

Invertir Selección

Emisor	Nro. Informes Totales	Nro. Recomendaciones Totales	Atenciones	?	✉	✓	✗	⟳	↻	★	✖
ICONT	ICONTEC	23	83	83	0	0	83	0	0	0	0
Total		23	83	83	0	0	83	0	0	0	0

1. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3746 / Equipo de autoevalución Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICONT

6. Se reitera la oportunidad de mejoramiento teniendo en cuenta que no fue gestionada y teniendo en cuenta lo referido en el ítem del Comité respectivo.

Hallazgo: Analizar de manera independiente el seguimiento y mejora de los procesos de tecnovigilancia

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 134. Código: (GT3)

La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de incidente y eventos adversos serios relacionados con tecnología biomédica gestionados a nivel Sub Red

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3746 **Avance ponderado** 85,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar la resolución de conformación del comité de tecnovigilancia con la mesa de gestión de la tecnología:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-05-05 2025-05-30	FARIDES IVON PAEZ SOSA, NATALIA HOYOS BELTRAN
2. Proyectar y ejecutar el plan de acción del comité de tecnovigilancia:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-05-05 2025-05-07	FARIDES IVON PAEZ SOSA, NATALIA HOYOS BELTRAN
3. Ejecutar las sesiones del comité de tecnovigilancia y documentarla:	90,00% [90%]	2025-05-01 2025-12-31	2025-05-07	FARIDES IVON PAEZ SOSA, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO

4. Socializar el seguimiento del plan de acción del comité de tecnovigilancia a la mesa de tecnología:	50,00% [50%] 2025-11-01 2025-12-31	2025-11-04	FARIDES IVON PAEZ SOSA, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO
5. CIERRE DE CICLOS:	10,00% [10%] 2025-12-01 2025-12-31	2025-12-03	FARIDES IVON PAEZ SOSA, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

2. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3741 / Equipo de autoevaluación Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICINT

1. De acuerdo con la revisión de avance durante la jornada evaluativa se evidencia que pasaron del enfoque descrito en el informe a la medición en campo de la satisfacción del cliente institucional respecto de la tecnología biomédica e industrial (oportunidad, efectividad, calidez) y servicios de tecnología informática (gestión, satisfacción, herramientas). La primera medición se realizó en agosto 2023, con la participación de 338 colaboradores evidenciando satisfacción del 80,5%, la segunda medición se realizó en diciembre del mismo año con la participación de 563 colaboradores arrojando una satisfacción del 82,15%. No se describe la periodicidad ni aspectos técnicos de la muestra.

Hallazgo: Fortalecer la medición de satisfacción estableciendo periodicidad, muestreo, metas y describir resultados por variables y de forma consolidada, que permita identificar de forma sistemática la tendencia de este atributo con la gestión de las tecnologías que se miden en la comunidad hospitalaria, permitiendo identificar brechas y generar planes de mejora específicos (homologada con la OM estándar 132 autoevaluación)

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 132. Código: (GT1)

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: EQ ME TEC 11 Cumplimiento de respuesta a necesidades de dotación Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3741

Avance ponderado 87,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables

1. Adoptar la metodología de la guía de muestras para establecer la muestra de encuestas de satisfacción a analizar y determinar la periodicidad de aplicación de la encuesta de satisfacción:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-04-01 2025-04-30	Erika Barrero Ojeda, Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
2. Documentar en el manual de gestión de la tecnología la metodología adoptada y periodicidad para la aplicación de encuestas de satisfacción:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-04-01 2025-04-29	Erika Barrero Ojeda, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
3. Aplicar las encuestas de satisfacción según periodicidad establecida, y tomar la muestra:	100,00% [95%]	2025-05-01 2025-11-30	2025-05-02 2025-11-14	Erika Barrero Ojeda, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
4. Socializar los resultados con la mesa de gestión de la tecnología y establecer las acciones de mejora:	50,00% [10%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-03	Erika Barrero Ojeda, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
5. CIERRE DE CICLOS:	10,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-01	Erika Barrero Ojeda, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	5	5	Alta (100)

3. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3744 / Equipo de autoevalución Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICONT

4. Describen en la entrevista que se realizaron 2 mediciones de apropiación de la política en 2023 y se tiene definido plan para 2024, pero la documentación no se aportó.

Hallazgo: Generar el cierre de ciclo de la política de gestión de la tecnología con la evidencia de la divulgación, conocimiento y mejoramiento de la apropiación de la política de tecnología institucional por la comunidad hospitalaria. (Se homologa con OM estándar 135 de autoevaluación)

Proceso: Gestión del Ambiente Físico**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 133. Código: (GT2)

La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: PDI 01 Porcentaje de Cumplimiento del plan de renovación tecnológica Sub Red Sur Occidente ESE**Sistema** Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3744 **Avance ponderado** 90,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar los resultados 2024 con la mesa de gestión de la tecnología:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-05-02 2025-05-29	Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
2. Proyectar medición de la política para la vigencia 2025:	80,00% [80%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-01	Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno
3. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31		Jorge David Ramos Moreno, Julieth Andrea Castaño López, Miguel Mojica Mugno

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Bajo (27)

 4. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3742 / Equipo de autoevaluación Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICONT

2. El enfoque descrito en el informe parte 2 presentado señala la determinación de 7 posibles instituciones para realizar referencia, que según entrevista se redujo a 4, las cuales recibieron la solicitud formal, con respuesta positiva del Instituto de Ortopedia Roosevelt. En octubre de 2023 de forma virtual se realiza la referencia determinando 7 buenas prácticas que describen como resultado: Conformación de comité de evaluación de nuevas tecnologías, medición del impacto ambiental de los equipos, búsqueda de tecnologías que promuevan la humanización, socialización de los riesgos y beneficios de las tecnologías a pacientes, fortalecer la interoperabilidad entre las plataformas de equipos diagnósticos, implementar sistema de alarmas en la historia clínica según los resultados de los diferentes

exámenes y realizar análisis de costo - beneficio de mantenimientos y repuestos de las tecnologías antes de ser adquiridas. No se generaron memorias o plan de mejora relacionado con el resultado de esta referenciación.

Hallazgo: Determinar impacto de los ejercicios de referenciación con base en los objetivos planteados, buenas prácticas evidenciadas y buenas prácticas a gestionar, permitiendo evaluar el impacto de los ejercicios de referenciación en la mejora institucional.

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 132. Código: (GT1)

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Referenciaciones gestionadas Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3742 **Avance ponderado** 95,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Identificar las buenas prácticas a adoptar posterior a la referenciación comparativa.:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-04-01 2025-04-30	BETANCOURT CORDOBA LAURA INES, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López
2. Establecer el plan de acción de adopción de buenas prácticas de las referenciaciones realizadas.:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-04-30 2025-04-30	BETANCOURT CORDOBA LAURA INES, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López
3. Seguimiento de avances en el cumplimiento del plan de acción de adopción de buenas prácticas de referenciación realizadas, en la mesa de tecnología:	100,00% [98%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-06-03 2025-11-30	BETANCOURT CORDOBA LAURA INES, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López
4. Verificar la adopción de buenas prácticas de referenciaciones realizadas y su impacto en la mesa de tecnología:	80,00% [75%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-01	BETANCOURT CORDOBA LAURA INES, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López
5. CIERRE DE CICLOS:	10,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-03	BETANCOURT CORDOBA LAURA INES, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	

3 3 3 Bajo (27)

5. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3743 / Equipo de autoevaluación Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICONT

3. Mediante la escala de riesgo de los equipos biomédicos según INVIMA se establecen como equipos críticos los clasificados en grupos de riesgo IIB y III, que corresponden aproximadamente a 250 equipos biomédicos, se establece plan de capacitación con cronograma específico por año. Los resultados de la ejecución son 429 colaboradores capacitados en 2022, 751 en 2023 y 416 para el primer trimestre de 2024. No refieren evaluación específica del grado de apropiación de conocimientos o satisfacción.

Hallazgo: Mediante el programa de capacitación institucional abordar el uso seguro de dispositivos médicos según criticidad definida y para las capacitaciones descritas en alcance a los equipos biomédicos evaluar la apropiación de conocimientos.

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 134. Código: (GT3)

La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de capacitación en uso adecuado de equipos de Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3743 **Avance ponderado** 85,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el programa de tecnovigilancia - capacitación, incluyendo la aplicación y verificación de la apropiación de los postest:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-05-31	2025-04-22 2025-05-30	NATALIA HOYOS BELTRAN
2. De acuerdo al cronograma de capacitación verificar asistencia VS. Diligenciamiento de postest:	95,00% [95%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-06-10	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO
3. Notificar las novedades de la participación y diligenciamiento del postest al referente asistencial encargado del servicio o líder asistencial:	95,00% [95%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-06-25	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO
4. Socializar con la mesa de gestión de la tecnología los resultados de aplicación y de apropiación de las capacitaciones de gestión de la tecnología:	50,00% [25%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-04	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO

5. CIERRE DE CICLOS:	10,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-03	INGRID GONZALEZ FORERO	MAYERLY GONZALEZ FORERO
-----------------------------	-------------	--------------------------	------------	---------------------------	----------------------------

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

6. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3745 / Equipo de autoevaluación Gestión de la Tecnología - 2025 (2025-03-27) / ICONT

5. Durante la entrevista con el equipo de autoevaluación en la jornada evaluativa, se solicitaron como evidencias el plan de trabajo del equipo de autoevaluación de 2023, resultados relacionados con la gestión y plan año 2024, lo cual no fue presentado.

Hallazgo: Gestionar las evidencias que permitan evaluar el enfoque descrito por la organización para articular los planes de acción de los distintos procesos de gestión de las tecnologías - SE PLANTEA GENERAR EQUIPO PRIMARIO POR TECNOLOGÍA

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 141. Código: (GTMCC1)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3745

Avance ponderado 92,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Incluir los soportes de ejecución del plan de trabajo del equipo de autoevaluación de gestión de la tecnología del 2023, 2024:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-05-05 2025-05-05	Julieth Andrea Castaño López, NATALIA HOYOS BELTRAN
2. Seguimiento a la ejecución del plan de trabajo 2025:	85,00% [85%]	2025-05-01 2025-12-31	2025-05-05	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Julieth Andrea Castaño López

3. CIERRE DE CICLOS:	10,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-03	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Julieth Andrea Castaño López
-----------------------------	-------------	--------------------------	------------	---

[Ver historial](#)

Priorización

	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Bajo (27)

7. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3764 / Equipo Primario de Mejoramiento Salud Mental - 2025 (2025-05-19) / ICONT

1. Robustecer la aplicación e identificación de barreras para mitigar el riesgo de enfermedad mental o suicida y así mismo Cualquier riesgo de los paciente y quede registrado en la historia clínica de intervenciones realizadas.

Avanzar en la sistematicidad de la aplicación de la escala definida a los pacientes de manera que precisen el riesgo y lo intervengan, así mismo implementar los indicadores de seguimiento a la adherencia del paquete instruccional de salud mental

Homologada Icontec

Robustecer la identificación y aplicación de barreras para mitigar el riesgo de enfermedad mental o suicida y así mismo cualquier riesgo de los pacientes y quede registrado en la historia clínica las intervenciones realizadas

Hallazgo: Frente a la identificación e intervención de riesgos no se cuenta con la identificación del riesgo de enfermedad mental o suicida.

Durante la evaluación mencionan SAD PERSON que se encuentra en la historia clínica y un tamizaje de manera rápida con tres preguntas, si el médico identifica riesgo solicita la interconsulta a psiquiatría o psicología según el caso, estas últimas preguntas no se encuentran en la historia clínica. realizaron una referencia comparativa con la Clínica Monserrat, donde de los aspectos a implementar es la coordinación para el manejo de pacientes de acuerdo con su diagnóstico sindromático con aspectos que mejoran la humanización en el proceso de atención. Sin embargo, durante el ejercicio de paciente trazador se evidencia que la escala no es aplicada a todos los pacientes que ingresan por urgencias, ni a pacientes en hospitalización ni consulta externa, no es sistemática su aplicación y además el paquete instruccional aún no tienen indicadores de seguimiento, por lo cual se considera un avance parcial, es necesario avanzar en la sistematicidad de la aplicación de la escala definida a los pacientes de manera que precisen el riesgo y lo intervengan, así mismo implementar los indicadores de seguimiento a la adherencia del paquete instruccional de salud mental.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3764

Avance ponderado 88,10%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar revisión documental (medicina basada en la evidencia) de las diferentes escalas para identificación del riesgo en salud mental (ideación suicida):	100,00% [100%]	2025-05-13 2025-08-30	2025-06-17 2025-07-28	ROSSANA CALDERON FORERO
2. Definir la escala que se va a establecer para identificación del riesgo (ideación suicida):	100,00% [100%]	2025-05-13 2025-06-13	2025-06-17 2025-06-17	ROSSANA CALDERON FORERO
3. Realizar mesa de trabajo con TICS para normalización de la escala en Historia clínica:	100,00% [100%]	2025-06-13 2025-07-30	2025-07-11 2025-07-11	Denny Astrid Giraldo Vera, ROSSANA CALDERON FORERO
4. Documentar en la guía de la buena práctica la escala definida para la identificación del riesgo de salud mental (ideación suicida):	100,00% [100%]	2025-05-15 2025-08-30	2025-06-17 2025-10-28	ROSSANA CALDERON FORERO
5. Capacitar al talento humano (medicina , psicología y psiquiatría) Guía de buena práctica para reducir el riesgo de atención de pacientes con enfermedad mental CODIGO: 07-00-GI-0005 , con aplicación de preste y postes:	100,00% [50%]	2025-03-03 2025-08-30	2025-06-20	Diana Lucero Pardo Camacho, ROSSANA CALDERON FORERO
6. Realizar auditoria de paciente trazador en las sedes ambulatorios y hospitalarias , realizando énfasis en la identificación del riesgo de salud metal:	66,66% [66%]	2025-09-01 2026-01-30	2025-09-30	Denny Astrid Giraldo Vera
7. Socializar resultados de auditoria de paciente trazados en la Mesa primaria de salud metal y frente a las desviaciones identificadas tomar las acciones correctivas requeridas:	50,00% [50%]	2025-09-01 2026-01-30	2025-09-30	Denny Astrid Giraldo Vera, ROSSANA CALDERON FORERO
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-30		Denny Astrid Giraldo Vera, Diana Lucero Pardo Camacho, ROSSANA CALDERON FORERO

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

 8. Gestión Clínica de Urgencias

- ✓ ID: 3778 / Equipo Primario de Mejoramiento Urgencias - 2025 (2025-06-03) / ICONT

3. Establecer las estrategias que permitan cubrir la demanda del servicio y optimizar los procesos de triage para asegurar que los casos más graves sean atendidos con prioridad y rapidez. (Fontibón y Patio bonito-Tintal)

Hallazgo: En cuanto a la no oportunidad en la atención de urgencias (Fontibón y Patio Bonito - Tintal)}

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3778 **Avance ponderado** 85,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar y actualizar el manual de clasificación Triage incluyendo los casos a priorizar en la atención:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-04-30	2025-03-15 2025-03-15	Juan Manuel Mendieta Novoa
2. Capacitar el Manual de Clasificación inicial de Urgencias donde se establece los casos priorizados:	90,00% [50%]	2025-05-01 2025-12-30	2025-06-13	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
3. Realizar monitoreo del indicador de triage II de manera mensual:	60,00% [60%]	2025-04-01 2025-12-30	2025-07-18	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
4. Presentar el análisis del indicador de triage II en la mesa primaria de Urgencias y tomar acciones frente a los resultados:	90,00% [10%]	2025-05-01 2025-12-30	2025-08-25	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
4	4	4

9. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3776 / Equipo Primario de Mejoramiento Urgencias - 2025 (2025-06-03) / ICONT

1. Avanzar en la gestión del riesgo desde sus componentes de identificación, priorización e intervención en planes de cuidado de pacientes en referencia y contrarreferencia entre la Subred que les permita mitigar la materialización de riesgos clínicos y garantizar la seguridad del paciente durante los traslados.

Homologación por correlacion tecnica

Carta JA Especial atención deben dar a la gestión del riesgo de pacientes en el proceso de referencia y contrarreferencia entre la Subred que les permita mitigar la materialización de riesgos clínicos y garantizar la seguridad del paciente durante los traslados.

Hallazgo: Durante los recorridos, entrevistas a usuarios y ejercicio de paciente trazador, se logró evidenciar fallas en los traslados en ambulancias entre las USS, así como el seguimiento a las condiciones clínicas (riesgos) de los pacientes trasladados y no hay sistematicidad de los componentes de identificación, priorización e intervención de los riesgos clínicos de pacientes de urgencias, hospitalización y consulta externa en las unidades por lo cual no se refleja la intervención en los planes de cuidado de enfermería ni médicos, por esto es importante que Fortalezcan el enfoque y la gestión de Riesgos desde el componente de riesgos clínicos en el ciclo de atención hospitalaria favoreciendo la seguridad y los desenlaces de la gestión clínica, así mismo

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3776

Avance ponderado 38,36%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo con el referente de gestión del riesgo con el fin de identificar los riesgos relacionados con traslados secundarios:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-08-30	2025-07-10 2025-10-09	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
2. Formular en Almera en el Proceso de Urgencias los riesgos de traslados secundarios:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-08-30	2025-07-10 2025-09-09	Gilberto Sierra Ordoñez

3. Realizar seguimiento trimestral a los controles de los riesgos identificados para el proceso de traslados secundarios:	20,00% [20%] 2025-08-01 2026-01-30	2025-10-01	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
4. Presentar los resultados de los controles de los riesgos de manera trimestral en la mesa de primaria de Urgencias y frente a los resultados tomar decisiones:	10,00% [10%] 2025-08-01 2026-01-30	2025-10-01	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
5. Realizar capacitación en Seguridad del paciente a personal tripulante de ambulancias secundarias (programa, indicadores, reporte de eventos):	0,00% [0%] 2025-09-20 2025-10-20		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
6. Ejecutar seguimiento a la cultura del reporte de sucesos del servicios de CREAT:	0,00% [0%] 2025-09-01 2025-12-20		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-30		ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
4	4	4

10. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3777 / Equipo Primario de Mejoramiento Urgencias - 2025 (2025-06-03) / ICONT

2. Fortalecer la medición de los tiempos en los traslados internos y fortalecer la gestión de los riesgos en el proceso de urgencias con mayor aprendizaje en los colaboradores

Hallazgo: Se destaca de la entrevista realizada con el equipo primario los siguientes logros: Mejor adherencia en la ruta de víctimas de violencia y trauma (año 2022 con 73% de adherencia y 2023 con 92%); mayor exigencia en las metas de oportunidad en el proceso de traslados internos al pasar de 6 a 2.5 horas y límite de tiempos para la atención del triage II, al pasar de 30 minutos a 20; aumento de la efectividad de las remisiones (mayor del 50%) teniendo en cuenta el impacto en la disminución de cancelación de las mismas por motivos clínicos, sin embargo cuando hablan de efectividad se refieren al traslado del paciente de una sede a otra, más no la condición clínica del paciente a la cual le hace falta seguimiento tanto de la sede que remite como de la que recibe al paciente

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3777

Avance ponderado 85,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar y actualizar el manual de Referencia y Contrareferencia incluyendo los criterios de para traslado Urgente, tiempo de respuesta y el indicador Oportunidad trasladados internos pacientes priorizados Subred Sur Occidente:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-06-30	2025-06-09 2025-10-09	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
2. Socializar los criterios de para traslado Urgente, tiempo de respuesta y el indicador de medición Oportunidad trasladados internos pacientes priorizados Subred Sur Occidente al personal asistencial de las sedes acreditadas:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-08-30	2025-06-16 2025-11-10	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
3. Realizar monitoreo del indicador Oportunidad trasladados internos pacientes priorizados Subred Sur Occidente:	80,00% [40%]	2025-06-01 2025-12-30	2025-07-01	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
4. Presentar los resultados del indicador en la mesa primaria de Urgencias y teniendo en cuenta las desviaciones tomar acciones.:	60,00% [50%]	2025-05-30 2026-01-30	2025-07-01	ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ANA MARIA BERJAN CORREA, KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
4	4	4

 11. Gestión Clínica Hospitalaria ID: 3784 / Equipo primario de mejoramiento cirugía - 2025 (2025-06-06) / ICONT

2. En el área de sala de cirugía (USS FONTIBON) cuentan con dos salas de cirugía habilitadas en el cual se observan que los negatoscopios son usados como tablero de identificación para los pacientes que entran a procedimientos por lo cual es necesario implementar los tableros de edificación en cada sala de manera que le permita identificar al paciente con los identificadores definidos por la institución riesgo tipo de procedimiento entre otros criterios ya establecidos con el fin de mejorar la gestión de riesgo en Salas.

Hallazgo: Implementar los tableros de identificación en cada sala, de manera que les permita identificar al paciente con los identificadores definidos por la institución, riesgos, tipo de procedimiento, entre otros criterios ya establecidos con el fin de mejorar la gestión del riesgo en salas.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3784 **Avance ponderado** 87,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo para la actualización del documento 02-02-GI-0002 Guía Buena Práctica Asegurar la Correcta Identificación del los Pacientes en los Procesos Asistenciales que incluya los tableros de identificación de paciente en salas de cirugía con práctica de segura:	100,00% [100%]	2025-05-02 2025-12-20	2025-06-06 2025-08-27	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Tramitar instalación de los tableros de salas de cirugía para la totalidad de salas de cirugía de la Subred:	99,00% [95%]	2025-06-09 2025-12-20	2025-06-06	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Actualizar documento 02-02-FO-0145 Lista de chequeo evaluación y seguimiento a la implementación de prácticas seguras, incluyendo ítem del tablero salas de cirugía:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-12-20	2025-07-08 2025-08-27	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Realizar verificación de adherencia a diligenciamiento de tableros de identificación de salas de cirugía mediante formato 02-02-FO-0145 Lista de chequeo evaluación y seguimiento a la implementación de prácticas seguras:	50,00% [50%]	2025-08-01 2025-12-20	2025-08-27	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

12. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3783 / Equipo primario de mejoramiento cirugía - 2025 (2025-06-06) / ICONT

1. Oportunidad quirúrgica meta máximo de 10 días en promedio anual de las mediciones no supera la meta la cancelación de cirugías asociadas al paciente y no se escribe meta en fontibón se describe en ocho casos en el 2022 dos casos 2023 y primer trimestre 2024 tres casos para Hospital Pediatrico Tintal dos casos en el 2023 y primer trimestre 2024 un caso es necesario optimizar el control de insumos y evaluar sistemáticamente la oportunidad en las respuestas de cirugías de urgencia y de urgencia diferida.

Hallazgo: Generar mayores controles sobre la matriz de máximos y mínimos de las farmacias de cirugía de la subred encaminado a optimizar el control de insumos y evaluar sistemáticamente la oportunidad en la respuesta de cirugías de urgencia y urgencia diferida.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3783 **Avance ponderado** 88,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar las matriz de farmacia y de almacén con el fin de establecer los máximos y mínimos teniendo en cuenta el consumo de cada unidad.:	100,00% [100%]	2025-06-09 2025-06-20	2025-06-20 2025-07-21	Angelica Julieth Beltran Novoa, Diego Camilo Sierra Ramírez
2. Revisar con cada especialidad (cirugía general, neurocirugía, anestesia, cirugía ginecológica, cirugía vascular, cirugía pediátrica) los insumos básicos que se requieren la urgencia y urgencia diferida para la atención.:	100,00% [100%]	2025-06-09 2025-08-20	2025-08-15 2025-12-01	Angelica Julieth Beltran Novoa
3. Realizar una reunión para evaluar la opción de alertas visuales con sistemas en el control de la matriz de máximos y mínimos de los insumos medicoquirúrgicos:	100,00% [95%]	2025-06-09 2025-08-20	2025-08-19	Angelica Julieth Beltran Novoa
4. Realizar seguimiento mensual de las cancelaciones o demoras en las cirugías por falta de insumos medico quirúrgicos.:	90,00% [82%]	2025-06-09 2025-12-20	2025-07-07	JESSICA NATALIA MORENO POVEDA
5. Presentar en el EPM la matriz de farmacia y almacén actualizada con los máximos y los mínimos:	50,00% [0%]	2025-08-01 2025-12-20	2025-12-15	Angelica Julieth Beltran Novoa, Diego Camilo Sierra Ramírez, ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Angelica Julieth Beltran Novoa, Diego Camilo Sierra Ramírez, ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

13. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3786 / Equipo primario de mejoramiento cirugía - 2025 (2025-06-06) / ICONT

4. En la presentación realizada durante la jornada evaluativa se evidencian algunos indicios de criticidad, como son los indicadores de ISO, en el cual se describen número absoluto de casos y no porcentajes o tasas por días de exposición al riesgo, y el indicador de oportunidad quirúrgica con tendencia negativa (aumento) a pesar de no encontrarse en incumplimiento, que debe ser analizado de manera que les permita evaluar las causas raíz antes del probable desvío..

Hallazgo: Evaluar las causas raíz antes del probable desvío indicador de oportunidad quirúrgica con tendencia negativa (aumento) a pesar de no encontrarse en incumplimiento.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3786

Avance ponderado 82,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Solicitar asistencia técnica a secretaria de salud para creacion de indicadores de ISO:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-07-30	2025-05-21 2025-08-27	Liliana Andrea Cabeza Sanabria, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Realizar ficha tecnica de indicador en ALMERA, estableciendo meta de acuerdo a comparacion nacional e internacional:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-08-30	2025-09-09 2025-09-09	Liliana Andrea Cabeza Sanabria, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Socializar indicador a equipo de IAAS:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-09 2025-09-26	Liliana Andrea Cabeza Sanabria, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Presentar y realizar seguimiento de indicador de ISO en el comité de IAAS y de cirugía:	30,00% [20%]	2025-07-01 2025-12-30	2025-08-31	Liliana Andrea Cabeza Sanabria, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Liliana Andrea Cabeza Sanabria

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	4	Media (48)

14. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 3792 / Equipo Primario de Mejoramiento Consulta Externa - 2025 (2025-06-11) / ICONT

2. Hallazgo: Se evidencio resultados en paciente trazador de 25% higiene de manos 50% recibió información y cuenta con elementos necesarios en caso de emergencia, 50% rutas de evacuación, 50% puntos de encuentro, 50% de extintores, 50% para clasificación de residuos.

Hallazgo: Reforzar la comunicación hacia el usuario de buzones de sugerencias, las caídas, la higienización de manos, el plan de emergencias y ruta de evacuación que fueron temas de oportunidad de mejora de paciente trazador

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 18. Código: (AsREG2)

Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario

y su familia

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por la inasistencia de usuarios a citas programadas, debido a la inadecuada georreferenciación, falta de recursos, no asignación de médico de preferencia e cumplimiento de los horarios asignados.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3792 **Avance ponderado** 89,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. ajustar el manual de servicio al ciudadano que permita fortalecer estrategias para reforzar la comunicación con el usuario que permita brindar información adecuada y permanente:	100,00% [100%]	2025-06-16 2025-07-16	2025-07-02 2025-07-16	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
2. Implementar las estrategias documentadas en el manual de servicio al ciudadano:	90,00% [40%]	2025-07-17 2025-12-31	2025-07-31	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
3. Realizar la medición con paciente trazador y acompañandote con atención al usuario:	86,00% [65%]	2025-06-16 2025-12-31	2025-07-02	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
4. Realizar las acciones de mejora de acuerdo a los resultados encontrados:	80,00% [50%]	2025-07-17 2025-12-31	2025-11-05	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	3	Media (48)

15. Gestión Clínica Ambulatoria

ID: 3791 / Equipo Primario de Mejoramiento Consulta Externa - 2025 (2025-06-11) / ICONT

1. Hallazgo: El 75% de los registros de historia clínica están completos. Esto sugiere que, en tres cuartas partes de los casos, la información necesaria en las historias clínicas se ha documentado de manera adecuada. No obstante, es importante que se desarrolle de manera correcta la completitud de todos los registros y datos que comprende la historia clínica.

Hallazgo: Establecer políticas claras y procedimientos para garantizar que todas las secciones de la historia clínica sean completadas de manera uniforme, utilizando las herramientas digitales y sistemas de gestión a fin de monitorear la completitud de los registros en tiempo real.

Homologada por correlación Autoevaluación

Fortalecer las estrategias de comunicación oportuna de los resultados en la historia clínica sistematizada.

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 47. Código: (AsEVA1)

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional (vulneración de derechos humanos) por alteración de la seguridad, Integridad, Confidencialidad y Disponibilidad de la información, debido a ataque de ciberseguridad a nivel externo y/o un ataque de ingeniería social o divulgación de información confidencial de los pacientes.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de cumplimiento de seguimientos a la implementación de lineamiento en materia Gestión Documental

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3791 **Avance ponderado** 97,80%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar estrategias de inducción en diligenciamiento de HC enfocado a médicos generales y especializados de la dirección ambulatoria:	100,00% [100%]	2025-06-16 2025-07-16	2025-07-11 2025-11-25	WENDY PAOLA RODRIGUEZ
2. Capacitar al personal auditor de acreditación y PAMEC sobre el correcto diligenciamiento de la historia Clínica con el fin de unificar criterios para la adecuada medición:	100,00% [60%]	2025-07-18 2025-12-31	2025-07-31 2025-12-04	WENDY PAOLA RODRIGUEZ
3. Implementar estrategia grupo ALFA, pertinencia y resolutividad de historia clínica mediante el acompañamiento con líder de gobierno clínico de medicina general, inducción en dirección ambulatoria del personal nuevo del	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-12-31	2025-09-05 2025-10-03	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, WENDY PAOLA RODRIGUEZ

diligenciamiento de historia clínica en dinámica mediante videos institucionales:					
4. Realizar la medición de calidad del registro de historia clínica de acuerdo al cronograma establecido por PAMEC:	90,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-31	2025-10-14 2025-10-14	Adriana Moreno Bohórquez	
5. Realizar planes de mejora individual a los médicos que no obtengan resultados satisfactorios:	99,00% [80%]	2025-08-01 2025-12-31	2025-10-03	ABEL ANTONIO ALVAREZ ALARCON, Alba Edith López López, DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, Diana Lucero Pardo Camacho, HEIDY DAYANN HERNANDEZ OCAMPO, Ibet Jusseff Mora Murcia, Ingrid janneth Camacho Cacais, LADY HICEL MORENO ORTEGON, Laritza Escárraga, Liliana Castiblanco Mosos, Liseth alejandra cortes cepeda, Luz Jeannette Cortes Quiroga, Maritza Milena Mejia Lozano, MICHAEL DAVID GOMEZ REYES, Yorby Constanza Mosquera Rodriguez, Yulith esperanza Pérez duitama	
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ	

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

16. Gestión Clínica Ambulatoria

ID: 3794 / Equipo Primario de Mejoramiento Salud Oral - 2025 (2025-06-13) / ICINT

1. Hallazgo: Se evidenció la entrega del documento sin explicación al paciente y sin diligenciar por parte del profesional, solo era firmado por el paciente

Hallazgo: Avanzar en el control y vigilancia de los documentos que pertenecen a la historia clínica como el consentimiento informado de odontología como parte de la seguridad del paciente

Homologar Autoevaluación

Avanzar en la estrategia de Mentoring fortaleciendo las competencias de los odontólogos en el manejo integral en las atenciones del usuario

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 7. Código: (AsSP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por complicaciones quirúrgicas y anestésicas, en operatoria debido a la no adherencia de las recomendaciones dadas por el profesional durante y después de la consulta.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Calidad de registro de historia clínica odontología

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3794 **Avance ponderado** 81,67%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar mediante Referenciación Interna, la adherencia in situ del procedimiento de consentimiento informado, en las diferentes unidades que prestan servicio de salud oral:	100,00% [100%]	2025-05-15 2025-06-30	2025-06-27 2025-06-27	INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
2. Revisar y ajustar el soporte documental inherente al consentimiento informado en odontología, incluyendo su plan de contingencia:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-07-30	2025-07-29 2025-10-15	AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda
3. Presentar propuesta de formatos a comité de historia clínica previa revisión de equipo de salud oral para toma de decisión de inclusión en Historia Clínica:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-08-31	2025-09-01 2025-10-24	AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda
4. Capacitar a los profesionales del equipo de salud oral, en el diligenciamiento de los nuevos formatos y aplicación de los mismos:	90,00% [90%]	2025-10-01 2025-10-31	2025-11-10	AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda

				Jimena Rada Pineda
5. Implementar auditoria por autocontrol del procedimiento del consentimiento informado en odontología:	100,00% [100%] 2025-11-01 2025-11-30	2025-11-13 2025-11-13		AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda
6. Toma de decisión frente a las desviaciones encontradas:	0,00% [0%] 2025-12-01 2025-12-20			AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31			AVILA CASTAÑEDA EDGAR FERNANDO, INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA, Ivonne Jimena Rada Pineda

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	3	Media (48)

17. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3795 / Equipo de autoevaluación Gestión del Ambiente Físico - 2025 (2025-06-13) / ICONT

1. Fortalezcan la entrega de información al paciente sobre la elección del profesional que quiere que lo atienda, la higiene de manos, la ruta de evacuación de emergencias y segregación de residuos

Hallazgo: Se evidencia en la entrevista a usuarios en la visita de otorgamiento en la Unidades de Villa Javier y Tintal baja adherencia en la información brindada al usuario en cuanto a criterios:

El 50% de los pacientes entrevistados recibió información acerca de las Rutas de evacuación

El 50% de los pacientes entrevistados recibió información acerca de Puntos de Encuentro

El 50% de los pacientes entrevistados recibió información acerca de Disposición de extintores

El 50% de los pacientes entrevistados recibió información y cuenta con los elementos necesarios para clasificar los residuos

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3795

Avance ponderado 78,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar en los documentos de cara al usuario y su familia, la estrategia de capacitación construyendo momentos de cuidado en emergencias, emergencias con sentido articulada a criterios de apropiación:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-07-31	2025-06-30 2025-07-31	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, Claudia Marcela Gonzalez Carrillo, Edwin Rojas Bermudez
2. Socializar la estrategia de capacitación al equipo de participación y servicio al ciudadano.:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-08-30	2025-07-25 2025-08-27	Claudia Marcela Gonzalez Carrillo
3. Socializar la estrategia de capacitación al equipo de enfermeria.:	100,00% [99%]	2025-08-01 2025-08-30	2025-08-20	Yulith esperanza Pérez duitama
4. Aplicación de la encuesta a los usuarios en areas de hospitalizacion y consulta externa de la Subred Sur Occidente.:	90,00% [20%]	2025-09-01 2025-12-31	2025-11-04	Claudia Marcela Gonzalez Carrillo, Yulith esperanza Pérez duitama
5. Presentar los resultados de apropiación de la entrega de información a usuarios en temas de emergencias para la toma decisiones en la mesa de ambiente físico.:	0,00% [0%]	2025-11-01 2025-12-31		Edwin Rojas Bermudez
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Claudia Marcela Gonzalez Carrillo, Edwin Rojas Bermudez, Yulith esperanza Pérez duitama

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	5	Alta (100)

 18. Gestión de Servicios Complementarios ID: 3798 / Equipo primario de mejoramiento de imagenología - 2025 (2025-06-16) / ICONT

1. Llama la atención que frente a los indicadores del servicio cuando se solicitaron, estos se encuentran publicados en la página intranet de la Subred, más no en Almera que es su aplicativo de gestión documental y estos son publicados y manejados por el equipo de gerencia de la información y no por el equipo primario de imágenes de cada sede.

Hallazgo: Fortalecer el empoderamiento de los líderes y equipos de servicios frente al tratamiento de la data, con el fin que puedan ser autónomos en la toma de decisiones que impacten el servicio día a día.

Homologada por correlación técnica Autoevaluación

Continuar con la gestión del indicador de oportunidad en la entrega de imágenes diagnósticas y su lectura cuando muestre desviaciones frente a la meta.(Retomas)

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 14 La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).

Estándar 38. Código: (AsPL16)

La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye: Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información

precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica por entrega inoportuna y/o incompleta de los requerimientos de información solicitados por clientes internos y externos, con susceptibilidad de generar toma inapropiada de decisiones.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información Gerencia de la información Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3798 **Avance ponderado** 72,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo con gerencia de la información para definir los indicadores del subproceso de imagenología que serán publicados en el aplicativo Almera:	91,00% [50%]	2025-06-26 2025-08-10	2025-08-20	KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA

2. Elaborar las fichas técnicas de los indicadores definidos por el subproceso deImagenología, y enviar a gerencia de la información para matrícula en el aplicativo ALMERA .:	99,00% [100%]	2025-08-11 2025-09-15	2025-08-11	KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
3. Realizar seguimiento del comportamiento de los indicadores definidos por el subproceso deImagenología en la mesa primaria de Imagenología para la identificación de desviaciones:	60,00% [50%]	2025-09-15 2025-12-26	2025-09-15	KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
4. Tomar decisiones y acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas en el seguimiento de indicadores .:	40,00% [50%]	2025-10-15 2025-12-31	2025-10-15	KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-12-31		Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

19. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 3801 / Equipo Primario de Mejoramiento Rehabilitación - 2025 (2025-06-16) / ICONT

1. Realicen un análisis detallado para identificar las razones detrás de la drástica caída en el número de asistentes entre 2022 y 2023 y con el resultado tomen decisiones

Establecer un sistema de monitoreo continuo para evaluar los tiempos de espera y la capacidad de respuesta y con los resultados Realizar ajustes según sea necesario para mantener tiempos de espera bajos

Hallazgo: Hallazgo: Personas que asistieron al servicio de terapias, se verificó en 2022, asistieron 5.466 personas; en 2023, asistieron 623 personas; y en el primer trimestre de 2024, asistieron 224 personas, hay una marcada disminución en la asistencia de 2022 a 2023, seguida de números aún más bajos en el primer trimestre de 2024, esta tendencia descendente indica posibles problemas en el acceso, la calidad del servicio, la comunicación o la necesidad de las terapias, la disminución significativa en la asistencia al servicio de terapias desde 2022 hasta 2023, y los bajos números en 2024, sugieren la necesidad de investigar las causas subyacentes y mejorar la comunicación, accesibilidad y calidad del servicio, es necesario que realicen un análisis detallado para identificar las razones detrás de la drástica caída en el número de asistentes entre 2022 y 2023 y con el resultado tomen decisiones. Oportunidad en asignación de citas de primera vez en terapia, tiempos de espera: 1.1 días en 2022, 0.6 días en 2023, y 1.9 días en lo que va de 2024. El indicador muestra una mejora significativa en 2023, pero un aumento en el tiempo de espera en 2024. Para

mejorar este indicador, es crucial identificar las causas del aumento, optimizar recursos, implementar tecnologías de gestión de citas, y establecer un sistema de monitoreo continuo, por lo tanto, como oportunidad de mejora: Establecer un sistema de monitoreo continuo para evaluar los tiempos de espera y la capacidad de respuesta y con los resultados Realizar ajustes según

sea necesario para mantener tiempos de espera bajos. Adherencia a guías de práctica clínica médica en consulta externa: Para el año 2022, la entidad reporta 89%; para el año 2023: 90.3%, para el año 2024 aún no hay reporte; el aumento en el porcentaje de adherencia, aunque pequeño, indica una tendencia positiva.

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 14. Código: (AsAC6) 5 4 3 2 1

La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional (vulneración de derechos humanos) por deterioro del estado de salud del usuario en la inoportunidad de la asignación de la cita.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: INASISTENCIA

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3801 **Avance ponderado** 93,34%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar la data, registro de estadística, procedimiento de captura del dato para la mejora de los datos de producción e identificación de acciones para la oportunidad del servicio.:	100,00% [100%]	2025-06-15 2025-07-15	2025-07-15 2025-07-15	Cindy Tatiana Cortés Romero, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
2. Revisar y ajustar el procedimiento de facturación ambulatoria y los instructivos que apliquen para la adecuada asignación, cancelación y reprogramación de citas con el fin de fortalecer la estadística de la producción y la facturación del servicio.:	100,00% [100%]	2025-06-15 2025-07-30	2025-09-30 2025-09-30	Cindy Tatiana Cortés Romero, PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA, Sandra Jinet Tafur Hernández
3. Diseñar ficha técnica para el indicador de inasistencia y oportunidad de los servicios de terapias. Con el fin de realizar monitoreo desde la referencia a todo el servicio de rehabilitación ambulatorio:	100,00% [100%]	2025-05-15 2025-06-30	2025-06-19 2025-07-15	Cindy Tatiana Cortés Romero
4. Socializar y capacitar al equipo de profesionales terapeutas y administrativos en los indicadores del servicio, documentos actualizados con el fin de mejorar la calidad del dato, precisión del registro y oportunidad del servicio.:	100,00% [100%]	2025-07-15 2025-08-31	2025-08-11 2025-12-05	Cindy Tatiana Cortés Romero, Sandra Jinet Tafur Hernández, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA

5. Monitorear los tiempos de espera y la capacidad de respuesta de manera mensual del servicio de RHB ambulatorio.:	90,00% [80%] 2025-07-01 2025-12-31	2025-09-02	Cindy Tatiana Cortés Romero
6. Analizar y Tomar de decisiones frente a las desviaciones encontradas, en los resultados de tiempos de espera y capacidad de respuesta, con el fin de mantener tiempos de espera bajos.:	70,00% [70%] 2025-07-01 2025-12-31	2025-11-04	Cindy Tatiana Cortés Romero, PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		Cindy Tatiana Cortés Romero

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

20. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3799 / Equipo primario de mejoramiento de imagenología - 2025 (2025-06-16) / ICNT

2. Hallazgo: Continuar con la monitorización de la adherencia al registro en la historia clínica de la interpretación y actuar; realizaron cambio de proveedor de lecturas Diagnósticas S.A: que tiene almacenamiento en la nube y esto les permite consultar las imágenes desde cualquier dispositivo y el formato del reporte en PDF con firma digital del médico radiólogo; para 2023 anexaron a PAMEC las auditorías de calidad de la historia clínica y dentro de la lista de chequeo incluyeron criterios de solicitud y pertinencia del apoyo diagnóstico; como resultados reportan una adherencia al registro de reporte en la historia clínica de Fontibón del 100% para 2022 y 92% para 2023; Patio Bonito Tintal (hospital Pediátrico) de 100% para 2022 y 67% para 2023 (comentan esto depende del personal nuevo que ingreso para la fecha de evaluación); Pablo VI 100% para 2022 y 2023; Subred global de 100% para 2022 y 91% para 2023, lo que demuestra un grado de avance. Para 2024 aún no habían realizado la evaluación de adherencia. Se considera avance parcial, es necesario que amplíen la medición a las otras sedes con énfasis a las acreditadas y fortalezcan la adherencia en aquellas sedes que disminuyeron su porcentaje.

Hallazgo: Ampliar la medición de la adherencia a las otras sedes con énfasis a las acreditadas y fortalecer la adherencia en aquellas sedes que disminuyeron su porcentaje.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 38. Código: (AsPL16)

La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que

garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye: Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de

las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.).

- Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados.
- La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.

Estándar 54. Código: (AsREF2)

Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios

adicionales: 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.

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no identificación y gestión oportuna de las desviaciones de los procesos, debido a la no ejecución del 100% de las actividades programadas en el plan anual de auditoria,

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Cobertura de Capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Suroccidente ESE

Porcentaje de adherencia a la calidad y completitud de los registros del área de medicina en los servicios de urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3799 **Avance ponderado** 99,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Solicitar a TICS el reporte de tomas de apoyo diagnóstico - interpretación de resultados de la historia clínica para realizar muestreo mensual, con el fin de ampliar la sistematicidad de la medición y la inclusión de todas las sedes.:	100,00% [100%]	2025-06-15 2025-06-30	2025-07-21 2025-07-22	Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
2. Realizar prueba piloto del reporte de TICS: tomas de apoyo diagnóstico - interpretación de resultados de la historia clínica para realizar seguimiento mensual, con el fin de ampliar la sistematicidad de la medición y la inclusión de todas las sedes.:	99,00% [50%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-07-01	Blanca Stella Palacios Gonzalez, Jacqueline Sandoval Estupiñan
3. Monitorear los resultados de prueba piloto mensualmente en la mesa primaria de Imagenología (interpretación de resultados y análisis) por parte de los profesionales y realizar el reporte de las inconsistencias observadas a las direcciones de servicios.:	99,00% [50%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-07-01	Blanca Stella Palacios Gonzalez, Jacqueline Sandoval Estupiñan
4. Tomar las acciones de mejora según resultados y desviaciones del indicador con los servicios que presenten algún tipo de desviación:	99,00% [30%]	2025-08-01 2025-12-31	2025-08-01	Adriana Marcela Toquica Espitia, Blanca Stella Palacios Gonzalez,

5. CIERRE DE CICLOS:

0,00% [0%]
2026-01-01
2026-01-31Blanca Stella Palacios Gonzalez,
KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

 21. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3800 / Equipo primario de mejoramiento de imagenología - 2025 (2025-06-16) / ICONT

3. Hallazgo: No se describen actividades de referenciación del eje o de resultados descritos con terceros. Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente a los terceros en su proceso de acreditación en salud. Ahora bien, al preguntar a los propios terceros si estaban involucrados en algunos comités y si participaban como equipos primarios en la estructura de mejora, se observó que este tema no estaba del todo claro. De acuerdo con la visita a los servicios, se plantean las siguientes oportunidades de mejora: INFORME DE EVALUACION DE PRIMER SEGUIMIENTO UNIFICACION PROCESOS Y ADICION SEDES SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIENTE ESE MODELO 3.1 E-PS-163 147 de 169

Hallazgo: Ajustar el proceso establecido por la entidad para gestionar las no conformidades institucionales con terceros, a fin de garantizar la finalización del ciclo de mejora continua.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 4. Código: (AsDP4)

La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados. Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extra institucional ambulatoria o intra institucional prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.

- Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no identificación y gestión oportuna de las desviaciones de los procesos, debido a la no ejecución del 100% de las actividades programadas en el plan anual de auditoría,

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Cobertura de Capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Suroccidente ESE

Porcentaje de adherencia a la calidad y completitud de los registros del área de medicina en los servicios de urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3800

Avance ponderado 70,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar solicitud de la presencia mensual en la mesa primaria de imagenología del tercero de provision de lectura de imágenes diagnosticas (citacion mensual por parte de la mesa):	100,00% [100%]	2025-06-15 2025-06-30	2025-07-24 2025-07-24	KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
2. Continuar con la auditoria de pares de medicos radiologos por parte del proveedor de lectura de imágenes diagnosticas de acuerdo a su cronograma:	80,00% [50%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-09-12	Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
3. Realizar seguimiento a los resultados de las auditoria de pares de medicos radiologos por parte del proveedor de lectura de imágenes diagnosticas de acuerdo a su cronograma:	50,00% [20%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-09-19	Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
4. Tomar las acciones de mejora según resultados y desviaciones reportadas en el informe las auditoria de pares por parte del proveedor de lectura de imágenes diagnosticas:	50,00% [50%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-10-24	Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-12-31		Blanca Stella Palacios Gonzalez, KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

22. Gestión del Riesgo en Salud

✓ ID: 3805 / Equipo Primario de Mejoramiento PYD - 2025 (2025-06-18) / ICNT

1. Hallazgo: Aunque la entrega de información de programas de promoción y prevención y RIAS ha mejorado con respecto a la visita anterior, aún hay evidencia de falencias en la entrega de esta información en las consultas, lo que indica que el usuario solicita por demanda ser informado, incluido o hace búsqueda activa del personal asistencial, así como conocer las prácticas sobre autocuidado.

Hallazgo: Robustecer la metodología de entrega de información tanto de promoción y prevención como de la atención en salud, de manera que garanticen el entendimiento del usuario a las indicaciones dadas y este pueda aportar en su autocuidado.

Homologada por correlación técnica autoevaluación

Fortalecer los mecanismos de educación al paciente y/o familiar por parte del personal tratante de manera que mejore la apropiación del paciente frente a la información recibida

Proceso: Gestión del Riesgo en Salud

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.

Riesgo asociado: 4. Posibilidad de afectación reputacional (riesgo poblacional) por el déficit de la garantía de acceso a las rutas integrales de atención en salud por falta de adscripción de la población asignada a las Unidades de Servicios

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3805 **Avance ponderado** 85,51%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. verificar a nivel institucional la metodología de entrega de la información en educación en salud a los usuarios en autocuidado:	99,00% [100%]	2025-06-01 2025-07-31	2025-07-25	ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
2. analizar y definir cuales son las recomendaciones de educación en salud que se incluirán en la historia clínica y la metodología para su difusión:	95,00% [40%]	2025-08-01 2025-08-31	2025-08-29	ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
3. presentar en el comité de historias clínicas la necesidad de recomendaciones educativas en los diferentes espacios de atención:	80,00% [40%]	2025-08-01 2025-09-30	2025-07-01	ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ

					GUERRERO
4. Diseñar la encuesta CAP para la evaluación de la educación en salud de los usuarios (dirigida a usuarios):	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-07-31	2025-07-25 2025-07-25		ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
5. Aplicar la encuesta CAP para la evaluación de la educación en salud de los usuarios (dirigida a usuarios):	99,00% [10%]	2025-08-01 2025-11-30	2025-10-14		ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
6. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas y socializar recomendaciones específicas sobre el auto cuidado:	40,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-12		ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31			ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, EDGAR MAURICIO USEDAD PEREZ, JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO

[Ver histórico](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

23. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3807 / Eje de responsabilidad social - 2025 (2025-06-24) / ICONT

1. Fortalecer y ampliar la red de colaboraciones con diversas entidades y organizaciones que puedan contribuir al alcance y eficacia del programa de responsabilidad social, teniendo en cuenta el enfoque de Hospital Pediátrico Tintal (Patio Bonito Tintal) a fin de abordar los desafíos de manera integral y efectiva

Hallazgo: Respecto al Desarrollo Económico y Social, se fomenta la Generación de Empleo, creando oportunidades laborales locales y contribuyendo al desarrollo económico de la región, y el Retorno Social y Económico, evaluando y maximizando el impacto social y económico de las actividades del hospital en la comunidad, asegurando un uso eficiente de los recursos y un beneficio tangible para la sociedad. En términos de Transparencia y Rendición de Cuentas, se promueve la Transparencia en la Gestión, con comunicación abierta sobre las acciones y resultados del programa de responsabilidad social, fomentando la confianza y el apoyo de la comunidad, y la Rendición de Cuentas, estableciendo indicadores claros y medibles para evaluar el desempeño y el impacto de las iniciativas de responsabilidad social y ambiental.

Finalmente, en Innovación y Tecnología, se trabaja en la Adopción de Tecnologías Verdes, implementando tecnologías que reduzcan el consumo de recursos y el impacto ambiental, como sistemas de ahorro de agua y energía, y en la Digitalización y Modernización, utilizando herramientas digitales para mejorar la eficiencia operativa y la calidad del servicio, facilitando el acceso a la información y la atención médica.

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 79

La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de Población Vulnerable Identificada en la Subred con Gestiones de Reubicación Subred Sur Occidente Ese

Sistema	Sistema Único de Acreditación	Tipo	3807	Avance ponderado	59,25%
----------------	-------------------------------	-------------	------	-------------------------	--------

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Mapeo de actores relevantes al interior y exterior de la entidad y cruzar información de actividades internas para ver en qué temas se pueden unir esfuerzos con aliados externos.:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-09-30	2025-07-24 2025-09-03	LONY TABORA	SAMANTHA	TAPIAS
2. Establecer contacto con los actores identificados y socializar el enfoque del programa de responsabilidad social y las estrategias internas del hospital. Gestionar acuerdos de colaboración y definir planes conjuntos de trabajo (ej. jornadas integrales, actividades educativas, eventos comunitarios, fortalecimiento de espacios terapéuticos).:	70,00% [70%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-09-18	Claudia Carrillo, CONTRERAS,	Marcela LEYDI LONY SAMANTHA	Gonzalez MARTINEZ TAPIAS TABORA
3. Realizar seguimiento a los indicadores de gestión asociados, tales como: Número de alianzas gestionadas y formalizadas. Número de actividades ejecutadas con aliados. Número de beneficiarios (niños, familias, comunidad).:	67,00% [67%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-11-01	LONY TABORA	SAMANTHA	TAPIAS
4. Evaluar las actividades con las alianzas a través de una lista de cheque con identificación de impacto, de la actividad realizada.:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-02-28		LONY TABORA	SAMANTHA	TAPIAS
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-02-01 2026-02-28		LONY TABORA	SAMANTHA	TAPIAS

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	2	Bajo (4)

24. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3811 / Equipo Primario de Mejoramiento de Laboratorio - 2025 (2025-06-25) / ICONT

3. Hallazgo: Oportunidad de entrega de exámenes de laboratorio clínico en 2022 fue de 10.19 horas, para 2023 disminuyó a 8.44 horas y 2024 fue de 8.49 horas (Aumento 0,05 horas)
AMBULATORIO

Hallazgo: Revisar la oportunidad del laboratorio clínico frente a la oferta de valor y el impacto en la toma de decisiones clínicas, que le aporte a la atención médica y la evolución del paciente. (Villa Javier)

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 38. Código: (AsPL16) La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye: Criterios:

- Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.
- Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.
- La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.
- Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes.
- Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.
- Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.). • Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados. • La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados. • Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía. • El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. • Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación Tipo 3811 Avance ponderado 93,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Desagregar el indicador de oportunidad de entrega de resultados en consulta externa por sedes:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-07-31	2025-08-01 2025-08-01	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
2. Socializar el indicador de oportunidad de entrega de resultados en consulta externa por sedes en la EAC de laboratorio clínico y SGPT y en EPM:	75,00% [60%]	2025-08-01 2025-12-15	2025-08-22	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO

3. Realizar seguimiento a las causas de las desviaciones y /o no sostenibilidad de la tendencia de la mejora del indicador de oportunidad de entrega de resultados en consulta externa en las sedes que presenten este comportamiento:	99,00% [50%] 2025-09-01 2025-12-15	2025-09-15	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
4. Tomar decisiones con los servicios y/o áreas en donde el indicador de oportunidad de entrega de resultados en consulta externa en la sede donde no se haya sostenido la tendencia de la mejora:	99,00% [0%] 2025-09-15 2025-12-15	2025-09-22	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-30		SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

25. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3810 / Equipo Primario de Mejoramiento de Laboratorio - 2025 (2025-06-25) / ICONT

2. Hallazgo: Fortalecer los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas; se evidencia el abordaje realizado a la oportunidad de mejora desde la autoevaluación y solo la aborda el Laboratorio clínico y además se indaga por la misma desde la entrevista con sus líderes y el abordaje que le dieron, no resuelve la correlación diagnóstica entre los resultados de exámenes y las decisiones clínicas, habla más acerca de el autocontrol, la capacitación y el proceso de toma de muestra, procesamiento y agendamiento de muestras para usuarios con capacitación a personal asistencial. Por lo cual se reitera

Hallazgo: Fortalecer los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas; se evidencia el abordaje realizado a la oportunidad de mejora desde la autoevaluación y solo la aborda el Laboratorio clínico y además se indaga por la misma desde la entrevista con sus líderes y el abordaje que le dieron, no resuelve la correlación diagnóstica entre los resultados de exámenes y las decisiones clínicas, habla más acerca de el autocontrol, la capacitación y el proceso de toma de muestra, procesamiento y agendamiento de muestras para usuarios con capacitación a personal asistencial. Por lo cual se reitera.

Homologada por correlación Autoevaluación

Fortalecer los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 28. Código: (AsPL6)

El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.

Criterios:

- En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.
- Se garantizan mecanismos para el reporte, la entrega y la comunicación oportuna de los resultados.
- Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes, los procedimientos y las decisiones clínicas.
- Existen mecanismos de alarma para la interpretación de resultados prioritarios y críticos a los pacientes

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3810 **Avance ponderado** 59,20%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Solicitar referenciación comparativa referente los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas, que permitan conocer las mejores prácticas.:	99,00% [100%]	2025-07-01 2025-07-20	2025-08-04	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
2. Realizar referenciación comparativa referente los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas, que permitan conocer las mejores prácticas.:	98,00% [60%]	2025-08-01 2025-08-20	2025-08-14	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
3. Realizar prueba piloto para implementar mecanismos que garanticen la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas, priorizando por patología y/o población vulnerable por riesgo clínico y/o por resultados críticos de laboratorio en el contexto de seguimiento a casos clínicos - revistas médicas interdisciplinarias.:	99,00% [50%]	2025-08-01 2025-12-15	2025-10-27	SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
4. Monitorear los resultados de prueba piloto para implementar mecanismos que garanticen la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas, priorizando por patología y/o población vulnerable por riesgo clínico y/o por resultados críticos de laboratorio en el contexto de seguimiento a casos clínicos - revistas médicas interdisciplinarias, presentando en el equipo táctico correspondiente.:	0,00% [0%]	2025-09-01 2025-12-15		SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
5. Tomar decisiones de mejora según resultados prueba piloto con los servicios y/o áreas que más hallazgos presenten.:	0,00% [0%]	2025-09-15 2025-12-15		SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO

6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01		SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
----------------------	------------	------------	--	---------------------------------------

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

26. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3809 / Equipo Primario de Mejoramiento de Laboratorio - 2025 (2025-06-25) / ICONT

1. Hallazgo: Para lo relacionado con la preservación de las muestras de tejidos para envío a patología, preparan los recipientes antes de la cirugía teniendo en cuenta el procedimiento programado, la instrumentadora quirúrgica asignada a la sala, es la responsable de la gestión del tejido en el identificación correcta con los 4 inequívocos, asociado al nombre del cirujano, fecha y descripción del contenido según concepto del cirujano. El médico especialista genera la orden de la patología al finalizar el procedimiento, con lo cual genera prefactura en el quirófano y lleva a registro en el libro asociando a la muestra a número de prefactura, ubicando el recipiente en estantería asignada exclusivamente para estas muestras. Los lunes, miércoles y viernes el mensajero del área de patología pasa recogiendo las muestras de patología, trasladándolas a la sede Hospital Kennedy mediante nevera, dejando registro de la recolección. Tienen definido que el formol debe agregarse en el recipiente hasta sumergir el tejido, el cual se dispone en el servicio mediante recipientes de un (1) galón, debidamente rotulados. No se encuentra definido procedimiento de priorización en las muestras, lo cual es necesario definir documental y formalmente el procedimiento de priorización

Hallazgo: Gestionar el procedimiento de priorización de muestras por patología y criticidad de diagnóstico para su recolección y procesamiento que aporte de manera significativa al diagnóstico oportuno

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. Criterios:

- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3809

Avance ponderado 83,17%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Solicitar referenciación comparativa referente al procedimiento de priorización de muestras por patología y criticidad de diagnóstico para su recolección y procesamiento que aporte de manera significativa al diagnóstico oportuno, que le permitan conocer el alcance de las mejores prácticas.:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-10-31	2025-08-20	LORENA REGINA SANTODOMINGO
2. Ajustar el 08-01-IN-0004 Instructivo diligenciamiento de las órdenes y manejo de las muestras de patología , para incluir los criterios de Priorización y criticidad, los mecanismos de comunicación cuando se cumplen los criterios, los tiempos para informar al servicio de patología cuando una muestra cumple los criterios y en que casos el incumplimiento de lo estandarizado en el instructivo será objeto de reporte como suceso de seguridad en el aplicativo institucional de seguridad del paciente:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-09-20	2025-08-26 2025-09-03	LORENA REGINA SANTODOMINGO
3. Realizar referenciación comparativa referente al procedimiento de priorización de muestras por patología y criticidad de diagnóstico para su recolección y procesamiento que aporte de manera significativa al diagnóstico oportuno, que le permitan conocer el alcance de las mejores prácticas.:	99,00% [50%]	2025-08-01 2025-12-31	2025-08-27	LORENA REGINA SANTODOMINGO
4. Divulgar y/o socializar el 08-01-IN-0004 Instructivo diligenciamiento de las órdenes y manejo de las muestras de patología que incluye los criterios de Priorización y criticidad, los mecanismos de comunicación cuando se cumplen los criterios, los tiempos para informar al servicio de patología cuando una muestra cumple los criterios y en que casos el incumplimiento de lo estandarizado en el instructivo será objeto de reporte como suceso de seguridad en el aplicativo institucional de seguridad:	100,00% [100%]	2025-10-01 2025-11-20	2025-08-27 2025-09-16	LORENA REGINA SANTODOMINGO
5. Monitorear el indicador de inconsistencias en órdenes y/o entrega de especímenes y demás muestras al servicio de patología, presentar sus resultados en el equipo de mejora y en los espacios de divulgación y/o socialización con las áreas pertinentes objeto de los resultados:	50,00% [50%]	2025-06-01 2025-12-15	2025-07-25	LORENA REGINA SANTODOMINGO
6. Tomar decisiones de mejora según resultados del indicador con los servicios y/o áreas que mas hallazgos presenten.:	50,00% [40%]	2025-07-01 2025-12-15	2025-09-04	LORENA REGINA SANTODOMINGO
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		LORENA REGINA SANTODOMINGO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	2	2	Bajo (12)

27. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3813 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

1. Organicen la información de los colaboradores totales de la Subred Vs los de cada sede y por tipo de contratación de manera que esta información sea transparente para los entes externos que la solicitan

Hallazgo: Organicen la información de los colaboradores totales de la Subred Vs los de cada sede y por tipo de contratación de manera que esta información sea transparente para los entes externos que la solicitan

Proceso: Gestión del Talento Humano

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 106. Código: (TH3)

La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos) necesita responder a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de gestión de necesidades identificadas (Talento Humano) Cliente Interno Subred Sur Occidente ESE
SUFICIENCIA DEL TALENTO HUMANO

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3813

Avance ponderado 62,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Diseñar plan de trabajo para estandarizar el proceso de consolidación y reporte de la información de los colaboradores de la Subred, que permitan datos precisos y consistentes del talento humano por sede acreditada y/o postulada para la elaboración de indicadores SUA.:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-06-30	2025-06-12 2025-06-12	Carmiña Quiroga Bonilla, Rosa Ivonne Moreno Fonseca, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
2. Socializar la herramienta y los lineamientos definidos para estandarizar el reporte de la información de los datos del TH por sede acreditada y/o	100,00% [100%]	2025-06-15 2025-08-30	2025-06-16 2025-09-11	Carmiña Quiroga Bonilla, Rosa Ivonne Moreno Fonseca, Yeimy Lorena

postulada para la elaboración y análisis de los indicadores SUA:				Colmenares González - Dirección Talento Humano
3. Monitorear el cumplimiento del reporte del TH para elaboración de los indicadores SUA, de acuerdo con la herramienta establecida para tal fin:	50,00% [50%]	2025-08-04 2026-03-30	2025-06-12	Carmiña Quiroga Bonilla, Rosa Ivonne Moreno Fonseca, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
4. Presentar informe de gestión de la estrategia de la vigencia 2025 en la mesa de autoevaluación de gerencia del talento humano en el primer trimestre de 2026:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-03-30		Carmiña Quiroga Bonilla, Rosa Ivonne Moreno Fonseca, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-03-01 2026-03-31		Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

28. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3814 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

2. Fortalecer los procesos de inducción y reintroducción en el trato humanizado hacia el paciente y su familia para el personal que trabaja con terceros administrativos especialmente el personal que pertenece a Nutriser.(ICONTEC)

Hallazgo: Fortalecer los procesos de inducción y reintroducción en el trato humanizado hacia el paciente y su familia para el personal que trabaja con terceros administrativos especialmente el personal que pertenece a Nutriser.(ICONTEC)

Homologada Autoevaluación

Fomentar una integración cultural entre los empleados tercerizados y el personal institucional, a fin de promover una cultura organizacional que valore y practique la humanización, y asegurarse de que todos los involucrados comprendan su importancia.

Fortalecer la participación de personal tercerizado asistencial y de apoyo en la inducción y reincidencia institucional

Proceso: Gestión del Talento Humano

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 107. Código: (TH4)

La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento) e incluye entre otros

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC Sub Red Sur occidente ESE
Supervisión de contratos

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3814 **Avance ponderado** 55,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar en el aula virtual de la Subred el curso de inducción enfocado a los equipos tercerizados:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-09-01	2025-08-01 2025-09-30	Norma Viviana Morales Prieto
2. Socializar el manejo del Aula Virtual a los referentes de las empresas tercerizadas para garantizar su adecuada implementación por parte del personal que realiza las actividades de cada una de ellas en las sedes de la Subred.:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-01 2025-09-01	Norma Viviana Morales Prieto
3. Monitorear la realización de la inducción en el aula virtual y el cumplimiento del indicador de apropiación definido institucionalmente que corresponde a una meta igual o superior al 85% en el total de modulos realizados:	20,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-10-01	Norma Viviana Morales Prieto
4. Presentar los resultados obtenidos en la mesa de talento humano y tomar decisiones pertinentes de acuerdo a los mismos:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-30		Norma Viviana Morales Prieto
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Norma Viviana Morales Prieto

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	

3 3 4 Media (36)

29. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3817 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

3. Fortalecer los procesos de inducción y reintroducción en el trato humanizado hacia el paciente y su familia para el personal que trabaja con terceros administrativos especialmente el personal que pertenece a Nutriser.

Hallazgo: Fortalecer los procesos de inducción y reintroducción en el trato humanizado hacia el paciente y su familia para el personal que trabaja con terceros administrativos especialmente el personal que pertenece a Nutriser.

Homologada Autoevaluación

Promover programas de capacitación que aborden los valores de humanización y cómo aplicarlos en su labor diaria para todos los terceros de apoyo.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 110. Código: (TH7)

Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3817

Avance ponderado 57,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar en el aula virtual de la Subred el curso de inducción enfocado a los equipos tercerizados:	100,00% [100%] 2025-08-01 2025-09-01	2025-08-01 2025-09-30	2025-08-01 2025-09-30	Norma Viviana Morales Prieto
2. Realizar sensibilización en política y decálogo de humanización dirigida al personal tercerizado de apoyo:	80,00% [75%] 2025-01-01 2025-12-30	2025-01-01 2025-12-30	2025-04-04	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
3. Realizar capacitación en política y decálogo de humanización dirigida al personal tercerizado de apoyo:	50,00% [50%] 2025-01-01 2025-12-30	2025-01-01 2025-12-30	2025-06-06	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

4. Presentar los resultados de las capacitación y sensibilización en la mesa de Gerencia del Talento Humano:	0,00% [0%] 2025-09-01 2026-01-30	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31	Norma Viviana Morales Prieto

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	5	4	Alta (80)

30. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 3845 / Equipo de Autoevaluación Ambulatorio - 2025 (2025-07-31) / ICONT

1. Alta incidencia de reclamos por la no oportunidad en la asignación de citas en Zona Franca y Patio Bonito - Tintal y Pablo VI

Hallazgo: Implementar un sistema de gestión de citas más robusto que permita la programación en línea y vía aplicación móvil, reduciendo así los tiempos de espera y las ausencias.

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Riesgo asociado: 1. Posibilidad de afectación económica y reputacional (vulneración de derechos humanos) por deterioro del estado de salud del usuario en la inoportunidad de la asignación de la cita.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3845 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar un cronograma de trabajo para la implementación de un sistema de gestión de citas más robusto que permita la programación en línea y vía aplicación móvil:	100,00% [100%] 2025-04-01 2025-08-15	2025-09-11 2025-09-11	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ	

2. Desarrollar el árbol de decisiones para la implementación del Whatsapp Bot:	100,00% [100%] 2025-04-01 2025-08-15	2025-09-05 2025-09-05	DAVID JIMENEZ	EDUARDO PEÑUELA
3. Realizar pruebas funcionales del WhatsApp Bot:	100,00% [100%] 2025-07-01 2025-08-30	2025-10-07 2025-10-07	DAVID JIMENEZ	EDUARDO PEÑUELA
4. Implementar una aplicación de autogestión que permita a los usuarios solicitar, confirmar o cancelar sus citas:	100,00% [100%] 2025-07-30 2025-09-30	2025-10-07 2025-10-07	DAVID JIMENEZ, Miguel Mojica Mugno	EDUARDO PEÑUELA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2025-12-01 2025-12-31		DAVID JIMENEZ	EDUARDO PEÑUELA

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

31. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3854 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

1. Avancen en la implementación de la autoevaluación de desempeño de la junta de manera individual y colegiada con el fin de medir la eficacia y mejora de la gobernanza corporativa

Hallazgo: Reglamento Interno (Acuerdo 019 de 6 de febrero de 2019) Además, realizan presentación del contexto general de la entidad, población, capacidad instalada, plataforma estratégica, resultado de cumplimiento de metas, acreditación, estados financieros y composición del talento humano. Para 2022 y 2023, el plan fue elaborado bajo las 5 perspectivas del plan estratégico institucional 2020- 2024 para capacitar en sector salud, financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje organizacional, con el fin de contribuir en la construcción de una cultura organizacional orientada a la innovación, servicio humanizado, seguro, socialmente responsable y a la mejora continua. Se considera avance parcial, si bien implementaron el programa de inducción y capacitación, aún hace falta la evaluación de desempeño de la junta directiva, por lo cual es necesario.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3854

Avance ponderado 62,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Diseñar la metodología de autoevaluación para la junta directiva con el propósito de medir la eficacia y mejora de la gobernanza corporativa.:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-10-30	2025-09-01 2025-09-01	MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO, Norma Viviana Morales Prieto
2. Elaborar el instructivo y formatos de aplicación de la autoevaluación de desempeño de la junta de manera individual y colegiada:	100,00% [100%]	2025-10-01 2025-10-30	2025-09-01 2025-09-01	MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO, Norma Viviana Morales Prieto
3. Socializar y aplicar autoevaluación de desempeño a la junta directiva de manera individual y colegiada:	50,00% [50%]	2025-11-01 2025-12-30	2025-11-01	MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO, Norma Viviana Morales Prieto
4. Consolidar resultados de la información y socializarlos:	0,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-30		MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO, Norma Viviana Morales Prieto
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-24		MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO, Norma Viviana Morales Prieto

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	2	Bajo (18)

32. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3855 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICNT

2. Durante la revisión del proceso de referenciación no se evidencia la articulación de la necesidad identificada por el servicio solicitante de la referenciación frente al eje o estándar de acreditación que quieren impactar, por lo cual el ejercicio se presta para que las solicitudes realizadas no tengan un objetivo claro, es necesario que articulen las solicitudes de referenciación con los ejes y estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo institucional, en este mismo sentido, implementar un mecanismo de priorización de las solicitudes de referenciación que les permita más allá de gestionar el 100%, semaforizar y dar prelación a las de mayor criticidad buscando siempre la mejora continua.

Hallazgo: Implementar un mecanismo de priorización de las solicitudes de referenciación que les permita más allá de gestionar el 100%, semaforizar y dar prelación a las de mayor criticidad buscando siempre la mejora continua

Homologada

Articulen las solicitudes de referenciación con los ejes y estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo institucional.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

Criterios:

- Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma.
- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- Eventos adversos.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.

Riesgo asociado: Referenciaciones gestionadas Subred Sur Occidente E.S.E

Posibilidad de afectación económica y reputacional por afectación en la salud del usuario durante el proceso de atención debido a la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, fallas en el monitoreo a las buenas prácticas priorizadas y falta de adherencia a los protocolos.

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3855

Avance ponderado 79,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Gestionar Referenciación Comparativa, con Instituciones Acreditadas, cuyo objetivo es la Articulación y priorización de la Referenciación Comparativa, frente a la solicitudes a otras instituciones y su gestión.:	100,00% [100%]	2025-05-05 2025-07-31	2025-07-31 2025-07-31	Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sharon Mc cartney Scott
2. Ajustar el Formato de Identificación de Necesidades de Referenciación Comparativa, y el Procedimiento de referenciación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con	100,00% [100%]	2025-08-19 2025-09-15	2025-09-12 2025-10-07	Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sharon Mc

otras entidades y/o Unidades; incluyendo criterio de ejes de acreditación o estandar de SUA y el lineamiento del mecanismo de priorización de las solicitudes de referenciación cuando se recepcionan, semaforizar y establecer los criterios:					cartney Scott
3. Socializar el Formato de Identificación de Necesidades de Referenciación Comparativa, en los Equipos de Mejora Contínua de la Institución:	100,00% [100%]	2025-09-15 2025-11-01	2025-10-07 2025-12-04	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sharon Mc cartney Scott	
4. Verificar cumplimiento de registro en el formato de identificación de necesidades de referenciación.:	95,00% [95%]	2025-09-16 2025-12-31	2025-10-07	Nelfi Yanneth Peña Quitian	
5. Seguimiento al indicador de Referenciaciones solicitadas y gestionadas por criterio de priorización:	0,00% [0%]	2026-01-02 2026-02-15		Nelfi Yanneth Peña Quitian	
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [78%]	2026-02-01 2026-02-28		Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sharon Mc cartney Scott	

Seguimientos

Enfoque

La socialización del Procedimiento de Referenciación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con otras entidades y/o unidades (02-03-PR-0006, versión 5) y del Form de Identificación de Necesidades de Referenciación (02-03-FO-0006, versión 5) se orientó a fortalecer la articulación entre servicios, estandarizar el proceso de referenciación y asegurar su apropiación por parte de los equipos de mejoramiento, como actividad clave para la mejora continua y la gestión integral de la atención.

Implementación

La estrategia de implementación incluyó la convocatoria formal a los facilitadores de calidad de los equipos de mejoramiento mediante correo electrónico enviado el 7 de octubre de 2025, la gestión de espacios específicos por proceso y la divulgación institucional a través del Boletín de la Mejora. La socialización se desarrolló de manera programada con los siguientes equipos y fechas: Salud Oral (9 de octubre), Imagenología (24 de octubre), Ambiente Físico (30 de octubre), Urgencias (30 de octubre), Consulta Externa (7 de noviembre), Salud Mental (11 de noviembre) y Direccionamiento Estratégico. Todas las actividades quedaron documentadas mediante actas de reunión, las cuales se encuentran disponibles en el Sistema de Información ALMERA.

Resultados

Como resultado, el procedimiento y su formato asociado fueron socializados de manera transversal a los equipos de mejoramiento de la institución, garantizando su conocimiento, comprensión y disponibilidad para la aplicación operativa. La inclusión del contenido en el Boletín de la Mejora amplió el alcance de la divulgación institucional, mientras que el registro de actas en ALMERA asegura la trazabilidad, el soporte documental y la evidencia de cumplimiento del proceso de implementación.

Porcentaje: 79 % Estado: **Aceptable**

Sharon Mc cartney Scott 2025-12-13 07:16 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	3	Media (36)

33. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3856 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICINT

1. Fortalezcan el conocimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud y lineamientos organizacionales en pro de la mejora con el personal tercerizado

Hallazgo: Fortalezcan el conocimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud y lineamientos organizacionales en pro de la mejora con el personal tercerizado

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3856 **Avance ponderado** 93,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Programar reunión con los supervisores e interventores de los tercerizados asistenciales y de apoyo con el fin de fortalecer el conocimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud y dar conocer los lineamientos organizacionales en pro de la mejora institucional:	100,00% [100%]	2025-08-22 2025-12-22	2025-08-22 2025-08-22	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon Mc cartney Scott
2. Socializar a los supervisores e interventores de los tercerizados asistenciales y de apoyo en el Sistema Único de Acreditación en Salud:	100,00% [100%]	2025-08-22 2025-08-22	2025-08-22 2025-08-22	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Sharon Mc cartney Scott
3. Realizar curso de ejes de acreditación que se incluya a tercerizados y que genere soporte de certificación por Talento Humano:	80,00% [80%]	2025-08-31 2026-01-31	2025-08-31	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon Mc cartney Scott

4. Evaluar la efectividad del curso con la aplicación de la encuesta de colaboradores en Toma de sedes y Auditoría de Paciente Trazador de las Unidades Acreditadas.:	95,00% [95%] 2025-10-31 2025-12-31	2025-10-27	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, LINA VANESA GUTIERREZ VALLEJO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott
5. CIERRE DE CICLOS:	20,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31	2025-12-12	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott

Seguimientos

Se evalúan las acciones, y se evidencia un cumplimiento de 88% a dic.

Durante la vigencia 2025, los resultados de apropiación de la estrategia de acreditación evidencian un alto nivel de compromiso, interiorización y aplicación de los estándares de calidad por parte de las sedes evaluadas. El resultado global alcanzado corresponde a 93,11 %, lo que refleja un desempeño sobresaliente y consistente con los lineamientos del modelo de acreditación.

Porcentaje: 88 % Estado: Aceptable

Sharon Mc cartney Scott 2025-12-13 10:13 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	5	4	Alta (80)

34. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3857 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

3. Establezcan la medición de efectividad para el 100% de las buenas prácticas adoptadas por referenciación de manera que garanticen el impacto positivo de su adopción

Hallazgo: Implementar mecanismos para evaluar la efectividad de las acciones implementadas derivadas de las mejores prácticas identificadas en la referenciación interna y externa en los servicios ambulatorios y hospitalarios; comentan que realizaron ajuste al procedimiento de referenciación de las Redes Integradas, en donde definieron la entrega de un producto por parte del grupo que realizó la referenciación en donde se encuentra el desarrollo del proyecto y este lo matriculan en Almera cuando identifican las buenas prácticas adoptar, las actividades propuestas de ejecución deben ir atadas a un indicador ya formulado dentro del proceso o formular uno nuevo que permita evaluar la implementación o el impacto de la buena práctica. Durante la entrevista se evidencia la articulación de dos referenciaciones respecto a cirugía que son evaluadas con el indicador de adherencia de los paquetes instruccionales y que se encuentran en un cumplimiento del 92% con meta de 85%, sin embargo, esto no es continuo para todas las buenas prácticas que están implementando, se evidencia casos cerrados sin establecimiento de la efectividad de la buena práctica.

Homologada Autoevaluación

Cuantificar el costo de referenciaciones, determinar impacto de los ejercicios de referenciación con base en los objetivos planteados, buenas prácticas evidenciadas y buenas prácticas a gestionar, permitiendo evaluar el impacto de los ejercicios de referenciación en la mejora institucional. HOMOLOGAR ICONTEC

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estandar 93. La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

Criterios:

- Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma.
- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- Eventos adversos.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por afectación en la salud del usuario durante el proceso de atención debido a la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, fallas en el monitoreo a las buenas prácticas priorizadas y falta de adherencia a los protocolos.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Referenciaciones gestionadas Subred Sur Occidente E.S.E

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3857

Avance ponderado 50,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Ajustar el Procedimiento de referenciación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con otras entidades y/o Unidades, incluyendo identificación de necesidades de acuerdo a la priorización y el mecanismo de medición de efectividad de las buenas prácticas adoptadas por referenciación y que permita verificar el impacto positivo de su adopción.:	100,00% [100%]	2025-08-19 2025-09-15	2025-09-12 2025-10-07	Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sharon Mc cartney Scott
2. Socializar el procedimiento ajustado en los equipos de Mejora Contínua de la Institución:	100,00% [100%]	2025-09-15 2025-11-30	2025-10-07 2025-12-04	ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott
3. Verificar los resultados de la efectividad de las buenas prácticas adoptadas por referenciación de acuerdo al factor de éxito propuesto.:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-30		Nelfi Yanneth Peña Quitian
4. De acuerdo a los resultados de los planes de acción de referenciación cerrados con incumplimiento establecer causas que no permitieron la implementación y / o la efectividad de la buena práctica.:	0,00% [0%]	2026-02-02 2026-02-20		Nelfi Yanneth Peña Quitian
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-02-01 2026-02-28		Nelfi Yanneth Peña Quitian

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	3	Media (36)

35. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

ID: 3861 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

5. Carta JA En el eje de mejoramiento de la calidad la junta recomendó revisar la estructura, los mecanismos para la integración de los equipos primarios, la periodicidad de reuniones, las relaciones funcionales con los equipos de auto evaluación y el equipo de mejoramiento sistémico, las evidencias de avances y demás elementos claves para el cierre de ciclos de mejoramiento. Es necesario formalizar el equipo primario de sedes integradas en red de las sedes Villa Javier y Tintal que les permita analizar la especificidad de cada una de estas sedes y garantizar la participación del personal operativo en la mejora continua. Deben igualmente fortalecer la auto evaluación

Hallazgo: Carta JA En el eje de mejoramiento de la calidad la junta recomendó revisar la estructura, los mecanismos para la integración de los equipos primarios, la periodicidad de reuniones, las relaciones funcionales con los equipos de auto evaluación y el equipo de mejoramiento sistémico, las evidencias de avances y demás elementos claves para el cierre de ciclos de mejoramiento. Es necesario formalizar el equipo primario de sedes integradas en red de las sedes Villa Javier y Tintal que les permita analizar la especificidad de cada una de estas sedes y garantizar la participación del personal operativo en la mejora continua. Deben igualmente fortalecer la auto evaluación

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: ICONTEC

Estandar 160

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3861 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Incluir en el Manual de la Mejora la estructura y mecanismos de integración de los equipos de mejoramiento, perfiles, periodicidad de la reuniones, seguimiento del plan de trabajo.:	100,00% [100%]	2025-08-30 2025-11-20	2025-08-30 2025-11-20	Jeansy Milena Ramirez Martinez, Sharon Mc cartney Scott
2. CIERRE DE CICLOS:	99,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-30	2025-10-01	Sharon Mc cartney Scott

Seguimientos

Se realiza la actualización del Manual de la Mejora, Se incluye a estructura, los mecanismos para la integración de los equipos primarios, la periodicidad de reuniones, las relaciones funcionales con los equipos de auto evaluación y el equipo de mejoramiento sistémico, las evidencias de avances y demás elementos claves para el cierre de ciclos de mejoramiento. Es necesario formalizar el equipo primario de sedes integradas en red. En la reunión de la Subred se conecta.

La Gerencia da lineamiento de la mejora desde los equipos técnicos hacia los equipos primarios de sedes.

Porcentaje: 100 % **Estado:** Satisfactorio

Sharon Mc cartney Scott 2025-12-01 07:53 PM

[Ver historial](#)

Priorización

	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	5	4	Alta (80)

36. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3860 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

4. Carta JA Independiente de los avances culturales y el compromiso de los colaboradores con el mejoramiento, la junta recomendó evaluar los resultados de las encuestas a trabajadores aplicadas en la presente evaluación e implementar nuevas acciones para garantizar que mejoran los porcentajes de cumplimiento de los parámetros evaluados.

Hallazgo: Carta JA Independiente de los avances culturales y el compromiso de los colaboradores con el mejoramiento, la junta recomendó evaluar los resultados de las encuestas a trabajadores aplicadas en la presente evaluación e implementar nuevas acciones para garantizar que mejoran los porcentajes de cumplimiento de los parámetros evaluados.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3860

Avance ponderado 97,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Crear el curso de ejes de acreditación para fortalecer la apropiación del conocimiento y la mejora en el cumplimiento de los parámetros evaluados.:	100,00% [100%]	2025-09-02 2025-12-31	2025-09-02 2025-12-13	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon Mc cartney Scott
2. Evaluar la efectividad del curso con la aplicación de la encuesta de colaboradores en las Unidades Acreditadas.:	95,00% [95%]	2025-11-30 2025-12-31	2025-11-30	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon Mc cartney Scott
3. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Sharon Mc cartney Scott

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	5	4	Alta (80)

37. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3858 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

2. Fortalecer el proceso de verificación de los factores de cierre de ciclo y la efectividad generada a partir de las acciones de mejora Vs la brecha encontrada, con el fin de hacer un cierre efectivo.

Hallazgo: Fortalecer el proceso de verificación de los factores de cierre de ciclo y la efectividad generada a partir de las acciones de mejora Vs la brecha encontrada, con el fin de hacer un cierre efectivo.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: ICONTEC

Estandar 158

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3858 **Avance ponderado** 33,34%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Establecer en mesa de trabajo de Calidad, los criterios de cierre de ciclo de las oportunidades de mejora teniendo en cuenta las variables de enfoque, Implementación y resultados evidenciados con tendencias positivas soportados con datos. Partiendo de las oportunidades reiteradas, cumplimiento de las acciones por encima del 95% y las tendencias positivas en los indicadores.:	100,00% [100%]	2025-07-27 2025-11-20	2025-08-27 2025-11-20	Denny Astrid Giraldo Vera, ELIZABETH PINILLA CAMACHO, LINA VANESA GUTIERREZ VALLEJO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott
2. Realizar taller de socialización de cierre de oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios establecidos:	0,00% [0%]	2025-12-03 2025-12-30		Sharon Mc cartney Scott

3. Evaluar el cierre de ciclo de las oportunidades de mejora fuente Icontec donde se identifique el cierre efectivo o el grado de avance.:	0,00% [0%]	2025-12-31 2026-01-31		Denny Astrid Giraldo Vera, ELIZABETH PINILLA CAMACHO, LINA VANESA GUTIERREZ VALLEJO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott
4. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ELIZABETH PINILLA CAMACHO, Nelfi Yanneth Peña Quitian, Sandra Patricia Giraldo Cosma, Sharon Mc cartney Scott

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	5	4	Alta (80)

38. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3859 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

3. Es importante que desde el equipo de mejoramiento, tengan en cuenta la carta de la junta de acreditación que llega con la notificación del estatus otorgado por la Junta de acreditación y el informe de la visita y matriz de oportunidades de mejora, ya que las oportunidades que llegan de la junta son de vital importancia en la mejora institucional, siendo el reflejo de la discusión y las recomendaciones dadas por los miembros de la junta de acreditación, así que estas deben ir en el plan de mejoramiento dejado por ICONTEC.

Hallazgo: Es importante que desde el equipo de mejoramiento, tengan en cuenta la carta de la junta de acreditación que llega con la notificación del estatus otorgado por la Junta de acreditación y el informe de la visita y matriz de oportunidades de mejora, ya que las oportunidades que llegan de la junta son de vital importancia en la mejora institucional, siendo el reflejo de la discusión y las recomendaciones dadas por los miembros de la junta de acreditación, así que estas deben ir en el plan de mejoramiento dejado por ICONTEC.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3859

Avance ponderado 85,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables

1. Matricular en el aplicativo Almera las oportunidades de mejora relacionando las de fuente Icontec Junta de Acreditación.:	95,00% [95%] 2025-08-31 2025-08-31	2025-08-31	MARICIA VALBUENA, Sharon Mc cartney Scott
2. Presentar en la reunión de Mejoramiento Sistémico el avance de cumplimiento de las oportunidades de fuente Icontec Junta de Acreditación.:	75,00% [75%] 2025-11-05 2025-12-31	2025-11-05	Sharon Mc cartney Scott
3. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31	2026-01-01	Sharon Mc cartney Scott

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	5	4	Alta (80)

39. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3862 / Equipo de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

6. JA-Dado el alto volumen de personal involucrado y la rotación es necesario que fortalezcan los procesos de inducción y reincidencia apropiando el logro que representan las unidades acreditadas.

Hallazgo: JA-Dado el alto volumen de personal involucrado y la rotación es necesario que fortalezcan los procesos de inducción y reincidencia apropiando el logro que representan las unidades acreditadas.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: ICONTEC

Estándar 159

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de los programas y planes que operativizan el proceso de gestión del talento humano, debido a la falta de divulgación de las actividades por parte de la oficina de comunicaciones y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Cobertura de inducción a Nivel Institucional Sub Red Sur occidente Sur ESE

Apropiación del conocimiento de los contenidos de inducción Sub red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3862

Avance ponderado 95,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Coordinar reunión de trabajo para definir la estructura del Programa de Inducción y rein inducción, garantizando que se realice el proceso de inducción previo a la vinculación, dando alcance a los temas de acreditación.:	100,00% [100%]	2025-02-03 2025-06-30	2025-02-03 2025-02-05	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
2. Actualizar el programa de inducción y rein inducción institucional con el objetivo de fortalecer la metodología, el uso continuo del aula virtual y la participación de los diferentes actores institucionales en su formulación, incluyendo los temas abordar en cada módulo.:	100,00% [100%]	2025-09-02 2025-09-30	2025-09-02 2025-09-02	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
3. Desarrollar los módulos definidos para la inducción y rein inducción Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-09-30	2025-05-01 2025-05-01	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
4. Evaluar los resultados cobertura y apropiación en la inducción y rein inducción institucional.:	75,00% [75%]	2025-04-15 2026-01-15	2025-10-01	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
5. Ajustar la parametrización del Modulo de inducción y rein inducción para garantizar la aprobación del estandar de 85% definido.:	100,00% [100%]	2025-10-01 2025-10-30	2025-10-01 2025-10-30	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	5	Alta (80)

40. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3863 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

7. Fortalecer las estrategias ya implementadas y darles continuidad durante todo el ciclo de atención, capacitar a los colaboradores de manera que la percepción del usuario resalte los esfuerzos de todas las sedes de la Subred Sur Occidente.

Hallazgo: Fortalecer las estrategias ya implementadas y darles continuidad durante todo el ciclo de atención, capacitar a los colaboradores de manera que la percepción del usuario resalte los esfuerzos de todas las sedes de la Subred Sur Occidente.

Homologar por correlación técnica

Fortalezcan las estrategias de comunicación entre el equipo asistencial y los usuarios y sus familias de modo que sean más participativas, que logren captar la atención y aseguren el conocimiento así como la utilización de estos mecanismos de reporte, así mismo como robustecer los mecanismos definidos por la Institución para mitigar las caídas, úlceras por presión y aislamiento, socializarlos con los usuarios y sus familias según la pertinencia de modo que puedan participar en el proceso de atención y autocuidado.

Afianzar y consolidar las estrategias de comunicación entre equipos de trabajo y socialización de programas y resultados obtenidos institucionalmente de manera continua, garantizando que sea un proceso cílico y que impacta a trabajadores antiguos como nuevos alineando a toda la planta y terceros a las políticas institucionales.

Mejoren la capacitación de los colaboradores en la entrega de información en el momento de la administración de medicamentos y sus riesgos de manera que brinden todas las herramientas necesarias al usuario y su familia en seguridad y les permitan participar del proceso de atención en salud

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: ICONTEC

Estándar 159

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Percepción de satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3863 **Avance ponderado** 77,15%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar reunión con referentes de enfermería, atención al usuario, referentes de los servicios asistenciales, para definir y fortalecer la línea de ejecución de capacitación frente a la información que debe suministrarse al usuario durante el ciclo de atención.:	100,00% [100%]	2025-08-21 2025-08-21	2025-08-22 2025-08-22	Norma Viviana Morales Prieto

2. Actualizar el protocolo de bienvenida incluyendo la educación al paciente y /o familia en las buenas prácticas de manera verbal y registrada en historia clínica en cuanto a (prevención de caídas, aislamiento, ulceras por presión, información de medicamentos y efecto secundario, alergias, higiene de manos, clasificación de residuos, rutas de evacuación, puntos de encuentro, disposición de extintores).:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-08-12	2025-04-01 2025-08-12	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR
3. Socializar al personal médico en cuanto a la educación al paciente y su familia, de manera verbal y registrada en historia clínica en cuanto a Reconciliación medicamentosa al ingreso, egreso, aislamiento de paciente, identificación, intervención y plan de tratamiento de los riesgos, identificación del riesgo de salud mental, solicitud de interconsulta para valoración nutricional cuando se requiera).:	0,00% [1%]	2025-09-10 2025-09-30		DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
4. Socializar al personal técnico del Servicio al Ciudadano en cuanto a la educación al paciente y su familia, de manera verbal en las Unidades acreditadas en los temas relacionados con mecanismos de escucha PQRSF.:	100,00% [100%]	2025-09-15 2025-09-30	2025-09-30 2025-09-30	Claudia Marcela Gonzalez Carrillo
5. Incluir en la capacitación de los EAC los temas que presentaron menor porcentaje de 75% en las entrevistas a usuarios:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-12-30	2025-05-01 2025-11-04	Cindy Mallerly Vargas Pinilla
6. Evaluar y enviar por correo la auditoría de paciente trazador con los resultados referentes a las encuestas a usuarios de las unidades acreditadas I y II semestre 2025.:	50,00% [95%]	2025-03-01 2025-12-31	2025-03-01	LINA VANESA GUTIERREZ VALLEJO
7. De acuerdo a los resultados de la auditoría de paciente trazador, implementar plan de mejora.:	90,00% [90%]	2025-09-30 2025-12-31	2025-09-01	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Norma Viviana Morales Prieto

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	4	4	Media (48)

41. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3867 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

7. Dados los resultados superiores de la medición de satisfacción Vs los resultados de quejas.

Hallazgo: Revisar y ajustar la herramienta evaluativa de satisfacción de manera que les permita medir otros aspectos de la atención clínica como las expectativas y experiencia del usuario frente a la ruta de atención, de manera que refleje la calidad de la atención, el grado de recomendación de los servicios por parte de los pacientes y el cumplimiento satisfactorio de la experiencia del paciente.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Percepción de satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3867

Avance ponderado 90,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Referenciar la metodología PROMS y PREMS, con el objetivo de revisar nuevas herramientas evaluativas de la experiencia de la atención para los servicios de hospitalización y quirúrgicos.:	80,00% [80%]	2025-09-01 2025-10-30	2025-09-19	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
2. Revisar y actualización del Procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos 03-01-PR-0001, donde se incluya el proceso de revisión de causas e implementación de acciones de mejoramiento:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-10-15	2025-09-25 2025-10-14	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
3. Cuantificar y analizar las principales causas de PQR:	100,00% [95%]	2025-09-01 2025-12-31	2025-10-15 2025-12-09	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
4. Socializar con los servicios afectados, diseñar e implementar planes de mejora en conjunto con estos servicios.:	80,00% [80%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-10	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	

42. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3865 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

5. Analizar y articular las políticas del desempeño institucional del MIPG con los ejes y estándares de Acreditación e salud de manera que las actividades realizadas impacten ambos frentes proveyendo mayor calidad en salud y sostenibilidad organizacional. - Oficina de Desarrollo Institucional

Hallazgo: Analizar y articular las políticas del desempeño institucional del MIPG con los ejes y estándares de Acreditación e salud de manera que las actividades realizadas impacten ambos frentes proveyendo mayor calidad en salud y sostenibilidad organizacional. - Oficina de Desarrollo Institucional

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 96

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3865 **Avance ponderado** 95,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Crear mapa estratégico con el ánimo de facilitar el entendimiento y difusión en toda la institución y especialmente en las sedes integradas en Red, del Direccionamiento Estratégico.:	100,00% [100%]	2025-03-14 2025-06-25	2025-06-30 2025-11-06	Kevin Ocampo Fabian Mendez, MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA
2. Presentar para aprobación en junta directiva el mapa estratégico.:	100,00% [100%]	2025-06-25 2025-06-25	2025-06-25 2025-06-25	Kevin Ocampo Fabian Mendez, MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA
3. Actualizar comité Institucional de Gestión y Desempeño con el fin desarrollar la estructura y los lineamientos para la articulación de los elementos estratégicos de la organización y las dimensiones del MIPG incluidas las políticas institucionales.:	90,00% [99%]	2025-07-01 2025-07-30	2025-07-01	Kevin Ocampo Fabian Mendez, MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA
4. Analizar y actualizar las políticas institucionales de acuerdo con metodología definida:	90,00% [90%]	2025-08-01 2025-12-31	2025-07-31	Kevin Ocampo Fabian Mendez, MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA

5. CIERRE DE CICLOS:	90,00% [95%]	2026-01-01 2026-01-31	2025-11-06	Kevin Mendez,	Fabian MARCIA	Ocampo GREICY GUACANEME VALBUENA
----------------------	--------------	--------------------------	------------	------------------	------------------	--

Seguimientos

Se realiza la formulación de cuatro acciones cumplimiento de 95%En la vigencia se han desarrollado las actividades de articulación de la nueva plataforma estratégica 2025 - 2028 desde la actualización del mapa estratégico de la entidad que mediante sus objetivos y líneas estratégicas permiten direccionar las metas de cada proceso de la institución, los cuales por medio de una planeación estratégica se actualizaron para determinar desde sus características estratégicas, misionales o de apoyo el funcionamiento de la entidad, avanzando para el cuarto trimestre hacia la definición de las políticas teniendo en cuenta las modificaciones en la plataforma vigente y en articulación con el MIPG, ejes y estándares de acreditación

Porcentaje: 95 % Estado: Satisfactorio

Sharon Mc cartney Scott 2025-12-13 06:30 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	2	5	Bajo (30)

43. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3864 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

4. Hallazgo: Estuvieron haciendo recorridos por las sedes en diferentes momentos del día, observándose que las áreas de cirugía, toma de muestras e imágenes diagnósticas permanecen sin prestar atención largas jornadas, por lo cual es importante que desde la alta dirección y como cabeza del gobierno corporativo.

Hallazgo: Analizar la capacidad de operación de los servicios ofertados en especial (cirugía, laboratorio clínico (toma de muestras) e imágenes diagnósticas) de manera que optimicen la prestación e infraestructura de servicios de salud así como impulsen con esta medida la sostenibilidad financiera de la Subred Sur occidente.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3864

Avance ponderado 62,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo para el análisis de ejecución de contratos suscritos.:	50,00% [75%]	2025-01-16 2025-12-31	2025-08-05	MARICIA GREICY GUACANEME VALBUENA, Martha Deisy Ambrosio N
2. Formalizar el equipo de negociación y seguimiento a contratos:	75,00% [75%]	2025-07-30 2025-12-31	2025-08-05	MARICIA GREICY GUACANEME VALBUENA, Martha Deisy Ambrosio N
3. Definir e implementar el plan de trabajo del equipo de negociación y seguimiento a contratos.:	75,00% [75%]	2025-09-15 2025-09-30	2025-08-05	MARICIA GREICY GUACANEME VALBUENA, Martha Deisy Ambrosio N
4. Presentar el informe de gestión de los servicios ofertados en especial de laboratorio Clínico, Imagenología y Cirugía de las Unidades acreditadas.:	50,00% [50%]	2025-02-28 2025-12-31	2025-11-12	Adriana Marcela Toquica Espitia, DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		MARICIA GREICY GUACANEME VALBUENA, Martha Deisy Ambrosio N

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	2	Bajo (18)

44. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3866 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

6. Falta de seguimiento efectivo de quejas y sugerencias

Hallazgo: Desarrollar un sistema de feedback más interactivo y accesible para los usuarios, que permita un seguimiento más transparente de las quejas y sugerencias recibidas.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de cumplimiento de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos que involucren al proceso Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3866 **Avance ponderado** 84,99%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Referenciar la metodología de sistema Feedback interactivo y accesible que permita al usuario el seguimiento de las quejas y peticiones:	65,00% [50%]	2025-09-01 2025-10-30	2025-09-19	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
2. Actualización en pagina web, sección PQRS y dejar mensaje con número de whatsapp del Defensor del Ciudadano a fin de que los usuarios puedan conocer estado de su solicitud:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-10-31	2025-09-22 2025-10-16	Miguel Mojica Mugno, ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
3. Revisión y actualización del Procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos 03-01-PR-0001:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-10-15	2025-09-25 2025-10-14	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
4. Realizar campaña por redes sociales y demás medios para que los usuarios dejen correo electrónico en las peticiones radicadas por buzón:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-19 2025-10-07	Carmen Acero García, ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
5. Incluir dentro de las respuestas a peticionarios un QR que evalúe los atributos de la respuesta de su petición:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-01 2025-09-30	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
6. Verificar el cumplimiento del seguimiento de las quejas y sugerencias, a través de los resultados de la satisfacción de la respuesta.:	80,00% [80%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-10-15	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
7. Implementar los planes de mejoramiento de acuerdo a los resultados e indicador de la satisfacción de respuesta y envío de notificaciones a través de la herramienta establecida:	50,00% [50%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-12-09	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	4	Media (48)

 45. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3870 / Equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICONT

8. Fortalecer las acciones implementadas para usuarios y colaboradores post pandemia que incluya acciones de seguimiento posterior al egreso de hospitalización y en pacientes ambulatorios y acceso a las especialidades para el tratamiento de la morbilidad post Covid

Hallazgo: Fortalecer las acciones implementadas para usuarios y colaboradores post pandemia que incluya acciones de seguimiento posterior al egreso de hospitalización y en pacientes ambulatorios y acceso a las especialidades para el tratamiento de la morbilidad post Covid; La Subred consideró que una vez suspendida la declaratoria de emergencia por la OMS, no son aplicables a la población objeto, entorno y contexto actual y futuro para el cual propusieron esta OM y cerraron la OM en su ciclo. Se explica que estas medidas por las que se abordan postpandemia, es en relación con que medidas continuaron en pacientes con secuelas postcovid que aún sean atendidos en rehabilitación sobretodo de carácter pulmonar o de otra clase, además saber si hubo lecciones aprendidas para nuevas pandemias y como sería el plan de reacción al momento de haber una nueva alerta sanitaria.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: ESTANDAR 81: 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.

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3870

Avance ponderado 52,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Solicitar la base de datos de los pacientes con diagnóstico de SARS-COVID-19 de los años 2022 - 2024, que tengan diagnósticos de complicación POST COVID.:	90,00% [100%]	2025-08-31 2025-10-15	2025-09-17	Alexandra Porras Ramírez, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
2. Identificar y fortalecer las medidas de autocuidado enfocadas en acciones de prevención y promoción de la salud, para enfermedades respiratorias (COVID 19), en los servidores públicos con enfermedad laboral calificada COVID 19, que requirieron atención de UCI y Hospitalización:	50,00% [50%]	2025-09-01 2025-12-31	2025-09-30	Carmiña Quiroga Bonilla, Leidy Marcela Méndez Pineda, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano

3. Verificar las atenciones realizadas por parte de la Dirección de Gestión del Riesgo y Rehabilitación, acorde con la base de datos de los pacientes con diagnóstico y complicaciones de COVID- 19.:	70,00% [70%]	2025-09-15 2025-10-31	2025-10-15	Cindy Tatiana Cortés Romero, MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ, PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA
4. Informar el número de pacientes que continúan en seguimiento por rehabilitación secundario a las complicaciones (diagnósticos) POST COVID-19, para el año 2025.:	0,00% [1%]	2025-09-15 2025-10-31		Cindy Tatiana Cortés Romero
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Alexandra Porras Ramírez

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

46. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

ID: 3897 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

9. Carta JA En el eje de seguridad de la atención e independiente de las buenas prácticas que han desarrollado, deben implementar en forma completa los paquetes instruccionales en todas las sedes, fortalecer el cumplimiento de las listas de chequeo en forma sistemática, garantizar la reconciliación de medicamentos, la correcta identificación de pacientes y demás prácticas seguras en las que aún hay brechas de cobertura o seguimiento. Deben verificar los resultados de la aplicación de la técnica de paciente trazador e implementar medidas adicionales para garantizar cumplimientos superiores acordes con el nivel de calidad de la acreditación y tanto en los servicios hospitalarios como en los ambulatorios, especial atención debe darse al abordaje de la enfermedad mental y el riesgo de suicidio.

Homologar por correlación técnica

Revisen la aplicabilidad de los paquetes instruccionales en cada sede y comparen con los indicadores que miden su adherencia de manera que les permita implementar los paquetes faltantes para la toma de decisiones frente al comportamiento de las buenas prácticas de manera individual en la subred.

Homologar por correlación técnica autoevaluación

Fortalecer la implementación de la totalidad de buenas prácticas aplicables en la Subred, actualizar módulo de paquetes instruccionales en sistema de gestión documental que contenga la totalidad de información correspondiente a cada práctica tipificado por sede y servicio (documentos, formatos, capacitaciones, riesgos y

medición de adherencia).

Homologada Icontec

Revisen la totalidad de guías de buenas prácticas y sus recomendaciones, así como los criterios que aplican a cada sede, con el fin de ajustar e implementarlas de acuerdo a las necesidades y comportamiento de cada sede que impacte la seguridad del paciente, así mismo analizar los resultados obtenidos por sede y definir planes de mejoramiento propios para cada una que impacte las desviaciones encontradas específicamente por sede

Hallazgo: Carta JA En el eje de seguridad de la atención e independiente de las buenas prácticas que han desarrollado, deben implementar en forma completa los paquetes instruccionales en todas las sedes, fortalecer el cumplimiento de las listas de chequeo en forma sistemática, garantizar la reconciliación de medicamentos, la correcta identificación de pacientes y demás prácticas seguras en las que aún hay brechas de cobertura o seguimiento. Deben verificar los resultados de la aplicación de la técnica de paciente trazador e implementar medidas adicionales para garantizar cumplimientos superiores acordes con el nivel de calidad de la acreditación y tanto en los servicios hospitalarios como en los ambulatorios, especial atención debe darse al abordaje de la enfermedad mental y el riesgo de suicidio.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Indicadores de buenas prácticas por sede y por servicio en Almería

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3897 **Avance ponderado** 98,78%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Planear actualización de modulo en Almería de paquetes intruccionales por sede y por servicio, incluyendo instructivo de implementación de buenas prácticas:	100,00% [100%]	2024-09-01 2025-09-30	2024-08-08 2025-09-25	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO
2. Actualizar documento 02-02-IN-0008Instructivo implementación de buenas prácticas en seguridad del paciente, incluyendo prácticas seguras por sede y servicio:	100,00% [100%]	2025-10-05 2025-10-15	2025-09-25 2025-10-16	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO, Yolima Barragan Garibello- Baja Complejidad
3. Generar actualización de Modulo de Buenas prácticas en Almería (Por sede, por servicio,documentación asociada, lista de chequeo-resultados y proyectos):	100,00% [100%]	2025-04-02 2025-08-30	2025-04-01 2025-11-04	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO
4. Producir piezas comunicativas sobre Buenas prácticas que ejemplifiquen las barreras de Seguridad y en ingreso al modulo Virtual en Almería:	100,00% [100%]	2025-09-15 2025-09-30	2025-10-08 2025-12-13	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO
5. Ejecutar capacitaciones sobre Buenas prácticas con pre test y pos test:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-12-20	2025-03-01	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO
6. Socializar módulo de buenas prácticas y documento 02-02-IN-0008 Instructivo implementación de buenas prácticas para el equipo de Seguridad del paciente:	100,00% [100%]	2025-10-05 2025-10-15	2025-11-04 2025-11-04	REINA	ALEJANDRA	ACOSTA FRANCO

7. Socializar módulo de buenas prácticas y documento 02-02-IN-0008Instructivo implementación de buenas prácticas en seguridad del paciente en Comité de Seguridad de paciente, mesas primarias de mejoramiento y reunión gobierno clínico.:	99,00% [99%]	2025-10-05 2025-11-30	2025-11-04	REINA FRANCO	ALEJANDRA ACOSTA
8. Realizar medición de adherencia a las buenas prácticas de Seguridad de paciente por sede y servicio:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-12-20	2025-11-03 2025-12-13	REINA FRANCO	ALEJANDRA ACOSTA
9. Presentación trimestral en comité de Seguridad de paciente sobre resultados de Adherencia y cobertura de capacitación:	90,00% [80%]	2025-01-01 2025-12-20	2025-11-04	REINA FRANCO	ALEJANDRA ACOSTA
10. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		REINA FRANCO	ALEJANDRA ACOSTA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

47. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3898 / Equipo primario de mejoramiento UCI - 2025 (2025-08-29) / ICONT

1. Resultado de entrevista a paciente o familiar apoyo emocional con un 67%

Hallazgo: Fortalecer en el abordaje del apoyo emocional al usuario y familia, teniendo en cuenta el impacto de la condición clínica, aspectos éticos relacionados a la muerte cerebral, el retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación (UCI)

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.

- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben

especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.

- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de percepción favorable de la cultura de humanización a cliente externo subred sur occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3898

Avance ponderado 74,18%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar la Guía para el manejo espiritual y emocional al 100% de los psicólogos de las unidades de cuidado crítico con resultados de apropiación.:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-10-24	2025-09-17 2025-10-22	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Socializar la Guía para el manejo espiritual y emocional al 100% del personal de las Unidades de cuidado crítico de la Subred (H Fontibón, H Bosa, H Patio Bonito T, H Occidente de Kennedy):	80,00% [50%]	2025-09-15 2025-10-24	2025-10-17	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, ROSSANA CALDERON FORERO
3. Medir la apropiación de los colaboradores de las UCIS de la Subred sobre la socialización de la Guía para el manejo espiritual y emocional:	65,00% [50%]	2025-09-01 2025-10-24	2025-09-17	DIANA CAROLINA MONTERO CORTES, Jairo Camilo Guevara Farías, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, ROSSANA CALDERON FORERO
4. Documentar y aplicar un instrumento de medición de satisfacción frente al apoyo emocional y acompañamiento a los usuarios de la unidad de cuidado intensivo de la Subred:	80,00% [80%]	2025-09-10 2025-12-25	2025-09-02	Alix Lorena Medina Uribe, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

5. Presentar en el EPM los resultados del indicador de intervenciones de apoyo emocional realizados en las unidades de cuidado critico de la Subred de manera mensual:	70,00% [15%]	2025-10-01 2025-12-25	2025-10-27	Alix Lorena Medina Uribe, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
6. Realizar evaluacion de la suficiencia de talento humano para el apoyo emocional de los usuarios las unidades de cuidado critico de la Subred:	50,00% [20%]	2025-06-01 2025-12-30	2025-10-22	Jairo Camilo Guevara Farias, ROSSANA CALDERON FORERO
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Bajo (27)

48. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

ID: 3896 / Equipos de Mejoramiento Institucional - 2025 (2025-08-19) / ICONT

8. JA-Avance en la identificación de los aspectos más específicos de cada sede frente a riesgos clínicos, eventos adversos y paquetes instrucionales de modo que les permita intervenir la seguridad del paciente y su comportamiento tanto de manera individual (por sede) como en conjunto (Subred).

Homologada Icontec

identifiquen e individualicen los riesgos de seguridad del paciente específicos para cada sede, de acuerdo al comportamiento en la materialización de estos, los eventos adversos, la población y demás criterios a tener en cuenta, con el fin de gestionar la particularidad de cada sede la cual es diferente a la Subred

Hallazgo: JA-Avance en la identificación de los aspectos más específicos de cada sede frente a riesgos clínicos, eventos adversos y paquetes instrucionales de modo que les permita intervenir la seguridad del paciente y su comportamiento tanto de manera individual (por sede) como en conjunto (Subred).

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Indicadores de evento adverso por sedes

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3896

Avance ponderado 98,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar revisión bibliográfica y estructurar indicadores que permitan medir la ocurrencia de eventos adversos y la cultura de reporte por sede y por servicio:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-03-15	2025-02-20 2025-03-01	Alexandra Porras Ramírez, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Documentar fichas técnicas de indicadores: Evento adverso prevenible por sede, Cultura de reporte de sucesos de seguridad por sede:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-03-15	2025-02-20 2025-03-01	Alexandra Porras Ramírez, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Socializar indicadores a equipo de Seguridad del paciente:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-03-05	2025-02-05 2025-03-04	Alexandra Porras Ramírez, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Socializar indicadores a Directores, líderes de sedes y referentes, gobierno clínico:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-09-30	2025-02-28	Alexandra Porras Ramírez, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. Monitorizar comportamiento de indicadores (Evento adverso prevenible por sede, Cultura de reporte de sucesos de seguridad por sede) en Mesa de sedes integradas de forma trimestral:	90,00% [99%]	2025-08-01 2025-12-20	2025-07-31	Alexandra Porras Ramírez, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

 49. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3902 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

4. Resultados de encuesta a usuarios en los servicios de Hospitalización Urgencias con resultado inferior al 75%

Hallazgo: Fortalezcan la socialización de los resultados obtenidos institucionalmente frente a temas como higiene de manos, comunicación entre el equipo de salud, entre procesos asistenciales y administrativos y la comunicación entre el jefe y subalternos.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 8. Código: (AsSP4)

La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

Criterios

- Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.

Capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución y personal en formación.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de adherencia a la estrategia multimodal en las sedes acreditadas

Sistema	Sistema Único de Acreditación	Tipo	3902	Avance ponderado	95,00%
----------------	-------------------------------	-------------	------	-------------------------	--------

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Generar indicadores de higiene de manos por Sede y publicar en Almera:	100,00% [100%]	2025-06-16 2025-07-25	2025-02-01 2025-09-02	MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Actualizar protocolo de higiene de manos que evidencie los indicadores de Higiene de manos (oportunidad y adherencia) en sistema documental Almera por sede y servicio:	100,00% [100%]	2025-05-16 2025-06-30	2025-06-30 2025-06-30	MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Formular plan de acción con actividades que den cumplimiento a la estrategia multimodal de Higiene de manos en Almera:	100,00% [100%]	2025-01-10 2025-12-10	2025-09-02 2025-09-02	MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Monitorear los resultados del indicador de higiene de manos (oportunidad y adherencia) en comité de infecciones de forma trimestral.:	80,00% [80%]	2025-05-16 2025-12-15	2025-05-16	MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	2	5	Media (40)

50. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3899 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

1. Frente a cultura de seguridad en la sede Villa Javier reportan una participación de 64 colaboradores y en Tintal de 41 colaboradores, pero los resultados arrojados de la medición son generales para toda la Subred, lo cual no deja evidenciar las desviaciones de los componentes de la cultura por sede y la OM generada es trasversal para las 35 sedes, se considera necesario

Hallazgo: Desagreguen los resultados de la cultura de seguridad del paciente de modo que sea apreciable para los líderes y equipos de trabajo de cada sede las desviaciones específicas de su sede y puedan de manera autónoma participar en la generación de planes de mejoramiento que impacten las desviaciones encontradas

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 6. Código: (AsSP2)

La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.

Incluye:

Criterios:

- La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.
- La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.
- La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.
- A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por afectación en la salud del usuario durante el proceso de atención debido a la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, fallas en el monitoreo a las buenas prácticas priorizadas y falta de adherencia a los protocolos.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Sub Red Sur occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3899

Avance ponderado 84,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Presentar resultados de encuesta de cultura de Seguridad en Comité de Seguridad de paciente:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-09-15 2025-10-02	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Planear mesa de trabajo para analizar resultados de encuesta de cultura de seguridad desagregado por sedes y generar acciones de mejora correspondientes:	100,00% [100%]	2025-05-14 2025-12-31	2025-09-15 2025-10-02	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Generar plan de mejora de acuerdo a los resultados de encuesta de cultura, asignando los resultados por sedes:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-11-30	2025-10-02 2025-10-03	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

4. Realizar seguimiento a cumplimiento de plan de mejora de las sedes acreditadas:	70,00% [30%] 2025-09-01 2025-11-30	2025-09-01 2025-11-30	2025-10-03	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. Presentar resultados de seguimiento a plan de mejora en reunión de mesa de sedes integradas:	50,00% [10%] 2025-11-10 2025-11-30	2025-11-10 2025-11-30	2025-11-18	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

51. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3900 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

2. Fortalecer la participación de los líderes de los servicios en el análisis y seguimiento de los sucesos de seguridad que permita identificar e implementar planes de mejoramiento efectivos; parte con la descripción del “procedimiento de gestión de sucesos de seguridad del paciente” identificado con código 02-02- PR-0001, que estandarizó la gestión de los sucesos de seguridad del paciente. En marzo, mayo y junio de 2023 describen acciones de capacitación a los líderes relacionadas con protocolo de Londres, metodología Shell y competencias de análisis. No existen resultados descritos más allá de las capacitaciones con relación al cierre efectivo de los planes de mejora resultado de la gestión de los casos (sucesos) evaluados en el informe presentado previo a la visita. De acuerdo con entrevista realizada en la jornada evaluativa con el equipo de

seguridad del paciente para eventos adversos graves el proceso de análisis no debe superar 24 horas luego de la asignación, los demás casos tienen un límite de 30 días, para lo cual realizan seguimiento del mes vencido con corte al día 10. Los eventos adversos no graves se someten a unidades de análisis de acuerdo con cronograma, se programan 6 reuniones por mes, en las cuales los líderes y directores de sedes asisten presencialmente, lo cual finalmente genera el informe de sucesos de seguridad del período. Tampoco es claro el mecanismo con el cual se evalúa la efectividad de los planes de mejoramiento. Por lo anterior, se considera avance parcial.

Para Tintal, en 2023 un total 24 sucesos de los cuales cero prevenibles y en 2024 corte marzo un total de 7 de los cuales cero prevenibles. Las OM que se derivan de los análisis son manejadas transversalmente, sin embargo al revisar las causas de eventos en las dos sedes, se evidencia que son diferentes y que los colaboradores

operativos de la sede no conocen el manejo de las acciones ni las causas. Los planes de mejoramiento derivados de los eventos adversos propios de cada sede, participen los equipos primarios de cada sede y contribuyan a la generación de ideas.

Hallazgo: Los planes de mejoramiento derivados de los eventos adversos propios de cada sede, participen los equipos primarios de cada sede y contribuyan a la generación de ideas sobre como abordar e impactar los eventos adversos, de esta forma cada participante desplegará en sus equipos las acciones y los resultados para el conocimiento de todos los colaboradores de la sede y las acciones impactaran explícitamente las causas de eventos adversos de la sede específica a la que le corresponde por su comportamiento

Homologar por correlación Técnica

OM PARCIAL

Evaluar sistemáticamente la efectividad de los planes de mejora resultado de los análisis de los sucesos de seguridad.

OM NUEVA

Fortalezcan las acciones de mejora que se derivan de los eventos adversos con el fin de impactar la causa raíz y disminuir los sucesos de seguridad en salud

OM NUEVA

Abordar e impactar los eventos adversos, de esta forma cada participante desplegará en sus equipos las acciones y los resultados para el conocimiento de todos los colaboradores de la sede y las acciones impactaran explícitamente las causas de eventos adversos de la sede específica a la que le corresponde por su comportamiento

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 5. Código: (AsSP1)

La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:

Criterios:

- Una estructura funcional para la seguridad del paciente.
- La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.
- Monitorización de eventos adversos.
- Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.
- Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3900

Avance ponderado 99,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar en programa de seguridad del paciente los tiempos para la implementación de acciones de mejora de eventos adversos según su severidad:	100,00% [1%] 2025-01-30	2025-01-02 2025-01-30	2025-01-02 2025-01-02	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Realizar socialización a líderes y referentes asistenciales sobre el análisis y gestión de Sucesos de Seguridad con el objetivo de generar apropiación, liderazgo e impacto de las acciones con posterior despliegue con los equipos.:	99,00% [1%] 2025-06-01	2025-03-01 2025-06-01	2025-06-11	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Matricular en Almera por (proyectos) acciones de mejora específicas de cada sede producto de análisis y gestión de los sucesos de seguridad:	99,00% [1%] 2025-10-10	2025-09-15 2025-10-10	2025-11-04	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Verificar impacto de las acciones del plan de mejora mediante indicador Gestión del Evento Adverso, corroborar gestión de los casos con desarrollo completo de protocolo de Londres.:	100,00% [1%] 2025-11-10	2025-10-01 2025-11-10	2025-11-04 2025-11-04	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	2	2	Bajo (20)

52. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3901 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

3. Hospitalización queda ubicado en el segundo piso, se evidencia un oratorio, consultorio de psicología, consultorio de dermatología, 19 consultorios para medicina general e interna, baños identificados por sexo, área de ropa sucia, unidad de aseo, estar de enfermería con ocho puestos de trabajo, baño para funcionarios, trabajo sucio y limpio y archivo de historia clínica de hospitalización. Los pacientes ingresan por urgencias, cirugía o UCI, son trasladados por el personal de enfermería o por médico dependiendo de la criticidad o equipos que tenga; la cama es asignada por admisiones con orden médica por historia clínica, tienen manilla de identificación con nombres y apellidos y número de identificación, sin embargo durante el recorrido se evidencia pacientes sin manilla en el brazo, esta se encontraba pegada al tablero de identificación.

Hallazgo: Fortalezcan el protocolo de identificación del paciente y dar cumplimiento a los lineamientos allí definidos, como por ejemplo el lugar donde va puesta la manilla en el brazo o pierna del paciente según la condición, con el fin de apalancar la seguridad del paciente. (hospital Fontibón)

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 7. Código: (AsSP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los

Procesos Asistenciales seguros:

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de Adherencia a la Guía de Buena Práctica Asegurar la Correcta Identificación del los Pacientes en los Procesos Asistenciales

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3901 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar documento 02-02-GI-0002 Guía Buena Práctica Asegurar la Correcta Identificación del los Pacientes en los Procesos Asistenciales en donde se incluya lugar de colocación de manilla según la condición del usuario.:	0,00% [1%]	2025-06-01 2025-06-30		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
2. Realizar pieza comunicativa que describa las prácticas seguras de Identificación de paciente en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.:	0,00% [1%]	2025-06-01 2025-06-30		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
3. Ejecutar socialización de actualización Buena Práctica Identificación de Paciente:	0,00% [1%]	2025-01-01 2025-07-30		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Evaluar adherencia a buenas prácticas de identificación de paciente en los diferentes Procesos y Servicios:	0,00% [1%]	2025-07-01 2025-07-30		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	2	5	Media (50)

53. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3903 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

5. Evaluar el enfoque desarrollado y la aplicación de la validación antes de la entrega como un aspecto del día a día y no por períodos semestrales en lo que no se justifica dicha implementación desde el componente de la gestión clínica de farmacia.

Hallazgo: Validar la información del perfil farmacoterapéutico previo a la emisión de los datos; de acuerdo con la presentación documental y en la entrevista realizada determinaron como elemento nuevo con alcance a la “validación” solicitada en la gestión del perfil la revisión semestral de los resultados por sede y servicio, de tal manera que evalúan la correlación de estos con el perfil de morbilidad, soportando con tablas que relacionan por grupo de medicamento el coeficiente de determinación (R cuadrado), que indica la cantidad proporcional de variación en un modelo de regresión lineal, pero no se describen análisis de estos resultados obtenidos ni decisiones derivadas.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

Criterios:

- Diseño del plan farmacológico de tratamiento.
- Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.
- Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.
- Participación del servicio farmacéutico.
- Participación de infectología si la complejidad lo requiere.
- Reconciliación de medicamentos al ingreso.
- Fármacovigilancia.
- Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.
- Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.
- Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.
- Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención

durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.

- Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3903

Avance ponderado 43,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar la metodología para analizar los resultados del coeficiente de determinación en la relación por grupo de medicamentos como parte de la gestión del perfil farmacoterapéutico y su correlación con el perfil de morbilidad en espacios interdisciplinarios con el gobierno clínico de la Subred:	80,00% [50%]	2025-09-01 2025-10-31	2025-10-14	Angelica Julieth Beltran Novoa, Erika Barrero Ojeda, Fidel Ernesto Sobrino Mejía, GOENAGA TRUJILLO JAIME ALBERTO, Jairo Camilo Guevara Fariás, Jhon Fredy Bernal Albino, LUISA FERNANDA RIAÑO SÁNCHEZ, MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO, OSCAR IVAN CASTILLO SUAREZ, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR, ROSSANA CALDERON FORERO, SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA, WENDY PAOLA RODRIGUEZ
2. Socializar y aprobar en comité de farmacia la metodología para analizar los resultados del coeficiente de determinación en la relación por grupo de medicamentos como parte de la gestión del perfil farmacoterapéutico y su correlación con el perfil de morbilidad en espacios interdisciplinarios con el gobierno clínico de la Subred:	95,00% [50%]	2025-11-01 2025-11-30	2025-11-29	Luz Dary Teran Mercado
3. Implementar la metodología para analizar los resultados del coeficiente de determinación en la relación por grupo de medicamentos como parte de la gestión del perfil farmacoterapéutico y su correlación con el perfil de morbilidad en espacios interdisciplinarios con el gobierno clínico de la Subred:	0,00% [0%]	2025-12-01 2026-02-28		Angelica Julieth Beltran Novoa, Jhon Fredy Bernal Albino, OSCAR IVAN CASTILLO SUAREZ, SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA
4. Realizar seguimiento en comité de Farmacia al análisis de los resultados del coeficiente de determinación en la relación por grupo de medicamentos como parte de la gestión del perfil farmacoterapéutico y su correlación con el perfil de morbilidad en espacios interdisciplinarios con el gobierno clínico de la Subred:	0,00% [0%]	2025-12-20 2026-02-28		Luz Dary Teran Mercado

5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01		Luz Dary Teran Mercado
----------------------	------------	------------	--	------------------------

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	3	Media (36)

54. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3904 / Eje seguridad del paciente - 2025 (2025-09-01) / ICONT

6. Reforzar los seguimientos farmacoterapéuticos con el fin de monitorizar el uso óptimo de medicamentos y mitigar la ocurrencia de eventos de seguridad derivados de interacciones medicamentosas.

Hallazgo: En cuanto a los servicios de seguimiento farmacoterapéutico reportan un consolidado para 2022 en UCI de 407, para 2023 de 475 y para primer trimestre de 2024 se encontraba en 392, lo cual proyecta superar la vigencia anterior al final del año. Articulado a este proceso han realizado seguimiento a pacientes polimedicados ambulatorios en USS Fontibón para 2022 un total de 79%, para 2023 de 48% y para 2024 primer trimestre 73%; USS Patio Bonito Tintal (Hospital Pediátrico Tintal) para 2023 fue de 66% y para primer trimestre de 2024 53%; en USS Pablo VI Bosa para 2022 fue de 80%, para 2023 de 64% y para primer trimestre de 2024 fue de 41%; como consolidado institucional reportan para 2022 un total de 80%, para 2023 de 59% y para 2024 primer trimestre 56% con una meta de 70%. Evidenciando la ocurrencia de eventos

adversos producidos por problemas relacionados con medicamentos es necesario

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

Criterios:

- Diseño del plan farmacológico de tratamiento.
- Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.
- Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.
- Participación del servicio farmacéutico.
- Participación de infectología si la complejidad lo requiere.
- Reconciliación de medicamentos al ingreso.

- Fármacovigilancia.
- Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.
- Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.
- Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.
- Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.
- Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de seguimiento farmacoterapéutico en las sedes acreditadas

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3904 **Avance ponderado** 84,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Programar seguimiento farmacoterapéutico en el servicio de Hospitalización, (Medicina Interna y UCI) ,Urgencias (Pacientes de observación) y Ambulatorio a los paciente (pacientes polimedicados):	99,00% [90%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-03	CAROLINA ANILLO COGOLLO, Danilo Soler Gamboa, LEIDY JOHANA PEÑA LOPEZ, Mónica Marcela Salgado Marín, NUBIA ESPERANZA ARDILA VELANDIA, YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
2. Realizar seguimiento mensual de los seguimiento farmacoterapéuticos realizados en las sedes acreditadas de la Subred:	99,00% [50%]	2025-09-10 2025-12-15	2025-09-24	CAROLINA ANILLO COGOLLO, Danilo Soler Gamboa, LEIDY JOHANA PEÑA LOPEZ, Mónica Marcela Salgado Marín, NUBIA ESPERANZA ARDILA VELANDIA, YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
3. Presentar los resultados de las seguimiento de manera mensual en el comité de Farmacia:	90,00% [0%]	2025-09-15 2025-12-30	2025-12-14	Luz Dary Teran Mercado
4. Evaluar el avance de los seguimientos farmacoterapéuticos y su incidencia en los sucesos de seguridad reportados en el siguiente mes , tomar decisiones si es pertinente según los resultados en equipo de mejora primario de farmacia:	50,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-30	2025-12-14	Luz Dary Teran Mercado

5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Luz Dary Teran Mercado
-----------------------------	------------	--------------------------	--	------------------------

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	3	Media (36)

55. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3906 / Equipo Primario de Mejoramiento Urgencias - 2025 (2025-06-03) / ICONT

4. Avanzar en el desarrollo de acciones que permitan mejorar la efectividad de remisiones en cada sede objeto de la medición con resultados positivos que se mantengan en el tiempo.

Hallazgo: Los siguientes son los resultados presentados y soportados mediante archivo "EFFECTIVIDAD REMISIONES.xlsx": Tintal año 2022 53,7% y 2023 54,7%; Pablo VI año 2022 68% y 2023 76,5%; Fontibón año 2022 51% y 2023 54,1%. No se describen resultados del 2024 a pesar de relacionarlos en la presentación del equipo de autoevaluación. Desde las tendencias Pablo VI muestra una tendencia positiva mes a mes, pero las otras dos sedes se comportan con una variabilidad importante y plana la tendencia correspondiente.

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 54. Código: (AsREF2)

Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:

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.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de efectividad de las remisiones para las sedes Hospital Fontibón y Hospital Pediátrico Tintal meta 50%

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3906

Avance ponderado 72,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar y Actualizar el Manual de Referencia y Contra referencia Relacionando los casos de remisión efectiva:	100,00% [100%] 2025-09-20	2025-09-02 2025-09-20	2025-09-08 2025-10-09	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
2. Socializar la actualización del Manual de Referencia y Contra referencia a los líderes Gerenciales en relación con las remisiones efectivas:	60,00% [10%] 2025-09-25	2025-09-25	2025-10-01	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
3. Realizar el monitoreo del indicador Porcentaje de Remisiones efectivas:	60,00% [50%] 2025-12-30	2025-02-02 2025-12-30	2025-09-08	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
4. Presentar los resultados del indicador en la mesa Primaria de Urgencias y frente a los resultados tomar acciones:	70,00% [10%] 2025-12-30	2025-02-02 2025-12-30	2025-09-01	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31		KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

56. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3908 / Equipo de autoevaluación Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

1. En el ejercicio de paciente trazador se evidencio que en la parte hospitalaria el 70% de los pacientes trazados tenían variable de dolor abordada en la historia clínica Hospitalización

Hallazgo: Reforzar en el personal asistencial de servicios intrahospitalarios el abordaje al dolor como quinto signos vital aportando a la seguridad del paciente y la humanización de la atención en salud (

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención

humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:

Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.
- Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).
- El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.

- Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Evaluación de programa de dolor en línea con humanización cliente externo subred sur occidente ESE
Inopportunitad en la atención

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3908 **Avance ponderado** 78,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Gestionar la solicitud de inclusión de escala de evaluación de dolor en formato de historia clínica de evolución hospitalización, como campo obligatorio.:	30,00% [5%]	2025-06-20 2025-10-15	2025-09-15	Alexandra Porras Ramírez, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR
2. Realizar socialización y/o capacitaciones en el abordaje integral y humanizado del dolor en los servicios hospitalarios:	85,00% [75%]	2025-09-10 2025-12-31	2025-10-15	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, DUARTE CELY RODOLFO, JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, RONAL ALBERTO ROA AYALA
3. Realizar medición de adherencia al protocolo de manejo humanizado del dolor:	100,00% [90%]	2025-10-01 2025-10-31	2025-10-15	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
4. Realizar la presentación de los resultados de la adherencia al protocolo, en el EPM Hospitalario con el fin de tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones:	100,00% [30%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-28 2025-12-09	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

57. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3909 / Equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

1. La valoración nutricional estuvo ausente en el 50% de los pacientes hospitalizados a los cuales según criterios institucionales se les debía realizar

Hallazgo: Fortalezcan la valoración de los pacientes que cumplen criterio de riesgo nutricional desde su ingreso con el fin de mitigar la evolución negativa de la clínica del paciente y su seguridad

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
 - Soporte nutricional especial.
 - Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
 - Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
 - Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
 - Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
 - Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
 - Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
 - Apoyo espiritual o religioso.
 - En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención

quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.

- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Riesgo asociado: Riesgo de deterioro nutricional o trastornos en la composición corporal, precipitado/agravado/perpetuado por las acciones u omisiones del equipo de salud

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Oportunidad para la realizar la valoración de los pacientes que cumplen criterio de riesgo nutricional desde su ingreso

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3909 **Avance ponderado** 46,67%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo con los líderes y referentes de enfermería de las sedes Hospital Fontibon y Hospital pediátrico Tintal con el objetivo de fortalecer la adherencia al Instructivo para el manejo de herramienta de tamizaje nutricional : paso a realizar numero 4 Solicitar interconsulta a nutrición una vez que el personal de enfermería informa al médico los resultados del tamizaje nutricional.:	60,00% [10%]	2025-08-01 2026-01-16	2025-10-24	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

2. Realizar monitoreo de la valoración nutricional de los pacientes hospitalizados a los cuales según criterios institucionales se les debe realizar:	40,00% [40%] 2025-07-01 2026-01-16	2025-08-01	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Tomar las acciones frente a las desviaciones presentadas:	40,00% [40%] 2025-04-02 2026-01-16	2025-08-01	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
4. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2025-04-21 2026-01-16		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

58. Gestión de TICS

✓ ID: 3913 / Equipo de autoevaluación gerencia de la información - 2025 (2025-09-12) / ICONT

2. 4.5. PERFIL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Por último, frente a la USS Tintal, presentaron el perfil de morbilidad de 2023 en el cual se evidencia como primeras causas hipertensión, lumbago, otros síndromes de cefalea y

rinofaringitis, evidenciándose diagnósticos sindromáticos que no especifican la causa raíz del diagnóstico final de consulta.

De manera general en todas las Unidades de Servicios de Salud, se evidencia las otras causas elevadas que pueden ir desde 60% hasta el 75-80%, teniendo en cuenta que actualmente, la entidad utiliza métodos tradicionales para la gestión y clasificación de la morbilidad ambulatoria, estos métodos, aunque útiles, presentan limitaciones en la estandarización, análisis de datos y optimización de recursos. Además, se observa fallas en el diligenciamiento de diagnósticos desde la historia clínica, verificación y control de esta información. Frente a la oportunidad de mejora

Hallazgo: Avanzar en la implementación de Grupos Relacionados de Diagnóstico que permita la clasificación de los pacientes por USS según su diagnóstico y complejidad de los casos y demás variables con el fin de conocer el peso específico y complejidad real de los casos, así como resultados clínicos comparables con instituciones de su misma complejidad.

Homologar por correlación técnica con:

Fortalecer los programas de capacitación para el personal médico y administrativo sobre el diligenciamiento y la depuración adecuada de diagnósticos que impulsen la información y el desarrollo de los GRDs institucionales

Proceso: Gestión de TICS

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 149. Código: (GI8)

Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.

Criterios:

- Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización.
- La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas.
- Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático.
- Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable.

Riesgo asociado: Deficiencias en el análisis de la información hospitalaria orientado a la optimización de los servicios, los desenlaces exitosos y brindar la mejor experiencia a los pacientes de la Subred Sur Occidente.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información Gerencia de la información Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3913 **Avance ponderado** 87,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Definir el estado del arte de la Subred frente a la viabilidad y aplicabilidad del marco metodológico para implementar GRD.:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-03-30	2025-02-07	Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
2. Avanzar en el afinamiento del manejo del registro de diagnósticos como fase previa a la implementación de GRD.:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-06-30	2025-01-24	Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
3. Avanzar en la implementación de CIE 11 en la Subred Sur Occidente.:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-08-14	2025-07-25	Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
4. Costear la instancia de la principal causa de morbilidad de las sedes hospitalarias acreditadas (Fontibón y Tintal).:	50,00% [50%]	2025-09-01 2025-12-31	2025-10-09	Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		ELIZABETH PINILLA CAMACHO

[Ver histórico](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	5	4	Alta (80)

59. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3911 / Equipo de autoevaluación gerencia de la información - 2025 (2025-09-12) / ICONT

1. 6.10. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INDICADORES ASISTENCIALES

Dentro de los indicadores verificados en la visita, se observan los siguientes resultados:

Sede Hospital Pediátrico Tintal: Egresos: Se describen en 2022 6.009 egresos, para 2023 6.202 y para primer trimestre de 2024 1.585, lo cual presenta una tendencia para superar los años anteriores; Consultas de urgencias: En 2022 un total de 23.638, 2023 21.307 y en primer trimestre de 2024 5.870, con tendencia a superar el año anterior, este servicio si bien se encuentra en una sede pediátrica, reportan en 2022 consultas de adulto un total de 485, 481 en 2023 y 472 en primer trimestre de 2024, los cuales en su momento fueron atendidos en su inicio pero remitidos para las sedes correspondientes para dar continuidad a la atención; Clasificación del triage: para 2023 el 0,2% corresponde al triage I, 2,5% triage II, 65% triage III, 32,2% triage IV de un total de triage realizados de 31.588 pacientes. En 2024 primer trimestre triage I 0,4%, triage II 2,6%, triage III 68,8% y triage IV 27,9%, respecto de 7135 triage realizados. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente

clasificado como Triage II en el servicio de urgencias: Se describen 20 minutos para 2022 y 17 minutos en 2023 y los transcurrido en 2024 (I trimestre); promedio días estancia: Se evidencia una disminución con 4 días en 2022 y 2023 para 3,4 días en el primer trimestre de 2024, lo cual, ha favorecido a hospitalización pediátrica, pues desde finales de 2023 con la apertura de la Unidad de Cuidado Intensivo, esta describe para ese año 4,1 días a 6,1 días. Giro Cama: Los datos descritos deben ser revisados por la institución, pues de 77 egresos en el período en 2022 y 2023 pasan a 18 egresos en el primer trimestre de 2024. Adherencia a guías de práctica clínica médica: En 2022 se describe para la sede 88,9% y 90,3% para 2023, no existe corte para el año presente. Oportunidad en la administración de hemo componentes: Describen 1 hora para 2022 sin datos en 2023 ni 2024. Oportunidad en la atención en consulta de urgencias: En minutos la tendencia de 2022 es 76 minutos, 2023 44 minutos y 32 minutos para primer trimestre presente año. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología: Se describe para la sede 5 días en 2022, 3,4 días en 2023 y 3 días en primer trimestre 2024. Oportunidad en la realización de cirugía programada: No se presentan datos relacionados a pesar de que se encuentra en operación el servicio desde último trimestre de 2023. Oportunidad en la notificación de resultados críticos de laboratorio clínico: Se describe una tendencia negativa según datos presentados con 12 minutos en 2022, 15 minutos en 2023 y 16 minutos en primer trimestre de 2024. Tasa de úlceras por presión: Para la sede este indicador con medición desde el año anterior es de 0%. Flebitis en sitios de venopunción: El porcentaje descrito está en aumento y con un resultado que debe generar la evaluación de la capacidad institucional desde la venopunción a las estrategias de seguridad del paciente y control de infecciones, así como los cuidados de enfermería, pues pasa del 41% en 2022 a 75% en 2024. Cumplimiento de actividades de programas de promoción y prevención y salud pública reportan para los años 2002, 2023 y 2024 un cumplimiento del, 100%. El indicador Personas que asistieron al servicio de odontología muestra que en el año 2022 se reportaron 49 personas, no hay reportes disponibles para el año 2023 ni para el período transcurrido de 2024, además, se destaca el bajo número de asistentes al servicio en 2022, sumado a la falta de datos en las siguientes vigencias indican la necesidad de mejorar la visibilidad, accesibilidad y calidad del servicio, así como la frecuencia de los reportes. Implementando campañas de concientización, evaluando y eliminando barreras, como oportunidad de mejora

Hallazgo: Implementar un sistema de seguimiento y reporte regular para asegurar que se recolecten y analicen los datos anualmente, así como establecer un sistema de monitoreo y evaluación continuo para rastrear el progreso y la efectividad de las estrategias implementadas.

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 142. Código: (GI1)

Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:

Criterios:

- Identificadas en los procesos de atención.
- Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.
- De asignación de recursos.
- De docencia-servicio.
- Investigación.
- Salud pública.
- Promoción y prevención.
- Del paciente y su familia durante su atención.
- Mejoramiento de la calidad.

Riesgo asociado: No contar con un seguimiento del desempeño institución

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información Gerencia de la información Sub Red Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3911 **Avance ponderado** 63,34%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Identificar el estado de las herramientas y mecanismos de monitoreo a la gestión institucional estableciendo las actividades requeridas para cerrar la brecha.:	100,00% [0%]	2025-01-01 2025-10-30	2025-07-18 2025-12-15	Bertha Lucia Mora Quiñones, Jeansy Milena Ramirez Martinez, RUBY LILIANA CABRERA CALDERON, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
2. Avanzar en el desarrollo del plan de actividades establecido de acuerdo al diagnóstico del estado de las herramientas institucionales para el monitoreo de la Gestión:	90,00% [0%]	2025-09-01 2025-12-30	2025-09-15	Bertha Lucia Mora Quiñones, Jeansy Milena Ramirez Martinez, RUBY LILIANA CABRERA CALDERON, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
3. Evaluar el impacto de las acciones del plan de trabajo para el mejoramiento del monitoreo.:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-03-30		Bertha Lucia Mora Quiñones, Jeansy Milena Ramirez Martinez, RUBY LILIANA CABRERA CALDERON, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
4. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-03-01 2026-03-31		ELIZABETH PINILLA CAMACHO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	5	4	Alta (80)

60. Gestión de Servicios Complementarios

ID: 3916 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

6. Es evidente el trabajo que ha desarrollado el grupo de humanización en la entidad, sin embargo, es importante que la entidad se asegure que las acciones encaminadas a fortalecer la empatía y el respeto, incluyan a los terceros administrativos, en particular al personal de servicio de alimentos, Esto es fundamental para

abordar y mejorar el trato hacia los cuidadores, a fin de evitar experiencias de indiferencia o falta de consideración, generando una sensación de desvalorización y deshumanización. Así mismo, tomar las acciones conducentes a evitar retrasos en la entrega de alimentos o errores en la preparación y distribución de los mismos, que pueden afectar negativamente la experiencia de los cuidadores, especialmente si no se manejan con cortesía y comprensión, teniendo en cuenta que tanto pacientes como cuidadores enfrentan situaciones estresantes en los procesos de alteración de su estado de salud, adaptar los horarios y opciones alimentarias podría contribuir a una mejor experiencia para ellos. A fin de mejorar la experiencia del paciente y su familia.

Hallazgo: Implementar programas que garanticen flexibilidad en los horarios y en las opciones disponibles de alimentos a fin de tomar en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes y cuidadores, así mismo establecer espacios dedicados para que los cuidadores puedan obtener información y apoyo, y promover su bienestar general durante el tiempo que pasan en las instalaciones hospitalarias.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.

- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de los programas y planes que operativizan el proceso de gestión del talento humano, debido a la falta de divulgación de las actividades por parte de la oficina de comunicaciones y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Disminución de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia Subred Sur Occidente ESE
Porcentaje de atenciones realizadas en horarios flexibles

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3916 **Avance ponderado** 25,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar el programa nutrición con corazón:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-09-15	2025-10-27 2025-10-27	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Socializar e implementar el programa nutrición con corazón:	0,00% [0%]	2025-09-15 2025-12-18		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
3. Realizar Monitoreo y evaluación del programa nutrición con corazón:	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-01-15		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
4. Establecer Acciones correctivas de acuerdo a las desviaciones encontradas con las acciones correctivas de acuerdo a las desviaciones encontradas:	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-01-15		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	5	Media (60)

61. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3917 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

7. Han realizado capacitaciones en los temas de acreditación, como humanización, transformación cultural, enfoque de gestión de riesgo, responsabilidad social, atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente y gestión de la tecnología.

Entre los avances de la entidad se encuentran la estandarización de los procesos de servicios tercerizados de apoyo y la articulación permanente con los estándares de seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, y gestión ambiental. Esto garantiza el buen engranaje y comunicación con los procesos y procedimientos de la subred.

Además, han fortalecido la formación teórica y práctica de los terceros a través de capacitaciones continuas y trabajo articulado para lograr la acreditación y habilitación de sedes. El proceso de medición de indicadores, encuestas, listas de chequeo, seguimiento a PQRS, capacitaciones y planes de mejora permite una articulación permanente con los proveedores.

La capacitación y formación continua también fueron cruciales. Ofrecieron programas de capacitación continua sobre los estándares de acreditación y las mejores prácticas en salud, así como talleres y seminarios específicos para los proveedores tercerizados, lo cual resultó muy beneficioso. Además, se involucró a los proveedores en la creación y revisión de políticas y procedimientos relacionados con la acreditación e incluyó a representantes de los proveedores en los comités de acreditación y calidad.

El monitoreo y evaluación regular fueron indispensables, realizaron auditorías internas regulares para asegurar que los servicios de los terceros cumplieran con los estándares de acreditación y se establecieron y monitorearon indicadores de desempeño específicos para los servicios tercerizados. También fue importante promover la integración de los valores y la cultura organizacional entre los empleados de los proveedores y organizar actividades de cohesión y team building para fortalecer la colaboración y el sentido de pertenencia.

La gestión de riesgos y seguridad también fue una prioridad. Trabajaron conjuntamente con los proveedores para identificar y gestionar riesgos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio, y se desarrollaron planes de contingencia y protocolos de emergencia en colaboración con los proveedores.

Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente a los terceros en su proceso de acreditación en salud.

Ahora bien, al preguntar a los propios terceros si estaban involucrados en algunos comités y si participaban como equipos primarios en la estructura de mejora, se observó que este tema no estaba del todo claro.

Hallazgo: Fomentar una estrecha colaboración entre el personal de urgencias y el personal de Nutriser a fin de garantizar una comunicación eficiente y una respuesta rápida a las necesidades nutricionales de los pacientes, asegurando la disponibilidad de la alimentación una vez ingrese el paciente.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de los programas y planes que operativizan el proceso de gestión del talento humano, debido a la falta de divulgación de las actividades por parte de la oficina de comunicaciones y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de satisfacción del paciente relacionada con servicio de suministro de dietas de forma mensual

Sistema Sistema Único de Acreditación Tipo 3917 Avance ponderado 5,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo con el personal de urgencias para la revisión y actualización del documento Procedimiento de solicitud y entrega de dietas 07-01-PR-0007:	20,00% [0%]	2025-04-21 2025-06-10	2025-11-07	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
2. Socializar la actualización del documento Procedimiento de solicitud y entrega de dietas 07-01-PR-0007:	0,00% [0%]	2025-07-03 2025-08-15		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Monitorear la satisfacción del personal de urgencias con la respuesta rápida a las necesidades nutricionales de los pacientes de forma mensual:	0,00% [0%]	2025-08-01 2025-12-24		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
4. Tomar los correctivos frente a las desviaciones encontradas:	0,00% [0%]	2025-09-01 2025-12-24		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	4	Media (36)

62. Gestión de Servicios Complementarios

ID: 3914 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

4. Han realizado capacitaciones en los temas de acreditación, como humanización, transformación cultural, enfoque de gestión de riesgo, responsabilidad social, atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente y gestión de la tecnología.

Entre los avances de la entidad se encuentran la estandarización de los procesos de servicios tercerizados de apoyo y la articulación permanente con los estándares de seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, y gestión ambiental. Esto garantiza el buen engranaje y comunicación con los procesos y procedimientos de la subred.

Además, han fortalecido la formación teórica y práctica de los terceros a través de capacitaciones continuas y trabajo articulado para lograr la acreditación y habilitación de sedes. El proceso de medición de indicadores, encuestas, listas de chequeo, seguimiento a PQRS, capacitaciones y planes de mejora permite una articulación permanente con los proveedores.

La capacitación y formación continua también fueron cruciales. Ofrecieron programas de capacitación continua sobre los estándares de acreditación y las mejores prácticas en salud, así como talleres y seminarios específicos para los proveedores tercerizados, lo cual resultó muy beneficioso. Además, se involucró a los proveedores en la creación y revisión de políticas y procedimientos relacionados con la acreditación e incluyó a representantes de los proveedores en los comités de acreditación y calidad.

El monitoreo y evaluación regular fueron indispensables, realizaron auditorías internas regulares para asegurar que los servicios de los terceros cumplieran con los estándares de acreditación y se establecieron y monitorearon indicadores de desempeño específicos para los servicios tercerizados. También fue importante promover la integración de los valores y la cultura organizacional entre los empleados de los proveedores y organizar actividades de cohesión y team building para fortalecer la colaboración y el sentido de pertenencia.

La gestión de riesgos y seguridad también fue una prioridad. Trabajaron conjuntamente con los proveedores para identificar y gestionar riesgos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio, y se desarrollaron planes de contingencia y protocolos de emergencia en colaboración con los proveedores.

Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente a los terceros en su proceso de acreditación en salud.

Ahora bien, al preguntar a los propios terceros si estaban involucrados en algunos comités y si participaban como equipos primarios en la estructura de mejora, se observó que este tema no estaba del todo claro.

Hallazgo: Fomentar una integración cultural entre los empleados de Nutriser y el personal institucional, a fin de promover una cultura organizacional que valore y practique la humanización, y asegurarse de que todos los involucrados comprendan su importancia

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).

- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de los programas y planes que operativizan el proceso de gestión del talento humano, debido a la falta de divulgación de las actividades por parte de la oficina de comunicaciones y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Disminución de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3914

Avance ponderado 73,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Planear y Realizar jornada de sensibilización en humanización con la participación del proveedor Nutriser y la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E:	70,00% [70%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-04-11	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

2. Realizar jornadas de escucha para la solución de inconformidades y orientación en los procedimientos del proveedor Nutriser y la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E de forma bimestral o según necesidad:	60,00% [10%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-04-25	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Realizar taller vivencial de trabajo en equipo del proceso de suministro de dietas humanizado alineado con la estrategia nutrición con corazón que consoliden vínculos interpersonales sanos y sean efectivos a la hora de realizar la atención de los pacientes.:	100,00% [0%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-12-16 2025-12-16	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
4. Realizar evaluación de la satisfacción de los pacientes con relación a la atención recibida durante el suministro de las dietas:	65,00% [50%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-04-25	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	5	Media (45)

63. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3915 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

5. Han realizado capacitaciones en los temas de acreditación, como humanización, transformación cultural, enfoque de gestión de riesgo, responsabilidad social, atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente y gestión de la tecnología.

Entre los avances de la entidad se encuentran la estandarización de los procesos de servicios tercerizados de apoyo y la articulación permanente con los estándares de seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, y gestión ambiental. Esto garantiza el buen engranaje y comunicación con los procesos y procedimientos de la subred.

Además, han fortalecido la formación teórica y práctica de los terceros a través de capacitaciones continuas y trabajo articulado para lograr la acreditación y habilitación de sedes. El proceso de medición de indicadores, encuestas, listas de chequeo, seguimiento a PQRS, capacitaciones y planes de mejora permite una articulación permanente con los proveedores.

La capacitación y formación continua también fueron cruciales. Ofrecieron programas de capacitación continua sobre los estándares de acreditación y las mejores prácticas en salud, así como talleres y seminarios específicos para los proveedores tercerizados, lo cual resultó muy beneficioso. Además, se involucró a los proveedores en la creación y revisión de políticas y procedimientos relacionados con la acreditación e incluyó a representantes de los proveedores en los comités de

acreditación y calidad.

El monitoreo y evaluación regular fueron indispensables, realizaron auditorías internas regulares para asegurar que los servicios de los terceros cumplieran con los estándares de acreditación y se establecieron y monitorearon indicadores de desempeño específicos para los servicios tercerizados. También fue importante promover la integración de los valores y la cultura organizacional entre los empleados de los proveedores y organizar actividades de cohesión y team building para fortalecer la colaboración y el sentido de pertenencia.

La gestión de riesgos y seguridad también fue una prioridad. Trabajaron conjuntamente con los proveedores para identificar y gestionar riesgos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio, y se desarrollaron planes de contingencia y protocolos de emergencia en colaboración con los proveedores.

Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente a los terceros en su proceso de acreditación en salud.

Ahora bien, al preguntar a los propios terceros si estaban involucrados en algunos comités y si participaban como equipos primarios en la estructura de mejora, se observó que este tema no estaba del todo claro.

Hallazgo: Implementar sistemas de monitoreo y evaluación para asegurar que los servicios de Nutriser cumplan con los estándares de humanización, estableciendo indicadores de desempeño claros y realizando evaluaciones periódicas

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.

- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación reputacional por errores en el suministro de dietas, debido a la baja adherencia al procedimiento, debilidades en la capacitación del personal y la no verificación de los inequívocos.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de satisfacción del paciente relacionada con servicio de suministro de dietas de forma mensual

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3915 **Avance ponderado** 63,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar aplicación de encuesta de satisfacción del paciente relacionada con servicio de suministro de dietas de forma mensual:	50,00% [30%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-05-16	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
2. Monitorear el cumplimiento de los gustos y preferencias de los pacientes en su dieta de forma mensual:	75,00% [75%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-04-25	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Monitorear el porcentaje de incidentes relacionados con el suministro de dietas de forma mensual:	60,00% [50%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-04-25	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
4. Tomar los correctivos frente a las desviaciones encontradas:	70,00% [50%]	2025-04-21 2025-12-24	2025-07-18	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	4	Media (36)

64. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3921 / Eje de humanización - 2025 (2025-09-23) / ICONT

1. Se resalta el esfuerzo de las actividades realizadas, sin embargo al abordar a los trabajadores para las entrevistas se obtuvieron resultados poco favorables y que demuestran que de la visita anterior a esta hay retroceso en los procesos de capacitación y comunicación.

Hallazgo: Afianzar y consolidar las estrategias de comunicación entre equipos de trabajo y socialización de programas y resultados obtenidos institucionalmente de manera continua, garantizando que sea un proceso cílico y que impacta a trabajadores antiguos como nuevos alineando a toda la planta y terceros a las políticas institucionales.

USS Fontibón, USS Pablo VI, USS Patio Bonito Tintal (Hospital Pediátrico Tintal) y USS Zona Franca, Villa Javier y Tintal.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 104. Código: (TH1)

Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.

Estos procesos incluyen la información relacionada con:

Criterios:

- Legislación.
- Evaluación periódica de expectativas y necesidades.
- Evaluación periódica del clima organizacional.
- Evaluación periódica de competencias y desempeño.
- Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.
- Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- Análisis de puestos de trabajo.
- Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.
- Políticas de compensación y definición de escala salarial.
- Estímulos e incentivos.
- Bienestar laboral.
- Necesidades de comunicación organizacional.
- Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.

- Relación docencia-servicio.
- Efectividad de la respuesta.

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3921

Avance ponderado 55,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Programar reunión con los líderes de sedes, socializando los resultados de las entrevistas a trabajadores relacionada con enfoque de ejes.:	100,00% [1%]	2025-10-01 2025-11-14	2025-11-06 2025-11-06	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Diseñar y socializar en conjunto con los líderes un taller vivencial para fortalecer las habilidades de relaciones interpersonales con énfasis en liderazgo y comunicación con las sedes acreditadas.:	25,00% [1%]	2025-11-01 2025-12-31	2025-11-05	Katherin Vanessa Parra Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
3. Dar continuidad a las estrategias de socialización de ejes de acreditación, priorizando los resultados obtenidos en la auditoría de ICONTEC, de Humanización y Transformación Cultural.:	50,00% [1%]	2025-10-01 2026-01-30	2025-11-06	Katherin Vanessa Parra Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
4. Evaluar el impacto de las estrategias de socialización de los programas y sensibilización para el fortalecimiento de las relaciones interpersonales: - Encuesta a colaboradores en acreditación.:	10,00% [1%]	2025-10-01 2026-01-30	2025-11-06	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, LINA VANESA GUTIERREZ VALLEJO
5. Socializar los resultados obtenidos de las estrategias de socialización, con los líderes quienes socializaran a su vez los resultados con su equipo. .:	90,00% [0%]	2025-02-01 2026-02-28	2025-11-18	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, Katherin Vanessa Parra Aldana, Laritza Escárraga, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, RONALD ALEXANDER MEZA COLON
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-02-01 2026-02-28		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	4	Media (48)

 65. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3919 / Equipo primario de mejoramiento UCI - 2025 (2025-08-29) / ICONT

2. Nueva. Los pacientes que ingresan al área provienen de urgencias, cirugía o de otras sedes a quienes previamente les autorizan su ingreso con el cumplimiento de los criterios establecidos; el ingreso de familiares lo realizan por el mismo acceso principal y tienen disponible batas y gorros para su uso antes de entrar al cubículo; se evidenció la aplicación de escalas tanto por parte del personal de enfermería como médico, y son actualizadas cada hora, sin embargo llama la atención durante paciente trazador, se evidencia que un paciente que es recibido por parte de la UCI para su ingreso y que viene de otra sede, a este paciente le realizan todo el ingreso nuevamente en la sede como si fuera nuevo y no tuviera una historia clínica ya realizada en la sede de donde proviene, lo que genera perdida de oportunidad y continuidad en la atención UC

Hallazgo: Avanzar en continuidad de la atención de los pacientes remitidos de sedes propias de la Subred, teniendo en cuenta que ya cumplen un manejo (tratamiento) y tienen estudios ya realizados, de esta manera optimizan recursos y aceleran el proceso de atención (Hospital de Fontibón)

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de percepción favorable de la cultura de humanización a cliente externo subred sur occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3919

Avance ponderado 45,80%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo para revisar el proceso de traslado de pacientes entre sedes hacia la unidad de cuidados intensivos enfocado en mejorar la continuidad de los registros clínicos de los pacientes.:	100,00% [10%]	2025-09-01 2025-10-24	2025-10-22	Jairo Camilo Guevara Fariás, Yulith esperanza Pérez duitama
2. Presentar en el EPM de UCI los resultados de la mesa de trabajo realizada para la revisión del proceso de traslado de pacientes para mejorar la continuidad de los registros clínicos:	0,00% [0%]	2025-09-01 2025-10-24		Jairo Camilo Guevara Fariás
3. Socializar al personal asistencial de las UCI el procedimiento de traslado de pacientes de otras sedes de la Subred donde se incluya la importancia de	99,00% [20%]	2025-09-01 2025-10-24	2025-10-22	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, Jairo Camilo Guevara Fariás, RONALD

la revisión de los registros clínicos del paciente.:				ALEXANDER MEZA COLON
4. Realizar seguimiento de autocontrol a pacientes trasladados entre sedes para verificar el cumplimiento del procedimiento de traslado a las UCI para presentar los resultados al EPM UCI .:	10,00% [5%]	2025-10-01 2025-11-25	2025-12-04	DIANA CAROLINA MONTERO CORTES
5. Realizar plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados con incumplimiento del seguimiento de autocontrol al procedimiento de traslado de pacientes a los servicio de UCI.:	20,00% [5%]	2025-12-01 2025-12-25	2025-11-10	Jairo Camilo Guevara Farias
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Jairo Camilo Guevara Farias

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

66. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3920 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

8. Revisen los datos del personal con el que cuenta cada sede y caracterizar la población de colaboradores, añadido a esto analizar la capacidad del talento humano presentado para esta evaluación y si es necesario reforzar las dos sedes hospitalarias

Homologar por correlación tacnica OM de autoevaluacion

Actualizar el mecanismo de planeación de talento Humano y el análisis de suficiencia de talento humano a partir del estudio de factibilidad de la Subred Sur Occidente que permita la implementación del modelo Mas Bienestar.

Continuar con la monitorización de la suficiencia del talento humano en cada una de las Unidades de la Subred que permita dar cubrimiento la prestación de los servicios

Hallazgo: R7.6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO POR TERCEROS

Han realizado capacitaciones en los temas de acreditación, como humanización, transformación cultural, enfoque de gestión de riesgo, responsabilidad social, atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente y gestión de la tecnología. Entre los avances de la entidad se encuentran la estandarización de los procesos de

servicios tercerizados de apoyo y la articulación permanente con los estándares de seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, y gestión ambiental. Esto garantiza el buen engranaje y comunicación con los procesos y procedimientos de la subred. Además, han fortalecido la formación teórica y práctica de los terceros a través de capacitaciones continuas y trabajo articulado para lograr la acreditación y habilitación de sedes.

El proceso de medición de indicadores, encuestas, listas de chequeo, seguimiento a PQRS, capacitaciones y planes de mejora permite una articulación permanente con los proveedores. La capacitación y formación continua también fueron cruciales. Ofrecieron programas de capacitación continua sobre los estándares de acreditación y las mejores prácticas en salud, así como talleres y seminarios específicos para los proveedores tercerizados, lo cual resultó muy beneficioso. Además, se involucró a los proveedores en la creación y revisión de políticas y procedimientos relacionados con la acreditación e incluyó a representantes de los proveedores en los comités de acreditación y calidad.

El monitoreo y evaluación regular fueron indispensables, realizaron auditorías internas regulares para asegurar que los servicios de los terceros cumplieran con los estándares de acreditación y se establecieron y monitorearon indicadores de desempeño específicos para los servicios tercerizados. También fue importante promover la integración de los valores y la cultura organizacional entre los empleados de los proveedores y organizar actividades de cohesión y team building para fortalecer la colaboración y el sentido de pertenencia.

La gestión de riesgos y seguridad también fue una prioridad. Trabajaron conjuntamente con los proveedores para identificar y gestionar riesgos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio, y se desarrollaron planes de contingencia y protocolos de emergencia en colaboración con los proveedores.

Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 106. Código: (TH3)

La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:

Criterios:

- Requisitos y perfil del cargo.
- Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.
- Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.
- Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.
- Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.
- Asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.
- Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3920

Avance ponderado 80,01%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Definir con la Dirección de Talento Humano y la Dirección de Contratación el mecanismo de consolidación de la base de datos del personal (planta, contrato y tercerizados) institucional y por cada sede.:	100,00% [99%]	2025-09-01 2025-10-15	2025-10-10	GILMA LUCILA DUARTE AMADO, GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO, Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA, Tatiana Eugenia Marín Salazar - Dirección Administrativa, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
2. Unificar las bases de datos de Suresooc y emitir el reporte de colaboradores institucional y tercerizados por cada sede para consulta y validación en línea de acuerdo con la solicitud de bases de ICONTEC.:	50,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-10-24	Miguel Mojica Mugno, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA, Tatiana Eugenia Marín Salazar - Dirección Administrativa, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
3. Validar la información con frecuencia mensual por cada uno de los líderes de sede del personal de (planta, contrato y tercerizados).:	50,00% [10%]	2025-10-01 2025-12-31	2025-09-23	Alexandra Porras Ramírez, DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, Juan Manuel Mendieta Novoa, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA, Yulith esperanza Pérez duitama
4. Actualizar los estándares de la Guía de Planeación suficiencia y capacidad instalada del Talento Humano:	100,00% [100%]	2025-04-15 2025-05-20	2025-04-21 2025-05-30	Alexandra Porras Ramírez, DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
5. Socializar la actualización de los estándares de la Guía de Planeación suficiencia y capacidad instalada del Talento Humano:	80,00% [80%]	2025-05-02 2025-11-30	2025-10-08	Alexandra Porras Ramírez, DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, Juan Manuel Mendieta Novoa, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA, Yulith esperanza Pérez duitama
6. Verificar la suficiencia del Talento Humano de las sedes acreditadas:	100,00% [50%]	2025-07-01 2025-12-31	2025-07-10 2025-12-05	Alexandra Porras Ramírez, Cindy Mallerly Vargas Pinilla, DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, Juan Manuel Mendieta Novoa, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano

[Ver historial](#)
Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	4	Media (48)

67. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3929 / Equipo de autoevaluación Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

2. El 60% de los pacientes entrevistados recibió explicación sobre el nombre, la dosis y vía de administración de los medicamentos que está tomando y si hay cambios en la medicación recibió explicación sobre los cambios Hospitalización SEGURIDAD DEL PACIENTE

Hallazgo: Mejoren la capacitación de los colaboradores en la entrega de información en el momento de la administración de medicamentos y sus riesgos de manera que brinden todas las herramientas necesarias al usuario y su familia en seguridad y les permitan participar del proceso de atención en salud

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

Criterios:

- Diseño del plan farmacológico de tratamiento.
- Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.
- Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.
- Participación del servicio farmacéutico.
- Participación de infectología si la complejidad lo requiere.
- Reconciliación de medicamentos al ingreso.
- Fármacovigilancia.
- Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.
- Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.
- Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.
- Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.
- Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Riesgo asociado: 3. Posibilidad de afectación económica y reputacional por afectación en la salud del usuario durante el proceso de atención debido a la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, fallas en el monitoreo a las buenas prácticas priorizadas y falta de adherencia a los protocolos.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente
% adherencia de la educación brindada al usuario en la administración de medicamentos

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3929

Avance ponderado 74,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar cronograma de capacitación a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la información brindada al usuario frente a los medicamentos administrados:	100,00% [95%]	2025-03-20 2025-10-31	2025-09-01 2025-11-06	ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA
2. Realizar socialización a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la información brindada al usuario frente a los medicamentos administrados:	100,00% [100%]	2025-04-24 2025-07-31	2025-10-07 2025-10-07	ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA
3. Realizar auditoría de autocontrol frente a la buena práctica de administración del medicamento:	100,00% [100%]	2025-07-15 2026-01-15	2025-09-01 2025-11-04	ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA
4. realizar medición de apropiación del usuario frente a la información en la administración de medicamentos:	50,00% [20%]	2025-09-01 2026-01-15	2025-09-01	ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA
5. generar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas en la auditoría en los resultados de la encuesta:	20,00% [10%]	2025-11-20 2026-01-16	2025-10-01	ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-01		ERIKA LINDSEY RAVELO GARCIA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	5	Alta (100)

 68. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3928 / Equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

2. Identificar las otras posibles causas de morbilidad en cada USS que puedan ser objeto de estudio con el fin de fortalecer la planeación estratégica de las unidades evaluadas en la Subred; De acuerdo con lo presentado por la organización se evidencia un enfoque claro para relacionar los diagnósticos de acuerdo con el tipo de sede y complejidad, así como servicios de atención, pero no se menciona cómo se abordó en cada unidad de servicio de salud el despliegue y la gestión de estrategias para fortalecer los procesos de atención desde su planeación. Hospitalización

Hallazgo: Fortalezcan la práctica de los planes de enfermería desde el enfoque de definición de metas y objetivos basados en el perfil epidemiológico, que sean medibles y con los resultados puedan brindar un nivel de atención eficaz y eficiente impactando la salud de los pacientes.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 43. Código: (AsEJ3)

El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.

Criterios:

- La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.
- La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos 48 Ministerio de Salud y Protección Social diagnósticos, previamente definidos.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.
- Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.
- La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.
- La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.
- Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente
% adherencia al plan de enfermería

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3928 **Avance ponderado** 62,87%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Planear simposio de enfermería en donde se evidencie la importancia del plan de cuidado de enfermería y su ejecución:	100,00% [100%]	2025-04-15 2025-11-05	2025-04-15 2025-04-15	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, JESSICA NATALIA MORENO POVEDA
2. Revisar viabilidad de desarrollar alerta frente a la realización de plan de cuidados de enfermería y la consulta del mejor diagnóstico de enfermería asociado al diagnóstico médico mediante inteligencia artificial:	20,00% [5%]	2025-06-15 2025-08-02	2025-10-13	Ana Lucia Quintero Mojica, JESSICA NATALIA MORENO POVEDA, Yulith esperanza Pérez duitama

3. Realizar el simposio de enfermería con ponencia en la importancia de plan de cuidado de enfermería:	100,00% [100%] 2025-05-03 2025-05-31	2025-10-13 2025-10-13	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, JESSICA NATALIA MORENO POVEDA
4. Crear herramienta de consulta rápida en el modulo de enfermería de almera, para la consulta de diagnósticos y cuidados de enfermería, relacionados con el diagnóstico médico de acuerdo al perfil de morbilidad:	20,00% [5%] 2025-07-21 2025-08-20	2025-10-13	JESSICA NATALIA MORENO POVEDA, Yulith esperanza Pérez duitama
5. Realizar socalización de herramientas para plan de cuidado de enfermería:	100,00% [100%] 2025-09-01 2025-09-30	2025-10-01 2025-10-01	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, JESSICA NATALIA MORENO POVEDA
6. Realizar medición de adherencia al plan de cuidado de enfermería:	100,00% [100%] 2025-10-01 2026-01-15	2025-10-13 2025-10-13	JESSICA NATALIA MORENO POVEDA, Yulith esperanza Pérez duitama
7. Generara acciones de acuerdo a las desviaciones detectadas:	0,00% [0%] 2026-01-15 2026-01-30		JESSICA NATALIA MORENO POVEDA, Yulith esperanza Pérez duitama
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		Yulith esperanza Pérez duitama

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	5	Alta (100)

69. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3934 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

10. Integrar los componentes de la cultura organizacional con los ejes de acreditación y la transformación digital

Hallazgo: Al evaluar el enfoque y gestión se puede evidenciar la relación con el trabajo realizado ya descrito en el eje bajo los conceptos de los 4 componentes, la política de talento humano, el plan de trabajo 2022 y el programa de transformación cultural, apoyado mediante los gestores de integridad y el código integridad, la evaluación realizada por el DASCD en 2023, la encuesta de necesidades de bienestar social, la escuela de líderes y la medición de cultura organizacional del 2022. No es clara una asociación o correlación de cultura y clima con las intervenciones efectuadas, tanto así, que lo soportan en gestión del año 2022 especialmente, y que para 2023 no dan continuidad a los instrumentos y varía la medición de cultura con instrumento externo que aún se encuentra en socialización y análisis por la entidad.

reportan para la sede Villa Javier una participación de 25 colaboradores en la feria de acreditación, 31 participantes en conversatorios, 29 participantes en diagnósticos de cultura, 21 gestores del equipo directivo en curso gestores de integridad, con unos resultados de 90.3% en el postest de la feria, 79.8% en el postest del conversatorio, 99.5% de asimilación en el curso de gestores, 95.8% de asimilación en el programa de transformación cultural; en los resultados de la medición de cultura son transversales para todas las sedes, reportan cultura orientada a las normas 16.20 nivel superior, cultura orientada a resultados 14.8 Nivel alto, cultura al poder 13.40 y cultura orientada a las personas 11.78 nivel alto. Para Tintal, 15 participantes en la feria de acreditación, 25 en el conversatorio, 325 en diagnóstico de cultura, los resultados de los pretest reportaron los mismos resultados que en Villa Javier.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3934 **Avance ponderado** 98,29%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Reestructurar la estrategia ADN Subred, articulando los ejes de acreditación con el planeación estratégica:	100,00% [50%]	2025-07-14 2025-08-15	2025-10-14 2025-12-13	Katherin Vanessa Parra Aldana
2. Replantear la metodología para el desarrollo de la estrategia del tren de acreditación, incluyendo la participación de todos los ejes.:	100,00% [75%]	2025-09-19 2025-11-28	2025-09-19 2025-11-28	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon McCartney Scott
3. Actualizar el programa de transformación cultural incluyendo la articulación de los ejes de acreditación en los componentes del modelo de cultura.:	100,00% [0%]	2025-10-01 2025-10-31	2025-11-11 2025-12-15	Katherin Vanessa Parra Aldana
4. Socializar el modelo de cultura organizacional según la actualización desarrollada.:	90,00% [0%]	2025-11-03 2025-12-31	2025-10-02	Katherin Vanessa Parra Aldana
5. Diseñar curso de ejes de acreditación, que permita incluir la participación de los colaboradores, terceros y asociación de usuarios.:	100,00% [100%]	2025-08-01 2025-10-31	2025-08-01 2025-10-31	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon McCartney Scott
6. Evaluar los resultados de: la estrategias ADN Subred, tren de acreditación y curso de ejes:	99,00% [99%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-12-01	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon McCartney Scott
7. De acuerdo los resultados de las estrategias ADN Subred, Tren de la acreditación y Curso, socializar avance y fortalecer los aspectos a mejorar en la feria de ejes de acreditación:	99,00% [99%]	2025-12-08 2025-12-31	2025-12-12	Katherin Vanessa Parra Aldana, Sharon McCartney Scott

8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01		Katherin Vanessa Parra Aldana
----------------------	------------	------------	--	-------------------------------

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	4	Media (48)

70. Gestión del Talento Humano

✓ ID: 3933 / Equipo de autoevaluación Gestión de Talento Humano - 2025 (2025-07-02) / ICONT

9. OPORTUNIDAD DE MEJORA CON CUMPLIMIENTO PARCIAL

Las estrategias adoptadas y gestionadas para impactar cultura y clima laboral deben ser alineadas desde su enfoque, permitiendo que el seguimiento y análisis de las actividades desarrolladas se correlacione con los resultados y permita realizar ajustes en caso de necesidad, determinando al cierre de la vigencia el grado de impacto.

HOMOLOGAR POR CORRELACION TECNICA

OPORTUNIDAD DE MEJORA NUEVA

Desagregar los resultados por sede para saber el comportamiento específico de cada sede e implementar mejoras que impáctenla cultura de cada sede

Hallazgo: Al evaluar el enfoque y gestión se puede evidenciar la relación con el trabajo realizado ya descrito en el eje bajo los conceptos de los 4 componentes, la política de talento humano, el plan de trabajo 2022 y el programa de transformación cultural, apoyado mediante los gestores de integridad y el código integridad, la evaluación realizada por el DASCD en 2023, la encuesta de necesidades de bienestar social, la escuela de líderes y la medición de cultura organizacional del 2022. No es clara una asociación o correlación de cultura y clima con las intervenciones efectuadas, tanto así, que lo soportan en gestión del año 2022especialmente, y que para 2023 no dan continuidad a los instrumentos y varía la medición de cultura con instrumento externo que aún se encuentra en socialización y análisis por la entidad.

reportan para la sede Villa Javier una participación de 25 colaboradores en la feria de acreditación, 31 participantes en conversatorios, 29 participantes en diagnósticos de cultura, 21 gestores del equipo directivo en curso gestores de integridad, con unos resultados de 90.3% en el postest de la feria, 79.8% en el postest del conversatorio, 99.5%

de asimilación en el curso de gestores, 95.8% de asimilación en el programa de transformación cultural; en los resultados de la medición de cultura son transversales para todas las sedes, reportan cultura orientada a las normas 16.20 nivel superior, cultura orientada a resultados 14.8 Nivel alto, cultura al poder 13.40 y cultura orientada a las

personas 11.78 nivel alto. Para Tintal, 15 participantes en la feria de acreditación, 25 en el conversatorio, 325 en diagnóstico de cultura, los resultados de los pretest reportaron los mismos resultados que en Villa Javier.

Proceso: Gestión del Talento Humano

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 104. Código: (TH1)

Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.

Estos procesos incluyen la información relacionada con:

Criterios:

- Legislación.
- Evaluación periódica de expectativas y necesidades.
- Evaluación periódica del clima organizacional.
- Evaluación periódica de competencias y desempeño.
- Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.
- Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- Análisis de puestos de trabajo.
- Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.
- Políticas de compensación y definición de escala salarial.
- Estímulos e incentivos.
- Bienestar laboral.
- Necesidades de comunicación organizacional.
- Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.
- Relación docencia-servicio.
- Efectividad de la respuesta

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3933

Avance ponderado 60,73%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Referenciar con otras entidades acreditadas, en los siguientes temas: Estrategias para impactar cultura y clima organizacional, herramientas y periodicidad con la que hacen medición de cultura.:	100,00% [30%]	2025-09-22 2025-11-14	2025-09-22 2025-12-15	Katherin Vanessa Parra Aldana

2. Documentar la herramienta y periodicidad para la medición de cultura y las buenas prácticas adoptadas de la referenciación.:	25,00% [0%] 2025-12-01 2026-01-30	2025-12-01 2026-01-30	2025-12-01	Katherin Vanessa Parra Aldana
3. Documentar las estrategias adoptadas para impactar la cultura y el clima organizacional que se adoptaron de acuerdo con los resultados obtenidos de: - Medición Clima y Ambiente Laboral 2024 - Diagnóstico de Cultura Organizacional 2023:	100,00% [25%] 2025-09-23 2025-10-31	2025-09-23 2025-10-31	2025-09-23 2025-12-15	Katherin Vanessa Parra Aldana
4. Robustecer en la encuesta de Identificación de necesidades de Bienestar y Capacitación, Eje Transformación Cultural e integridad, incluyendo los aspectos relacionados en cada componente, para fortalecer las acciones a desarrollar en el plan de trabajo anual.:	100,00% [20%] 2025-10-06 2025-10-31	2025-10-06 2025-10-31	2025-10-06 2025-10-31	Katherin Vanessa Parra Aldana
5. Aplicar encuesta de identificación de necesidades de Bienestar y Capacitación:	100,00% [0%] 2025-11-10 2026-01-12	2025-11-10 2026-01-12	2025-11-14 2025-12-01	Katherin Vanessa Parra Aldana
6. Evaluar el impacto de las estrategias, mediante los resultados la encuesta de necesidades de Bienestar y Capacitación eje transformación Cultural e integridad.:	0,00% [0%] 2026-01-13 2026-01-20	2026-01-13 2026-01-20		Katherin Vanessa Parra Aldana
7. Socializar los resultados obtenidos de la encuesta de bienestar y capacitación a los líderes de las sedes acreditadas, y crear plan de trabajo con base a los resultados:	0,00% [0%] 2026-03-02 2026-03-31	2026-03-02 2026-03-31		Katherin Vanessa Parra Aldana
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31		Katherin Vanessa Parra Aldana

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	4	Media (48)

71. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3944 / Equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

4. Implementar controles de calidad rigurosos para asegurar que los alimentos proporcionados sean seguros, nutritivos y cumplan con los estándares sanitarios.

Hallazgo: Entre los avances de la entidad se encuentran la estandarización de los procesos de servicios tercerizados de apoyo y la articulación permanente con los estándares de seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, y gestión ambiental. Esto garantiza el buen engranaje y comunicación con los procesos

y procedimientos de la subred.

Además, han fortalecido la formación teórica y práctica de los terceros a través de capacitaciones continuas y trabajo articulado para lograr la acreditación y habilitación de sedes. El proceso de medición de indicadores, encuestas, listas de chequeo, seguimiento a PQRS, capacitaciones y planes de mejora permite una articulación permanente con los proveedores.

La capacitación y formación continua también fueron cruciales. Ofrecieron programas de capacitación continua sobre los estándares de acreditación y las mejores prácticas en salud, así como talleres y seminarios específicos para los proveedores tercerizados, lo cual resultó muy beneficioso. Además, se involucró a los proveedores en la creación y revisión de políticas y procedimientos relacionados con la acreditación e incluyó a representantes de los proveedores en los comités de acreditación y calidad.

El monitoreo y evaluación regular fueron indispensables, realizaron auditorías internas regulares para asegurar que los servicios de los terceros cumplieran con los estándares de acreditación y se establecieron y monitorearon indicadores de desempeño específicos para los servicios tercerizados. También fue importante promover la integración de los valores y la cultura organizacional entre los empleados de los proveedores y organizar actividades de cohesión y team building para fortalecer la colaboración y el sentido de pertenencia.

La gestión de riesgos y seguridad también fue una prioridad. Trabajaron conjuntamente con los proveedores para identificar y gestionar riesgos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio, y se desarrollaron planes de contingencia y protocolos de emergencia en colaboración con los proveedores.

Finalmente, fue importante involucrar a los proveedores en las evaluaciones externas. Se preparó a los proveedores para las auditorías y evaluaciones externas, asegurando que entendieran los criterios y expectativas, y se les involucró en las reuniones de evaluación y retroalimentación post-auditoría, lo cual ayudó a asegurar que los proveedores tercerizados no solo cumplieran con los estándares de acreditación, sino que también se sintieran parte integral del proceso de mejora continua en la organización de salud. Implementando estas estrategias, se logró que la Red Sur Occidente de Bogotá integrara efectivamente a los terceros en su proceso de acreditación en salud.

Ahora bien, al preguntar a los propios terceros si estaban involucrados en algunos comités y si participaban como equipos primarios en la estructura de mejora, se observó que este tema no estaba del todo claro.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.

- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con priorización a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Riesgo de incumplimiento en la inocuidad de los alimentos

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Número de medidas de higiene aplicadas durante la producción, almacenamiento, distribución y preparación de los alimentos

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3944 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo para identificar los puntos de control durante el ciclo de preparación de alimentos que incluya desde la recepción de materia prima hasta su entrega a los pacientes atendidos en la subred suroccidente:	0,00% [0%]	2025-05-01 2025-05-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
2. Aplicar los puntos de control durante el ciclo de preparación de alimentos que incluya desde la recepción de materia prima hasta su entrega a los pacientes atendidos en la subred suroccidente:	0,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-23		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Realizar auditoría a la aplicación de los controles de calidad durante los procesos de preparación de alimentos, que abarquen desde la recepción de la materia prima hasta la entrega a las dietas a los pacientes de la Subred Suroccidente:	0,00% [0%]	2025-10-01 2025-12-29		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

4. Presentar resultados de la auditoría a la aplicación de los controles de calidad durante los procesos de preparación de alimentos, que abarquen desde la recepción de la materia prima hasta la entrega a de las dietas a los pacientes de la Subred Sur Occidente y plan de mejora en caso de incumplimiento.:	0,00% [0%]	2025-11-15 2025-12-16		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	5	Media (45)

72. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3943 / Equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

3. Establecer los mecanismos tendientes a garantizar los tiempos de los alimentos a los pacientes del servicio de urgencias

Hallazgo: Es evidente el trabajo que ha desarrollado el grupo de humanización en la entidad, sin embargo, es importante que la entidad se asegure que las acciones encaminadas a fortalecer la empatía y el respeto, incluyan a los terceros administrativos, en particular al personal de servicio de alimentos. Esto es fundamental para abordar y mejorar el trato hacia los cuidadores, a fin de evitar experiencias de indiferencia o falta de consideración, generando una sensación de desvalorización y deshumanización. Así mismo, Tomar las acciones conducentes a evitar retrasos en la entrega de alimentos o errores en la preparación y distribución de los mismos, que pueden afectar negativamente la experiencia de los cuidadores, especialmente si no se manejan con cortesía y comprensión, teniendo en cuenta que tanto pacientes como cuidadores enfrentan situaciones estresantes en los procesos de alteración de su estado de salud, adaptar los horarios y opciones alimentarias podría contribuir a una mejor experiencia para ellos. A fin de mejorar la experiencia del paciente y su familia.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o

mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).

- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Estándar 33. Código: (AsPL11)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad: Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.

- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación reputacional por errores en el suministro de dietas, debido a la baja adherencia al procedimiento, debilidades en la capacitación del personal y la no verificación de los inequívocos.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Oportunidad para la entrega de las dietas en las sedes de la Subred Sur Occidente a los pacientes del servicio urgencias

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3943 **Avance ponderado** 53,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar los tiempos de salida del transporte de alimentos desde la planta de producción hacia las sedes de la subred Sur Occidente:	68,00% [50%]	2025-06-21 2025-12-23	2025-07-11	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

2. Implementar indicador de oportunidad para la entrega de las dietas a los pacientes atendidos en las sedes hospitalarias de la Subred Sur Occidente:	64,00% [50%] 2025-12-24	2025-06-01 2025-12-24	2025-07-11	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
3. Presentar en el EPM Hospitalario los resultados de la medición del indicador de oportunidad en la entrega de las dietas en las sedes:	50,00% [50%] 2025-12-24	2025-10-01 2025-12-24	2025-10-24	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
4. Tomar las acciones frente a las desviaciones presentadas:	33,00% [30%] 2025-12-24	2025-10-06 2025-12-24	2025-10-24	FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31		FERNANDEZ MORRIS RUTH MARGARITA

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Bajo (27)

73. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3941 / Eje de responsabilidad social - 2025 (2025-06-24) / ICONT

2. Avanzar en la articulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con las líneas de trabajo de responsabilidad social de manera que identifiquen los grupos de interés propios de cada sede e impacten las necesidades de su comunidad

Hallazgo: Desde Responsabilidad social, los programas establecidos son transversales a la Subred, las líneas ya fueron comentadas en el numeral respectivo; frente a resultados propios de estas dos sedes, reportan que para Villa Javier en la línea de valor social han realizado la inclusión como colaboradores de 11 personas en 2023 en condiciones de madre/ padre cabeza de hogar, que viven en la localidad, en condición de discapacidad o de etnias por contrato de OPS y 4 de plata (estos últimos eran de OPS anteriormente y pasaron a planta); en Tintal, 8 con criterios de inclusión social por OPS y 9 por planta; en la línea de gestión ambiental, en Villa Javier reportan bici parqueaderos con 18 cupos para funcionarios y 7 para usuarios y 48 kg de recolección de residuos reciclables, 24 kg de residuos posconsumo que entregaron al programa Puntos verdes de la fundación FUNILAB; en Tintal han recolectado 30 kg de tapas, 16 kg de posconsumo y 576 kg de reciclaje para entregar a los respectivos convenios, además cuentan con 14 cupos de bici parqueaderos, 8 para usuarios y 6 para colaboradores.

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 79 La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3941

Avance ponderado 75,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar consolidación de las acciones que aportan a los grupos de interés identificados por sedes y por Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.:	100,00% [100%]	2025-09-06 2025-09-30	2025-08-29 2025-08-29	LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
2. Socializar los resultados de las acciones que por sede aportan al eje de responsabilidad social y su retribución social o ambiental.:	100,00% [100%]	2025-10-01 2025-10-15	2025-10-07 2025-10-07	LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
3. Retroalimentación por parte de las sedes con las acciones identificadas para cada una de ellas, en la estrategia del tren de la acreditación y resultados del curso de ejes.:	100,00% [50%]	2025-10-22 2025-11-30	2025-10-31 2025-12-04	LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
4. De acuerdo a los resultados como medio de fortalecimiento se crea un Dashboard en almería con información por sede.:	0,00% [0%]	2025-12-01 2026-01-31		LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	1	2	Bajo (4)

74. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3942 / Eje de responsabilidad social - 2025 (2025-06-24) / ICONT

3. Implementen la metodología GRI para realizar informes de sostenibilidad que les permita la rendición de cuentas basadas en métricas y estándares internacionales con el fin de ser más transparentes frente a la sostenibilidad

Hallazgo: Desde Responsabilidad social, los programas establecidos son transversales a la Subred, las líneas ya fueron comentadas en el numeral respectivo; frente a resultados propios de estas dos sedes, reportan que para Villa Javier en la línea de valor social han realizado la inclusión como colaboradores de 11 personas en 2023 en condiciones de madre/ padre cabeza de hogar, que viven en la localidad, en condición de discapacidad o de etnias por contrato de OPS y 4 de plata (estos últimos eran de OPS anteriormente y pasaron a planta); en Tintal, 8 con criterios de inclusión social por OPS y 9 por planta; en la línea de gestión ambiental, en Villa Javier reportan bici parqueaderos con 18 cupos para funcionarios y 7 para usuarios y 48 kg de recolección de residuos reciclables, 24 kg de residuos posconsumo que entregaron al programa Puntos verdes de la fundación FUNILAB; en Tintal han recolectado 30 kg de tapas, 16 kg de posconsumo y 576 kg de reciclaje para entregar a los respectivos convenios, además cuentan con 14 cupos de bici parqueaderos, 8 para usuarios y 6 para colaboradores

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 79 La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3942 **Avance ponderado** 16,67%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Incluir dentro del plan anual de adquisiciones 2026, la compra del servicios de informe de sostenibilidad bajo estandares GRI:	50,00% [50%]	2025-11-01 2025-12-01	2025-11-10	LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
2. Estructura la matriz de materialidad para el informe de sostenibilidad y indicadores a comunicar.:	0,00% [0%]	2026-02-01 2026-05-20		LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
3. Publicar el informe de sostenibilidad bajo estándares GRI:	0,00% [0%]	2026-06-01 2026-07-01		LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA
4. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-06-01 2026-06-30		LONY SAMANTHA TAPIAS TABORA

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	1	2	Bajo (4)

75. Gestión del Conocimiento

✓ ID: 3945 / Equipo de autoevaluación Dirección y Gerencia - 2025 (2025-08-15) / ICNT

9. Dentro de los avances destacados por el comité se incluye la creación de un Reglamento Académico Docencia-Servicio (versión 2), el cual cuenta con su propia resolución, así como un Manual de Docencia-Servicio y un Manual Metodológico para la Elaboración de la Capacidad Académica Instalada. Entre los logros resaltados se encuentra la actualización completa de los convenios docencia-servicio de la Subred, incluyendo anexos técnicos, registros calificados y acuerdos de cupo por cada sede. También se han fortalecido las alianzas académicas entre instituciones, con la planeación y puesta en marcha de proyectos de investigación, la participación activa de personal en formación en investigación y publicaciones en el Boletín Somos Ciencia. Además, se han estandarizado los procesos de presentación, ingreso (inducción-reinducción), permanencia y salida del personal en formación tanto de Instituciones de Educación Superior como de Escuelas de Formación para el Trabajo.

Hallazgo: Implementar medidas de confidencialidad y ética médica en los programas de inducción y reinducción de estudiantes, en los cuales se incluyan aspectos legales y éticos relacionados con la privacidad del paciente, así como casos prácticos y directrices claras sobre el manejo de información sensible

Proceso: Gestión del Conocimiento

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 87. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.

Riesgo asociado: Riesgo relacionado con la pérdida de privacidad

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje eventos adversos asociados al desarrollo de la práctica formativa

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3945 **Avance ponderado** 25,74%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el Manual docencia servicio incluyendo aspectos legales y éticos relacionados con la privacidad del paciente y manejo de la información sensible:	100,00% [100%]	2025-10-27 2025-12-31	2025-10-27 2025-12-09	Ana María Palacios Bonilla, Claudia Patricia Rosero Caicedo, Paula Alejandra Márquez Rodríguez
2. Socializar a los colaboradores de Proceso de Gestión del Conocimiento los cambios del Manual Docencia Servicio:	10,00% [10%]	2025-11-24 2025-12-31	2025-11-24	Ana María Palacios Bonilla
3. Incluir en las jornadas de inducción dirigidas a los estudiantes, tanto virtual como presencial, los cambios relacionados en el Manual Docencia Servicio.:	50,00% [1%]	2025-12-07 2025-12-31	2025-12-07	Ana María Palacios Bonilla, Paula Alejandra Márquez Rodríguez
4. Documentar lista de chequeo cuyo objetivo será hacer seguimiento a los estudiantes durante el proceso de atención en salud con el propósito de	20,00% [1%]	2025-12-15 2025-12-31	2025-12-15	Claudia Patricia Rosero Caicedo

identificar si existe adherencia a los lineamientos de confidencialidad, privacidad y correcto manejo de información sensible:				
5. Realizar auditoria de autocontrol aplicando la lista de chequeo en las sedes hospitalarias: Kennedy, Fontibón, Pediátrico Tintal y Bosa, cumpliendo con el Manual de auditoria de la Subred.:	0,00% [0%]	2026-01-19 2026-02-19		Ana María Palacios Bonilla, Claudia Patricia Rosero Caicedo, JACQUELINE DIAZ CAMACHO, Paula Alejandra Márquez Rodríguez
6. Realizar y socializar informe al equipo de la Oficina de Gestión del Conocimiento.:	0,00% [0%]	2026-02-23 2026-03-31		Claudia Patricia Rosero Caicedo
7. Generar las acciones de mejora requeridas de acuerdo con los hallazgos:	0,00% [0%]	2026-04-06 2026-04-30		Docencia - Elkin Vladimir Lemos Luengas
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-04-01 2026-04-30		Claudia Patricia Rosero Caicedo

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	4	Alta (80)

76. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3946 / Equipo Primario de Mejoramiento Salud Mental - 2025 (2025-05-19) / ICONT

2. Mejorar la capacitación y los protocolos de evaluación para asegurar que todo el personal esté adecuadamente formado en la identificación y evaluación de enfermedades mentales y riesgos de suicidio, esto incluye desarrollar y aplicar protocolos estandarizados para estas evaluaciones, integrando herramientas de evaluación validadas.

Hallazgo: Fortalecer la capacitación y los protocolos de evaluación para asegurar que todo el personal esté adecuadamente formado en la identificación y evaluación de enfermedades mentales y riesgos de suicidio, esto incluye desarrollar y aplicar protocolos estandarizados para estas evaluaciones, integrando herramientas de evaluación validadas

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 7. Código: (AsSP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

Criterios:

- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

Estándar 20. Código: (AsEV1)

La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento. Incluye:

- Cuando aplique, se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes con enfermedad mental, etc.)
- La evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente, se documenta en la historia clínica.

Riesgo asociado: Gestión Clínica Hospitalaria

4. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inadecuada identificación de paciente de salud mental o riesgo de suicidio en consecuencia al desconocimiento de los criterios de identificación del riesgo en pacientes con enfermedad mental y agitación.

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 3946 **Avance ponderado** 40,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar a los integrantes de la mesa primaria de salud mental los diferentes espacios de capacitación que brinda el ente territorial enmarcado en la semana de SALUD MENTAL. (CONGRESO):	0,00% [0%]	2025-09-01 2025-12-20		ROSSANA CALDERON FORERO
2. Realizar verificación de la escala (SADPERSON) y la posibilidad de cambio por otra que de cubrimiento a los requerimientos solicitados frente a diligenciamiento, rápido oportuno, completo y obligatorio, para la identificación del riesgo de salud mental y suicidio.:	100,00% [0%]	2025-09-01 2025-12-20	2025-05-13 2025-12-10	ROSSANA CALDERON FORERO
3. Realizar actualización de historia clínica con la escala definida en la Mesa primaria de Salud Mental (COLUMBIA).:	100,00% [100%]	2025-09-01 2025-12-20	2025-10-28	ROSSANA CALDERON FORERO

4. Realizar capacitacion de la guia de depresion y escala de COLUMBIA inciendo con el hospital de salud mental Floralia.(RESULTADO DE PREY POSTES):	0,00% [0%] 2025-09-01 2025-12-20		ROSSANA CALDERON FORERO
5. Realizar seguimiento al resultado de la auditoria de autocontrol realizada a las guias de manejo de TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR-EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS , ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO-SIN SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA y notificar a la areas responsable si se evidencia alguna inconsistencia:	0,00% [0%] 2025-09-01 2025-12-20		Diana Lucero Pardo Camacho, ROSSANA CALDERON FORERO
6. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		ROSSANA CALDERON FORERO

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

77. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3959 / Eje de humanización - 2025 (2025-09-23) / ICONT

2. Así mismo acorde con las quejas sobre atención deshumanizada (Zona Franca y en Patio Bonito - Tintal),

Hallazgo: Realizar programas de capacitación y sensibilización periódica para el personal, enfocándose en mejorar las habilidades de comunicación y trato humano, asegurando que los usuarios sientan empatía y comprensión por parte del personal de salud.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Disminución de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3959

Avance ponderado 63,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables

1. Establecer cronograma de priorización de espacios de sensibilización y capacitación enfocándose en mejorar las habilidades de comunicación y trato humano:	100,00% [100%] 2025-03-15 2025-03-31	2025-03-15 2025-03-31	2025-03-03 2025-03-03	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Ejecutar cronograma de sensibilizaciones y capacitaciones de acuerdo a la priorización:	80,00% [80%] 2025-04-01 2025-12-31	2025-04-01 2025-12-31	2025-04-04 2025-04-04	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
3. Evaluar la tasa de quejas por trato deshumanizando de acuerdo a la recepción de los requerimientos recepcionados por los diferentes mecanismos de escucha:	75,00% [75%] 2025-04-15 2026-01-15	2025-04-15 2026-01-15	2025-04-04 2025-04-04	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
4. Identificar las brechas de acuerdo a los resultados y tomar las decisiones pertinentes:	0,00% [0%] 2026-01-15 2026-01-31	2026-01-15 2026-01-31		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
5. CIERRE DE CICLOS:	64,00% [64%] 2026-01-01 2026-01-31	2026-01-01 2026-01-31	2025-12-12 2025-12-12	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

Seguimientos

Se realiza seguimiento a las 4 acciones de las cuales 1 esta terminada y dos en ejecución con cumplimiento a diciembre 13 del 63%. y la cuarta inicia en enero del 2026

Durante el año 2025, el monitoreo trimestral de las quejas por atención deshumanizada en la Subred Sur Occidente E.S.E. se realizó de manera sistemática a nivel de subred, localidades y sedes, evidenciando el cumplimiento de la meta institucional establecida. En los tres trimestres evaluados, las tasas de quejas se mantuvieron entre el 0,2 % y 0,4 % a nivel global, pese a la alta población atendida.

En el I Trimestre, se registraron 102 quejas sobre una población atendida de 328.557 usuarios, con una tasa del 0,3 %. Las localidades presentaron comportamientos controlados, destacándose Bosa y Puente Aranda con las tasas más bajas.

Durante el II Trimestre, se reportaron 97 quejas en una población de 283.717 usuarios, manteniendo una tasa global del 0,3 %. Kennedy concentró el mayor número de casos, mientras que Puente Aranda continuó mostrando el menor impacto. Las variaciones mensuales no superaron los límites establecidos.

En el III Trimestre, se registraron 138 quejas frente a una población atendida de 313.082 usuarios, con una tasa del 0,4 %, evidenciando un leve incremento, especialmente en septiembre; sin embargo, el indicador se mantuvo dentro del rango de cumplimiento. Kennedy y Bosa concentraron el mayor volumen de quejas, mientras que Fontibón y Puente Aranda mantuvieron cifras controladas.

Como acciones de mejora y sostenimiento, el subproceso de humanización ejecutó de manera continua talleres dirigidos a colaboradores con quejas por trato deshumanizado y revisiones de casos en las sedes y unidades de la subred. En total, se desarrollaron 197 talleres y 54 revisiones de quejas a lo largo de los tres trimestres, fortaleciendo la cultura de humanización y contribuyendo al mantenimiento y control del indicador.

Porcentaje: 64 % Estado: Aceptable

Sharon Mc cartney Scott 2025-12-13 04:15 PM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	4	3	Media (36)

78. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

✓ ID: 3960 / Eje de humanización - 2025 (2025-09-23) / ICONT

3. Es evidente el trabajo que ha desarrollado el grupo de humanización en la entidad, sin embargo, es importante que la entidad se asegure que las acciones encaminadas a fortalecer la empatía y el respeto, incluyan a los terceros administrativos, en particular al personal de servicio de alimentos. Esto es fundamental para abordar y mejorar el trato hacia los cuidadores, a fin de evitar experiencias de indiferencia o falta de consideración, generando una sensación de desvalorización y deshumanización

Hallazgo: Establecer espacios dedicados para que los cuidadores puedan obtener información y apoyo, y promover su bienestar general durante el tiempo que pasan en las instalaciones hospitalarias.

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de percepción favorable de la cultura de humanización a cliente externo subred sur occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación

Tipo 3960

Avance ponderado 32,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Diseñar estrategias itinerantes y material educativo para los familiares y/o cuidadores con información relevante como apoyo y promoción de su bienestar general durante el tiempo que pasan en las instalaciones hospitalarias.:	90,00% [90%]	2025-10-01 2025-11-30	2025-12-01	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Difusión de estrategias diseñadas y material educativo por diferentes mecanismos de comunicación interno y externo:	40,00% [40%]	2025-12-01 2025-12-31	2025-11-14	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

3. Evaluar el nivel de satisfacción con la información y apoyo brindado durante la estancia hospitalaria:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
4. Analizar los resultados y percepciones evaluadas con el fin de ajustar las estrategias implementadas:	0,00% [0%] 2026-02-01 2026-02-28		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		LEYDI MARTINEZ CONTRERAS

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	3	Media (36)

79. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 4019 / Equipo Primario de Mejoramiento Sedes Integradas en Red - 2025 (2025-12-01) / ICONT

1. La política de gestión de la tecnología la manejan de manera transversal con el ciclo de gestión que ya ha sido comentado a través del informe, articulado el sistema de información TICs, equipos industriales y los dispositivos y equipos médicos. En ambas sedes se acogen al Manual de gestión y al plan de contingencia de tecnología institucional, así como la lista de chequeo de ingreso de nuevas tecnologías, en Almería se encuentra el módulo de mantenimiento de los equipos de las dos sedes; frente a capacitaciones del eje, tienen cuatro (4) líneas, la primera la inducción en el colaborador, la segunda las capacitaciones en nuevas tecnologías, la tercera reentrenamiento y la cuarta lecciones aprendidas; reportan para Villa Javier un total de 98 rondas de inspección, 146 listas de chequeo de ingresos (aunque este es el mismo dato de Tintal, no hay uno desagregado), y 161 colaboradores abordados; para Tintal realizaron 64 rondas de inspección y 73 colaboradores abordados. Como indicadores reportan cumplimiento

del mantenimiento preventivo que para Villa Javier ejecutaron 112 mantenimientos en 2022, 284 en 2023 y ambas cumplen al 100%, en Tintal ejecutaron 160 mantenimientos en 2023 y para 2024 un total de 133 con cumplimiento del 100%; cumplimiento solicitudes correctivas, en Tintal para 2023 atendieron 14 solicitudes y para 2024 8 solicitudes con corte a marzo, Villa Javier atendieron 8 solicitudes en 2022, 11 en 2023 con cumplimiento del 100%; efectividad en la respuesta a las necesidades correctivas de equipos biomédicos en Villa Javier en 2023 un 89% y para 2024 primer trimestre un 88%, para Tintal las mismas mediciones, esta medición la obtienen del cumplimiento, la oportunidad y la satisfacción de las solicitudes ejecutadas; inatenciones relacionadas con fallas en equipos en Villa Javier para 2023 fue de 0.0004% que corresponde a 3, comentan que las fallas fueron atendidas y no activaron el plan de contingencia, para 2024 no han recibido reportes de inatenciones; en Tintal para 2023 un 0.002% que corresponde a 1 caso, para 2024 no han registrado inatenciones; cobertura de capacitaciones en uso adecuado de tecnología en Tintal para 2023 73 abordajes y para 2024

primer trimestre 43 colaboradores, en Villa Javier 136 colaboradores en 2023 y para 2024 25.

Frente a inversiones reportan para Villa Javier un total de \$ 1.127 millones de pesos en dotación de equipos y para Tintal \$947 millones de pesos.

Hallazgo: Avancen en el módulo de mantenimiento de equipos, de manera que todas las actividades concernientes se encuentren digitalizadas, además diseñar tableros de mando de gestión de indicadores por sede de manera que la información se encuentre desagregada para la toma de decisiones autónomas por parte de los equipos primarios de cada sede

Proceso: Gestión del Ambiente Físico

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 73. Código: (AsSIR15)

La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.

Estándar 74. Código: (AsSIR16)

Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de capacitación en uso adecuado de equipos de Subred Sur Occidente ESE

Sistema Sistema Único de Acreditación Tipo 4019 Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Identificar los indicadores a medir utilizando la información recopilada en el modulo de equipos en Almera:	0,00% [1%]	2025-12-01 2025-12-31		INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López, Sandra Paola Meneses Orozco
2. Diseñar tableros de mando en el modulo de equipos en almera que permitan medir fácilmente los indicadores por sede:	0,00% [1%]	2025-12-01 2025-12-31		INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López, Sandra Paola Meneses Orozco
3. Verificar la implementación y uso de tableros de mando mediante la medición periódica de los indicadores:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-03-31		INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López, Sandra Paola Meneses Orozco
4. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, ajustar el modulo en caso de que se requiera e identificar nuevos indicadores que se puedan medir con la información recopilada en el modulo:	0,00% [0%]	2026-03-01 2026-03-31		INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO, Jeim Camila Escamilla Pinzón, Julieth Andrea Castaño López, Sandra Paola Meneses Orozco

5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-03-01 2026-03-31		Julieth Andrea Castaño López
----------------------	------------	--------------------------	--	------------------------------

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	4	Media (36)

80. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 4021 / Equipo Primario de Mejoramiento Sedes Integradas en Red - 2025 (2025-12-01) / ICONT

3. se evidenció diferentes actividades para el abordaje de humanización hacia el usuario, sin embargo, falta mayor énfasis en los colaboradores más allá de la apropiación de la política,

Hallazgo: Fortalezcan las actividades de humanización hacia los colaboradores que impacte su calidad de vida personal y laboral

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 54, 55

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 4021 **Avance ponderado** 80,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el programa de humanización incluyendo las acciones que se realizan para la mejora de la calidad de vida del colaborador.:	20,00% [0%]	2025-12-08 2025-12-31	2025-12-15	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
2. Diseño, adecuación y puesta en marcha del Centro de Gestión de Emociones, un espacio destinado a promover el bienestar emocional de los colaboradores.:	100,00% [0%]	2025-09-02 2025-10-10	2025-09-02 2025-10-17	Katherin Aldana Vanessa Parra
3. Ejecutar la estrategia equipos Golden plus para fortalecer el reconocimiento a colaboradores.:	100,00% [0%]	2025-10-06 2025-11-14	2025-10-20 2025-11-18	Katherin Aldana Vanessa Parra

4. Rediseñar la metodología de identificación de necesidades del talento humano que se desarrolla con el Buzón de necesidades de bienestar, teniendo en cuenta la apertura de el Centro de gestión de emociones:	100,00% [0%]	2025-09-24 2025-12-31	2025-09-24 2025-12-12	Katherin Aldana	Vanessa Parra
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-01-01 2026-01-31		Katherin Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS	Vanessa Parra

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	2	2	2	Bajo (8)

81. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 4020 / Equipo Primario de Mejoramiento Sedes Integradas en Red - 2025 (2025-12-01) / ICONT

2. Observando los resultados de las encuestas se evidencia que es importante que fortalezcan la socialización de los resultados obtenidos institucionalmente frente a temas como higiene de manos, comunicación entre el equipo de salud, entre procesos asistenciales y administrativos

Hallazgo: Robustecer la capacitación de los colaboradores en el conocimiento de política de humanización hacia el colaborador, acciones de humanización entre compañeros, mecanismos de cultura organizacional y provisión oportuna de tecnología

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 44, 45

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: INDICADORES DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 4020 **Avance ponderado** 99,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Ejecutar Semana de Transformación Cultural:	100,00% [0%]	2025-04-04 2025-05-30	2025-05-30	Katherin Vanessa Parra Aldana

2. Incluir en la inducción y rein inducción el modulo de cultura organizacional con énfasis en humanización:	100,00% [0%] 2025-10-01 2025-12-15	2025-10-02 2025-12-13	Katherin Vanessa Parra Aldana
3. Realizar estrategia Tren de acreditación Enfoque ejes para fortalecer los conocimientos en los ejes de Seguridad del paciente, Transformación Cultural, Humanización y Tecnología:	99,00% [0%] 2025-11-06 2025-12-10	2025-06-06	Julieth Andrea Castaño López, Katherin Vanessa Parra Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
4. Evaluar resultados de apropiación de la encuesta a colaboradores, relacionadas con Transformación Cultural, Humanización y Tecnología:	100,00% [0%] 2025-11-06 2025-12-15	2025-12-13 2025-12-13	Julieth Andrea Castaño López, Katherin Vanessa Parra Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO
5. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		Julieth Andrea Castaño López, Katherin Vanessa Parra Aldana, LEYDI MARTINEZ CONTRERAS, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
2	2	2	Bajo (8)

82. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4022 / Equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario - 2025 (2025-09-04) / ICONT

5. Al revisar el archivo de indicadores de Icontec que presentaron para esta visita y los ajustes enviados post visita, los datos allí registrados no concuerdan con el total de guías reportadas en la reunión con el equipo, reportan 151, pero este dato aparece para Pablo VI y Fontibón, las otras sedes o no tienen dato o es un dato de 171, y no hay evidencia de desagregación de ese indicador por sede, solo muestran el dato global igual para cada sede.

Hallazgo: Realizar la revisión y validación de los datos reportados de la totalidad de GPC adoptadas en la Subred y desagregados por USS de alcance de la evaluación con el fin de obtener información precisa en la solicitud de Indicadores de ICONTEC

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 24. Código: (AsPL2)

Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.

En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:

Criterios:

- Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud.
- En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:
- Cuáles son los objetivos de la guía.
- Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia.
- Definición de mecanismos de consenso.
- Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo.
- Formulación explícita de recomendaciones
- Cada cuánto se hará la actualización.
- Aplicabilidad.
- Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.
- 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 empleados.
- La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente**Porcentaje de guías implementadas**

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 4022 **Avance ponderado** 56,73%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar análisis del perfil de morbilidad con el fin de identificar la necesidad de nuevas guías a implementar en la vigencia 2025 para las sedes asistenciales de la Subred:	99,00% [99%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-12-08	Erika Barrero Ojeda
2. Establecer la matriz para la implementación de guías de práctica clínica en la Subred y sus centros asistenciales:	99,00% [99%]	2025-05-05 2025-05-15	2025-12-08	Erika Barrero Ojeda
3. Publicar en el aplicativo Almera el perfil de morbilidad institucional y por las sedes asistenciales, y las guías de práctica clínica correspondientes al perfil de morbilidad correspondiente.:	99,00% [99%]	2025-06-01 2025-10-31	2025-12-08	Erika Barrero Ojeda

4. Realizar la implementación de nuevas guías de práctica clínica para la vigencia 2025 de acuerdo a los requerimientos de la Subred:	99,00% [99%] 2025-09-01 2025-11-30	2025-12-08	Erika Barrero Ojeda
5. Socializar con los líderes asistenciales en la reunión de Sedes Integradas en Red la implementación de guías de práctica clínica de acuerdo al perfil de morbilidad institucional y por sedes asistenciales de la Subred:	0,00% [1%] 2025-11-01 2025-11-30		Erika Barrero Ojeda
6. Realizar el seguimiento del plan de implementación de Guías de práctica clínica para la Subred Sur Occidente.:	1,00% [0%] 2025-12-01 2025-12-31	2025-12-08	Erika Barrero Ojeda
7. Implementar en Inteligencia artificial Oportuna la consulta de guías de práctica clínica adoptadas en la Subred:	0,00% [1%] 2025-07-01 2025-12-31		Erika Barrero Ojeda
8. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%] 2026-01-01 2026-01-31		Erika Barrero Ojeda

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	5	Alta (100)

83. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 4032 / Equipo de Autoevaluación Ambulatorio - 2025 (2025-07-31) / ICONT

2. Respecto a Gestión del riesgo, los riesgos son gestionados por la Subred desde control interno, comentan que cada unidad notifica al gestor para generar reporte y seguimiento, a principio de año realizan mesas de trabajo con líderes y gestores para identificar y crear los controles definidos; se evidencia en la matriz de riesgos los riesgos clasificados reputacionales, pero no hay evidencia de asistenciales ni clínicos, a lo cual comentan que se rigen por la DAEP (Departamento Administrativo de la Función Pública) quien les exige una estandarización de procesos; se solicitaron las matrices como evidencia documental y se evidencia que para 2023 tuvieron un total de 21 riesgos identificados para Villa Javier y 18 identificados para Tintal, se analiza con los eventos de seguridad y riesgos materializados y no hay control sobre estos a través de la gestión del riesgo. Es importante Fortalecer la identificación e inclusión de riesgos propios de cada sede en las matrices, que les permita el análisis particular del contexto en el que se encuentra e intervenir de acuerdo con los resultados

Hallazgo: Centrar esfuerzos en las causas de eventos adversos de error en la prescripción y control de diligenciamiento de formatos institucionales de modo de manera que se gestione el riesgo frente a ellos siendo las causas más comunes de eventos de seguridad en la sede Tintal

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

Criterios:

- Diseño del plan farmacológico de tratamiento.
- Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.
- Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.
- Participación del servicio farmacéutico.
- Participación de infectología si la complejidad lo requiere.
- Reconciliación de medicamentos al ingreso.
- Fármacovigilancia.
- Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.
- Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.
- Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.
- Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.
- Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de errores de prescripción en los servicios ambulatorios

Sistema Sistema Único de Acreditación **Tipo** 4032 **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de Trabajo con sistemas de información y Gobierno clínico, para definir criterios de alerta y/o control en el modulo de prescripción de formula medica:	0,00% [0%]	2025-10-16 2025-12-31		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ, Luz Dary Teran Mercado, Miguel Mojica Mugno, WENDY PAOLA RODRIGUEZ
2. Enviar comunicado a Audifarma solicitando los errores de prescripción de medicamentos ambulatorios:	0,00% [0%]	2025-12-15 2025-12-19		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ

3. Socializar a médicos generales de consulta externa la Guia de buenas prácticas de la prescripción de medicamentos, haciendo énfasis en el correcto diligenciamiento de la prescripción medica, mediante la estrategia del grupo Alfa.:	0,00% [0%]	2025-10-31 2025-11-30		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
4. Realizar auditoría a la buena práctica de prescripción de medicamentos:	0,00% [0%]	2025-12-01 2026-02-17		Luz Dary Teran Mercado
5. Realizar retroalimentación de los hallazgos de la auditoría a la buena práctica de prescripción de medicamentos:	0,00% [0%]	2026-02-17 2026-02-25		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
6. Realizar planes individuales de mejora a los profesionales que no logren los estandar institucional.:	0,00% [0%]	2026-02-26 2026-03-15		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
7. CIERRE DE CICLOS:	0,00% [0%]	2026-03-01 2026-03-31		DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	4	4	Media (48)

Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente

Almera - Sistema de Gestión Integral

2025 - Bogotá, Colombia

Página generada en 3.7733 segundos / 2025-12-16 03:25:56

8 mb / 10 mb / Fargate