la ejecución, fecha de la ejecución de la actividad y la fecha de los seguimientos que se realizarán por parte del referente responsable del proceso como actividad de autocontrol. VER ANEXO 5.

### 14. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

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.

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, es necesario; VERIFICAR es hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades planificadas y ACTUAR que implica implementar acciones correctivas tan pronto sean identificadas.

### 15. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL MEJORAMIENTO

Lograr los objetivos y las metas trazadas es la finalidad del plan de mejoramiento institucional, por ello es importante hacer seguimiento y evaluar periódicamente los avances en las actividades planificadas.

Un elemento clave en este proceso es el seguimiento por parte de los Líderes de procesos en cabeza del Líder de Calidad,

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Permitiendo con ello determinar si el resultado final de cada acción se encuentra en estado de: **desarrollo, completo, atrasado, No iniciado**

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.

La evaluación y seguimiento estará a cargo del Comité de Calidad y Control Interno, quien realizarán monitoreo y seguimiento trimestral a los indicadores planteados en el plan de mejoramiento.

## 16. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares 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 de la vigencia anterior del PAMEC, se realizara retroalimentación de los resultados obtenidos, de los informes de las auditorías realizadas y de los seguimientos para generar un aprendizaje a partir de las mejoras ejecutada y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas.

A su vez se realizara los cambios que se requieran para cada proceso con el fin de ajustarse a dichas mejoras.

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.

 <p>Donaldo Saúl Morón Manjarrez La Jagua del Pilar - Guajira <i>Oportunidades de Salud para Todos</i></p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Dentro de las estrategias para el aprendizaje organizacional, desarrollaremos retroalimentación de los resultados, estandarización y ajuste de procesos, divulgación de experiencias exitosas, capacitación y reentrenamiento del personal.

### REGISTRO DE APROBACIONES

Realizo	Reviso	Aprobó
Anneline Fuentes Salinas Asesora Externa PAMEC	Hassel Gómez Líder de Calidad	Geovanny Lacouture Jiménez Gerente

### CONTROL DE CAMBIOS

N° de Revisión	Fecha	Motivo del cambio	Revisado	Aprobado
2	Agosto 2023	No se encontró soporte físico ni magnético de documento PAMEC y sus herramientas.	Calidad	Gerencia

 <p>           Donaldo Saúl Morón Manjarrez            La Jagua del Pilar - Guajira  <i>Oportunidades de Salud para Todos</i> </p>	<b>MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL            INTERNO MECI</b>	CÓDIGO	PL-PE-CS-01
		VERSIÓN	PRIMERA 01
		FECHA	MAYO / 2020
		GESTIÓN DOCUMENTAL	

Oportunidades de Salud para todos  
 Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
 e-mail [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com) la Jagua del pilar – La Guajira  
[www.esedonaldosaulmoron.gov.co](http://www.esedonaldosaulmoron.gov.co)



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI**

CÓDIGO	PL-PE-CS-01
VERSIÓN	PRIMERA 01
FECHA	MAYO / 2020
GESTIÓN DOCUMENTAL	

**AUTOEVALUACION RUTA CRITICA DEL PAMEC 2023**

ESTÁNDARES A EVALUAR		ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ AUTOEVALUACIÓN PAMEC 2023				CALIFICACIÓN GLOBAL DEL ESTÁNDAR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA																																											
							SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD					PRODUCTIVIDAD ENFOQUE					CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO					DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN					DESPLIEGUE CLIENTES INTERNOS EXTERNOS					PERTINENCIA RESULTADOS					CONSISTENCIA RESULTADOS					AVANCE MEDICIÓN					TENDENCIA RESULTADOS			
GRUPO	ESTÁNDARES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
156.	<p>Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene un enfoque sistémico.</li> <li>Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.</li> <li>Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>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.</li> <li>Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.</li> <li>Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.</li> <li>Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros contratados.</li> <li>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.</li> <li>Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.</li> <li>Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.</li> <li>Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.</li> <li>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.</li> </ul>	<p>Enfoque: desde el direccionamiento estratégico de la institución, la institución cuenta con un mapa de procesos institucional desde el año 2022, en este quedó incluido un proceso llamado "Mejoramiento Continuo". Dentro de este se tiene documentado el PAMEC, con su última actualización en 2023, el cronograma 2023, que inicia con una autorregulación, redacción de fortalezas, oportunidades de mejora y plan de mejoramiento con enfoque en estándares superiores de calidad, simultáneamente se tiene el programa de auditorías interno de forma anual, que permite una retroalimentación y mejoramiento continuo al interior de los procesos.</p> <p>Implementación: En el año 2023 el PIC fue formulado con base en los estándares de acreditación para lograr el despliegue y apropiación del cliente interno</p> <p>Resultados: De manera trimestral es presentado en comité de calidad el seguimiento y/o ejecución del PAMEC al interior de la institución</p>	<p>Resultado: diseñar estrategias que permitan evaluar la interiorización y/o apropiación del cliente interno a las acciones de mejoramiento formuladas e implementadas al interior de la institución</p>	<p>*Comité de Calidad *PAMEC *Cronograma PAMEC *Plan de Mejoramiento y seguimiento</p>	3,2	4					4					3					3					3					3					3					3					3				



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO: PL-PE-CS-01  
VERSIÓN: PRIMERA 01  
FECHA: MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTÁNDARES A EVALUAR		ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ AUTOEVALUACIÓN PAMEC 2023				CALIFICACIÓN GLOBAL DEL ESTÁNDAR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA																						
GRUPO	ESTÁNDARES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS	SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD		PROACTIVIDAD ENFOQUE	CICLO DE EVALUACIÓN Y MEDIRAMIENTO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN	DESPLIEGUE CLIENTES INTERIORS EXTERIORS	PERTINENCIA RESULTADOS	CONSISTENCIA RESULTADOS	AVANCE MEDICIÓN	TENDENCIA RESULTADOS	COMPARACIÓN														
					1		2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	<p><b>157. La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.</li> <li>Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.</li> <li>Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.</li> <li>Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.</li> </ul>	<p>El equipo rector de calidad de la E.S.E Hospital Donaldo Saúl Morón Manjarrez decidió continuar con la utilización de los estándares del Sistema Único de Acreditación, para desarrollar el PAMEC.</p> <p>Mediante la autorregulación a los estándares superiores de calidad se identifican las oportunidades de mejora las cuales son planeadas en el documento mismo de las autoevaluaciones.</p> <p>Una vez se tienen todas las oportunidades de mejora identificadas, se procede a la priorización en el formato asignado teniendo en cuenta la metodología de RIESGO, COSTO, VOLUMEN. De este proceso se genera un valor entre 1 y 125, en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 100 puntos. La directriz es escoger las más altas calificaciones, según la priorización.</p> <p>A partir de las oportunidades de mejora detectadas en la auto evaluación cualitativa se definen y documentan las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de esta, generando responsabilidades en cuanto a persona, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollar las actividades y así garantizar el cumplimiento del plan de mejoramiento.</p> <p>El tiempo asignado para la ejecución de las acciones de mejora se previamente definido en cronograma establecido para la implementación del PAMEC durante la vigencia.</p> <p>En el documento de los planes de mejoramiento.</p>	<p><b>Enfoque:</b> Construir el MIPG como eje rector de los procesos de mejoramiento continuo.</p>	<p>Autoevaluación de estándares superiores de calidad.</p> <p>Priorización de las oportunidades de mejora priorizadas.</p> <p>Planes de mejoramiento formulados.</p>	2,7	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2														
	<p><b>158. Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.</li> <li>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.</li> <li>Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.</li> <li>Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.</li> <li>Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.</li> <li>Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.</li> </ul>	<p><b>Enfoque:</b> A través de comité de calidad, comité de seguridad del paciente, donde participan los directivos como Gerente, Auxiliar administrativa, y superintendente científica, se realiza cada mes presentación del resultado de los indicadores de calidad y de monitoria interna. Con base a esta información se hace análisis participativo y se establecen acciones correctivas en los casos que se requiere. Se tienen en cuenta como indicadores para las oportunidades de mejora que se priorizan en los planes de mejoramiento los indicadores de calidad o de impacto, a los cuales se les hace seguimiento periódico a través de comité de calidad. Así mismo se tiene documentado el procedimiento para el análisis de incidentes y eventos adversos el cual ha sido socializado con el personal de salud. Los eventos que ameritan una atención especial son analizados por</p>	<p><b>Resultado:</b> socializar con los líderes y funcionarios los resultados del seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de mejoramiento formulados con sus respectivos indicadores y seguimiento.</li> <li>Actas de comité de calidad, comité referente de seguridad del paciente, donde se analiza el comportamiento de los diferentes indicadores.</li> <li>Procedimiento documentado para el reporte y análisis de los incidentes y eventos adversos presentados.</li> <li>Procedimiento documentado de auditorias interna desde la planeación hasta la entrega del plan de mejoramiento y seguimiento a estos.</li> </ul>	2,7	4	3	3	3	3	2	2	2																



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO PL-PE-CS-01

VERSIÓN PRIMERA 01

FECHA MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTÁNDARES A EVALUAR		ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ AUTOEVALUACIÓN PAMEC 2023				CALIFICACIÓN GLOBAL DEL ESTÁNDAR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA											
GRUPO	ESTÁNDARES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS	SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD		PRODUCTIVIDAD ENFOQUE	CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN	DESPLIEGUE CLIENTES INTERNOS EXTERNOS	PERTINENCIA RESULTADOS	CONSISTENCIA RESULTADOS	AVANCE MEDICIÓN	TENDENCIA RESULTADOS	COMPARACIÓN			
					1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5			
	<b>159. Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.</li> <li>Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.</li> <li>Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.</li> </ul>	La institución implementa acciones de mejora preventivas, correctivas y conjunturales, después de un seguimiento como auditoría a un proceso, análisis de indicadores o quejas y reclamos, las cuales son discutidas, evaluadas y aprobadas en el comité de calidad. Una vez implementadas las acciones de mejora y verificada su efectividad, se elabora un informe consolidado y se al líder del proceso sea quien socialice los resultados.  A través de los medios de comunicación institucionales (boletín, Intranet, correo electrónico) son socializadas las:	<b>Implementación:</b> Programar actividades institucionales que permitan socializar los avances del pamec al interior de la institución	*Actas del comité de calidad *Boletín institucional *Intranet *Correo electrónico *Resultados de auditorías externas con enfoque en PAMEC	2,4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2			
	<b>160. 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.</b>	<b>Enfoque:</b> la institución cuenta con un documento Pamec que es actualizado anualmente con el inicio de cada ciclo, en este se contempla el aprendizaje organizacional que debe ser realizado con todos los funcionarios de la institución y que transmite de forma clara y precisa las acciones ejecutadas y el mejoramiento de los procesos como resultado del ciclo que termina.  <b>Implementación:</b> como resultado de la ejecución del ciclo PAMEC de la vigencia, se genera un informe que recopila las acciones de mejoramiento ejecutadas, con evidencia fotográfica y este es	<b>Enfoque:</b> desarrollar y documentar el MIPG como eje rector del proceso de mejoramiento continuo en el Hospital.  <b>Resultado:</b> diseñar estrategias que permitan evaluar la interiorización y/o apropiación del cliente interno a las acciones de mejoramiento formuladas e implementadas al interior de la institución	*Comité de Calidad *PAMEC *Medios de comunicación Institucional *Informe final de PAMEC	2,5	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2		
<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DE SUBCRITERIO</b>					2,70	3,4	3,2	3,0	3,0	2,8	2,6	2,4	2,2	2,2	2,2	2,2		
		Describa las principales Fortalezas encontradas (prácticas consolidadas)	Describa las principales oportunidades de mejora encontradas, teniendo como		Coloques en	Califique la	Califique la	Califique la variable a	Califique la variable	Califique la variable a	Califique la	Califique la	Califique la	Califique la	Califique la	Califique la		

SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD DEL ENFOQUE	3,4
PRODUCTIVIDAD DEL ENFOQUE	3,2
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	3,0
DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN	3,0
DESPLIEGUE HACIA LOS CUENOTES INTERNOS Y EXTERNOS	2,8
PERTINENCIA DE LOS RESULTADOS	2,6
CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS	2,4
AVANCE DE LA MEDICIÓN	2,2
TENDENCIA DE LOS RESULTADOS	2,2
COMPARACIÓN	2,2

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail hospitaljagua@hotmail.com la Jagua del pilar – La Guajira  
www.esedonaldosaulmoron.gov.co



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO PL-PE-CS-01

VERSIÓN PRIMERA 01

FECHA MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL

### ANEXOS

#### EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS SOCIALIZACION RUTA CRITICA DEL PAMEC EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ



Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail hospitaljagua@hotmail.com la Jagua del pilar – La Guajira  
www.esedonaldosaulmoron.gov.co



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

## MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

CÓDIGO PL-PE-CS-01

VERSIÓN PRIMERA 01

FECHA MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL



**REGISTRO DE ASISTENCIA  
SOCIALIZACION RUTA CRITICA DEL PAMEC EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE  
HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ**

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com) la Jagua del pilar – La Guajira  
[www.esedonaldosaulmoron.gov.co](http://www.esedonaldosaulmoron.gov.co)



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL  
INTERNO MECI**

CÓDIGO PL-PE-CS-01

VERSIÓN PRIMERA 01

FECHA MAYO / 2020

GESTIÓN DOCUMENTAL



República de Colombia  
Municipio de La Jagua del Pilar  
Hospital Donaldo Saul Morón Manjarrez

**PAMEC 2023**

**LISTADO DE ASISTENCIA**

**Actividad:** Socialización Ruta Critica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud PAMEC de la ESE Hospital Donaldo Saul Morón Manjarrez

**Fecha:**

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	CARGO	CELULAR	EMAIL	FIRMA
1	Adams Rodriguez	1124012820	Secretaria	300701221	adajolu-13@hotmail.com	AD.
2	Mario Valencia	40801546	AUX Enfermería	3166354466	hotmail - com	Mario Valencia
3	Huber Jimenez M.	84102082	J. facturación	3023854872	Jimenezhuber@gmail	Huber Jimenez
4	María del P. Medina	49782282	AUX Enfermería	3008799586		María del P. Medina
5	Maria Soñita Sales	300387066	Muxilia de Infancia	3003817066	mejora salud 36 @ hotmail.com	Maria Soñita
6	Mario A. Martinez M.	49792048	Aux farmacia	3205236545		Mario A. Martinez
7	Yaleidis Ascanio R.	1192777638	factorador	3006158436	ascanio yaleidis@gmail	Yaleidis Ascanio
8	Yesica Perez M.	119841270	Aux Enfermería	3004069810	muequesitasqueez yesca 31@gmail.com	YESICA PEREZ
9	Yareli Logo Bermudez	23157041	Aux enf	3004266726	Yareli Bermudez@gmail	Yareli Logo
10	Doña Coives Qui	26.089.587	enf sup	3104621791	Hazzelcoivesmejia@gmail.com	Doña Coives

**Dirección:** Calle 6 # 2-23 La Jagua del Pilar.

**Cel:** 313 5247467, **Correos:** [hospitaljaguadelpilar@esedonaldosaulmoron.gov.co](mailto:hospitaljaguadelpilar@esedonaldosaulmoron.gov.co) y [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com)

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com) la Jagua del pilar – La Guajira  
[www.esedonaldosaulmoron.gov.co](http://www.esedonaldosaulmoron.gov.co)



Donaldo Saúl Morón Manjarrez  
La Jagua del Pilar - Guajira  
*Oportunidades de Salud para Todos*

**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL  
INTERNO MECI**

CÓDIGO	PL-PE-CS-01
VERSIÓN	PRIMERA 01
FECHA	MAYO / 2020
GESTIÓN DOCUMENTAL	



República de Colombia  
Municipio de La Jagua del Pilar  
Hospital Donaldo Saul Morón Manjarrez

**PAMEC 2023**

**LISTADO DE ASISTENCIA**

**Actividad:** Socialización Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud PAMEC de la ESE Hospital Donaldo Saul Morón Manjarrez.  
**Fecha:**

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	CARGO	CELULAR	EMAIL	FIRMA
1	Judy Cantillo	36457590	Aux En Enfermeria	313 8850075	judykantillo@gmail.com	Judy Cantillo
2	Yesenia Bolívar	40.798.781	Medico	3027287993	dr.yessenia@gmail.com	Yesenia Bolívar
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**Dirección:** Calle 6 # 2-23 La Jagua del Pilar.

**Cel:** 313 5247467, **Correos:** [hospitaljaguadelpilar@esedonaldosaulmoron.gov.co](mailto:hospitaljaguadelpilar@esedonaldosaulmoron.gov.co) y [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com)

Oportunidades de Salud para todos  
Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527  
e-mail [hospitaljagua@hotmail.com](mailto:hospitaljagua@hotmail.com) la Jagua del pilar – La Guajira  
[www.esedonaldosaulmoron.gov.co](http://www.esedonaldosaulmoron.gov.co)