



REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

2021



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PASTO SALUD E.S.E
Sirviendo con Amor



CONTENIDO ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2021

- A. El estado en el que se encuentran las acciones de las revisiones por la dirección
- B. Los cambios en las cuestiones internas o externas que son referentes al Sistema de Gestión de la Calidad
- C. La información sobre el desempeño y la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad incluyen todas las tendencias según:
 - 1. La satisfacción del cliente y de las partes interesadas.
 - 2. El grado en el que se han conseguido los objetivos de la calidad
 - 3. El desempeño de todos los procesos y la conformidad de los productos
 - 4. Las no conformidades y las acciones correctivas
 - 5. Los resultados obtenidos por el seguimiento y la medición
 - 6. Los resultados de las auditorías internas
 - 7. El desempeño de los proveedores externos
- D. Se adecuan los recursos
- E. La eficiencia de todas las acciones que se toman para abordar los riesgos y las oportunidades.
- F. Las oportunidades de mejora.

CONTENIDO SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2021

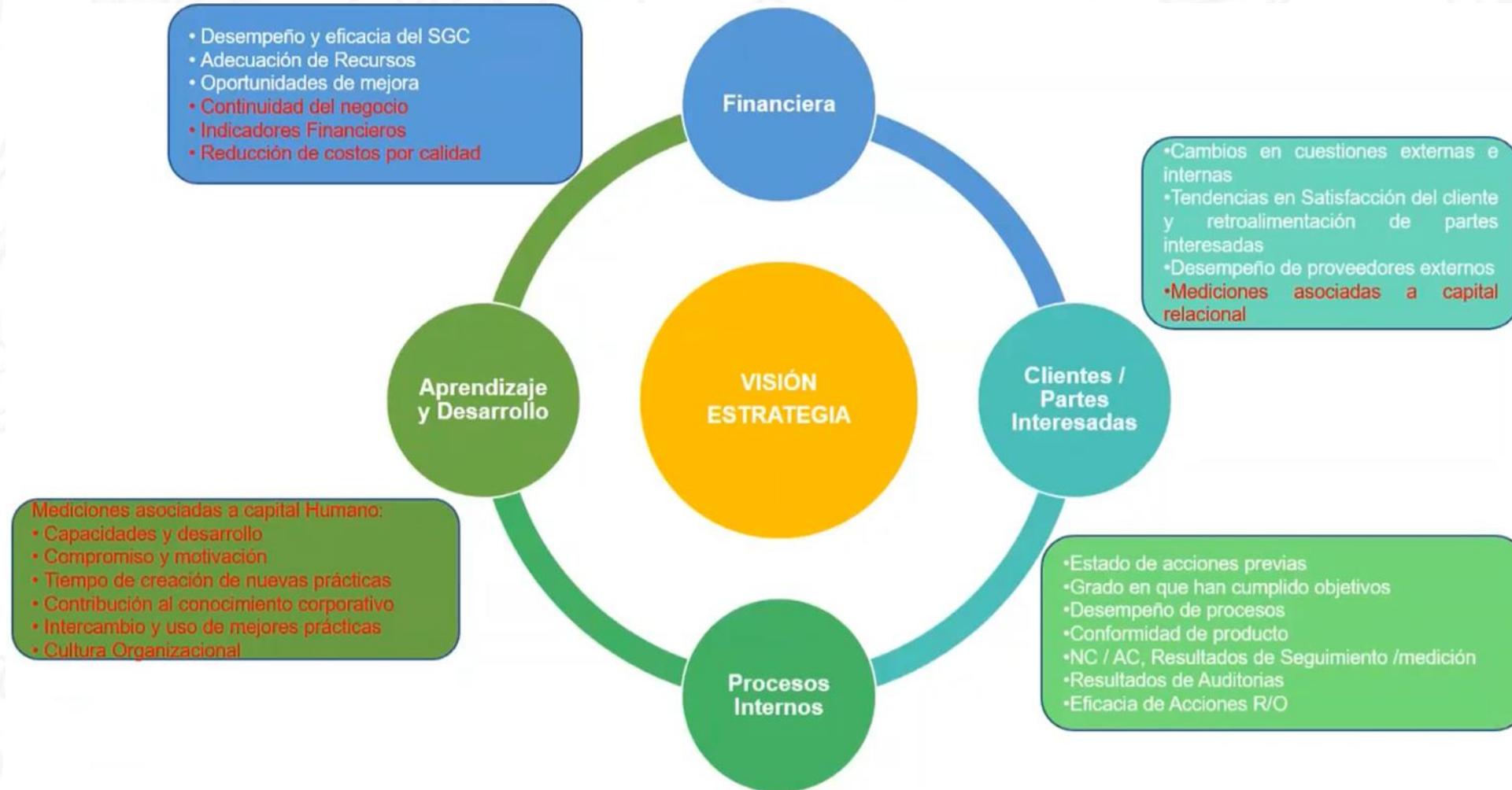
Decisiones y acciones para:

- A. Oportunidades de mejora.
- B. Necesidades de cambios del SGC.
- C. Necesidades de recursos.

CONTENIDO ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2021



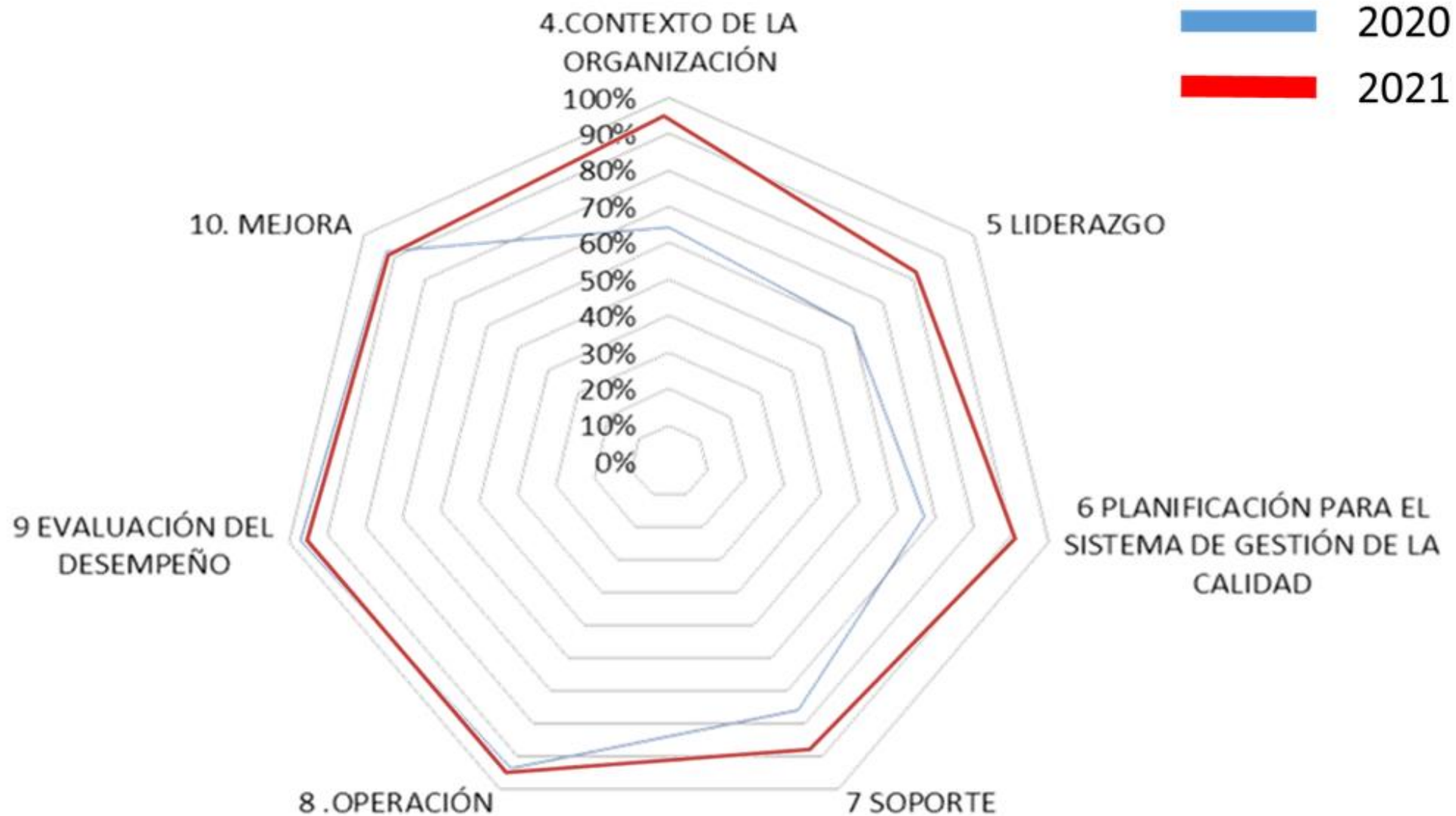
CONTENIDO ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2021



AUTODIAGNOSTICO SGC BAJO LA NTC ISO 9001:2015

REQUISITOS ISO 9001:2015	CUMPLIMIENTO AÑO 2020	CUMPLIMIENTO AÑO 2021
4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	64%	96%
5 LIDERAZGO	60%	86%
6 PLANIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	67%	95%
7 SOPORTE	76%	89%
8 .OPERACIÓN	94%	96%
9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	97%	96%
10. MEJORA	93%	93%

AUTODIAGNOSTICO SGC BAJO LA NTC ISO 9001:2015



*Fuente: Autodiagnóstico SGC. julio 2021. Oficina de Calidad



#VamosporlaAcreditación

A. ACCIONES REVISION POR LA DIRECCION 2020

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO
Aplicación de la encuesta del clima organización en el mes de enero	CUMPLIDO
Analizar la variación de los indicadores	CUMPLIDO
Mejorar la clasificación de las PQR y fortalecer la toma de acciones	CUMPLIDO
Implementar las oportunidades de mejora en los procesos atrasados y fortalecerlos	CUMPLIDO
Verificar la muestra de la aplicación de encuestas de satisfacción	CUMPLIDO
Actualizar las caracterizaciones de los procesos	EN PROCESO
Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento producto de evaluación de proveedores críticos	CUMPLIDO
Depurar el servidor documental	EN PROCESO
Fortalecer las capacitaciones en temática de SGC a todo el personal de Pasto Salud ESE	CUMPLIDO



**CONVENIENCIA
Y
ADECUACIÓN**

B. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS O EXTERNAS QUE SON PERTINENTES AL SGC

Reposición de IPS (Centro de Salud San Vicente)	INTERNO	EJECUTADOS
Actualización de plataforma estratégica	INTERNO	
Vacunación COVID-19	EXTERNO	
Evaluación mediante metodología de paciente trazador	INTERNO	
Asignación de citas a través de medios digitales	INTERNO	
Nueva modalidad de contratación con las EPS	EXTERNO	PROCESO DE EJECUCIÓN
Prestación de servicios de consulta médica especializada	INTERNO	
Recepción de infraestructura y operativización del Hospital ID de Santa Mónica	EXTERNO	
Cierre sede Centro de Salud Lorenzo para reposición	INTERNO	

**A
D
E
C
U
A
C
I
Ó
N**

C. LA INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. La satisfacción del cliente y de las partes interesadas.
2. El grado en el que se han conseguido los objetivos de la calidad
3. El desempeño de todos los procesos y la conformidad de los productos
4. Las no conformidades y las acciones correctivas
5. Los resultados obtenidos por el seguimiento y la medición
6. Los resultados de las auditorías internas
7. El desempeño de los proveedores externos

*Fuente: Plataforma INFOMEDIC. julio 2021. Sistemas de Información

1. SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO

CATEGORÍAS	2013	2015	2017	2019	2020	2021
ORIENTACIÓN ORGANIZACIONAL	85%	93%	93%	96%	99%	93,8%
ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO	46%	65%	73%	88%	95%	84%
ESTILO DE DIRECCIÓN	57%	71%	82%	90%	94%	84,1%
COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN	32%	41%	60%	93%	96%	91,9%
TRABAJO EN EQUIPO	52%	57%	74%	94%	93%	91,2%
CAPACIDAD PROFESIONAL	80%	79%	84%	98%	99%	96,3%
MEDIO AMBIENTE FÍSICO	51%	52%	64%	92%	96%	86,8%
AUSTERIDAD Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN	64%	79%	87%	97%	91%	96,6%
TOTAL CLIMA LABORAL	58%	67%	77%	93%	95%	90,9%

*Fuente: Informe análisis de resultados encuesta clima organizacional. Febrero 2021. Gestión del Talento Humano

2021	
Población habilitada: 507	
Participantes	%
320	63,1%

La entidad me incentiva cuando alcanzo mis objetivos y metas (69.2%)

Los Directivos y jefes de oficina le motiva y reconoce su trabajo (74.6%)

En mi área de trabajo no hay contaminación auditiva (ruido) (69.6%)

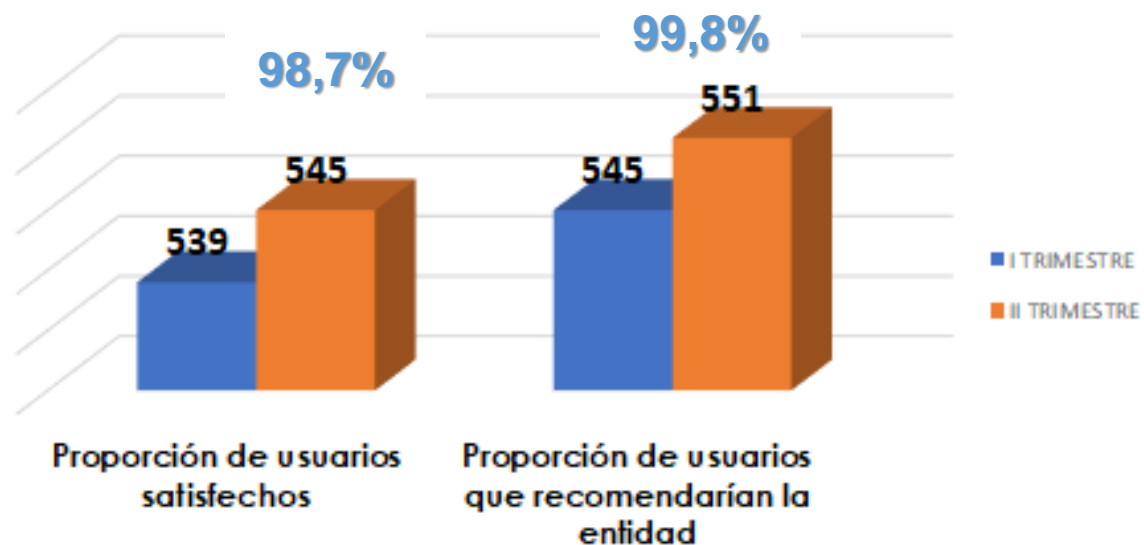
ADECUACIÓN Y EFICACIA

1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

TOTAL DE ENCUESTAS
APLICADAS I Y II
TRIMESTRE

1104

Satisfacción de usuarios primer semestre 2021



*Fuente: Informe de satisfacción I y II Trimestre 2021 – Gestión y Orientación al usuario

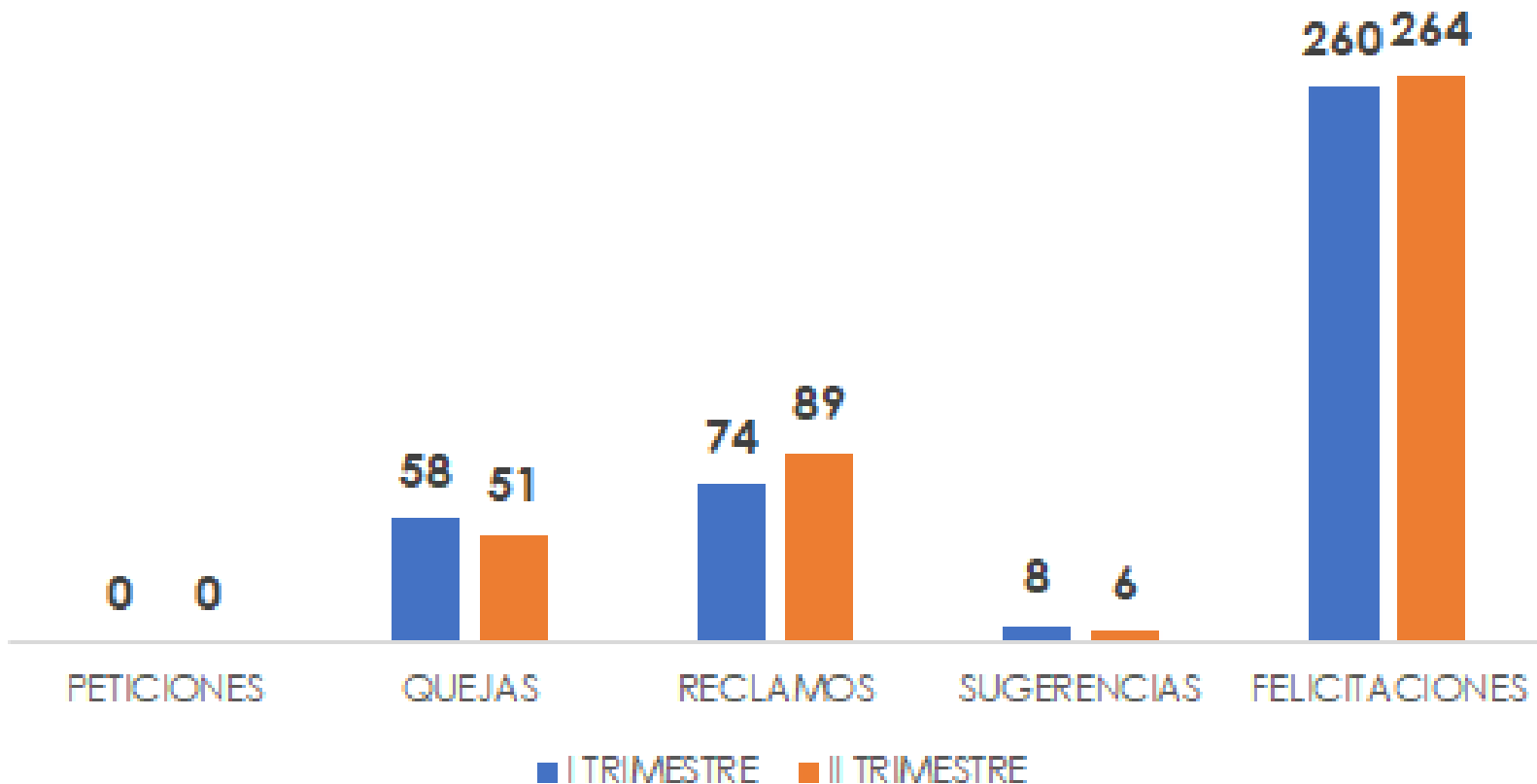
	RESPUESTA	NÚMERO DE USUARIOS	
		I TRIM	II TRIM
PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS	MUY BUENO	90	81
	BUENO	449	464
PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍAN LA ENTIDAD	DEFINITIVAMENTE SÍ	524	530
	PROBABLEMENTE	21	21

ADECUACIÓN Y EFICACIA

1. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

ADECUACIÓN Y EFICACIA

PQRSF DISCRIMINADAS PRIMER SEMESTRE



*Fuente: Informe PQRSDF I y II trimestre – Gestion y Orientación al usuario.



840 PQRSF RECIBIDAS

100% PQRSF
GESTIONADAS

1. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

ADECUACIÓN Y EFICACIA



VARIABLES ASOCIADAS A NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PARTES INTERESADAS

RIESGO x COSTO x VOLUMEN

INTERNOS	EXTERNOS
TALENTO HUMANO Inducción y reinducción; Plan de Capacitación; Información y Comunicación; Clima laboral; Programa de Humanización; SGSST	USUARIOS Oportunidad de la atención; Atención de usuarios; Humanización de la atención; Promoción de los servicios de salud; Programa de PyP; Sistemas de información y comunicación
JUNTA DIRECTIVA Transparencia y comunicación; Mejoramiento de Dotación e infraestructura Hospitalaria; Gestión de calidad	ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Calidad y cobertura; Rutas de atención; Humanización;
	PROVEEDORES Recepción de mercancías
	ENTIDADES FORMADORAS DE TALENTO HUMANO Inducción y reinducción; Planeación Estratégica

*Fuente: Plan de Desarrollo 2021-2024.



#VamosporlaAcreditación

2. GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

ADECUACIÓN Y EFICACIA

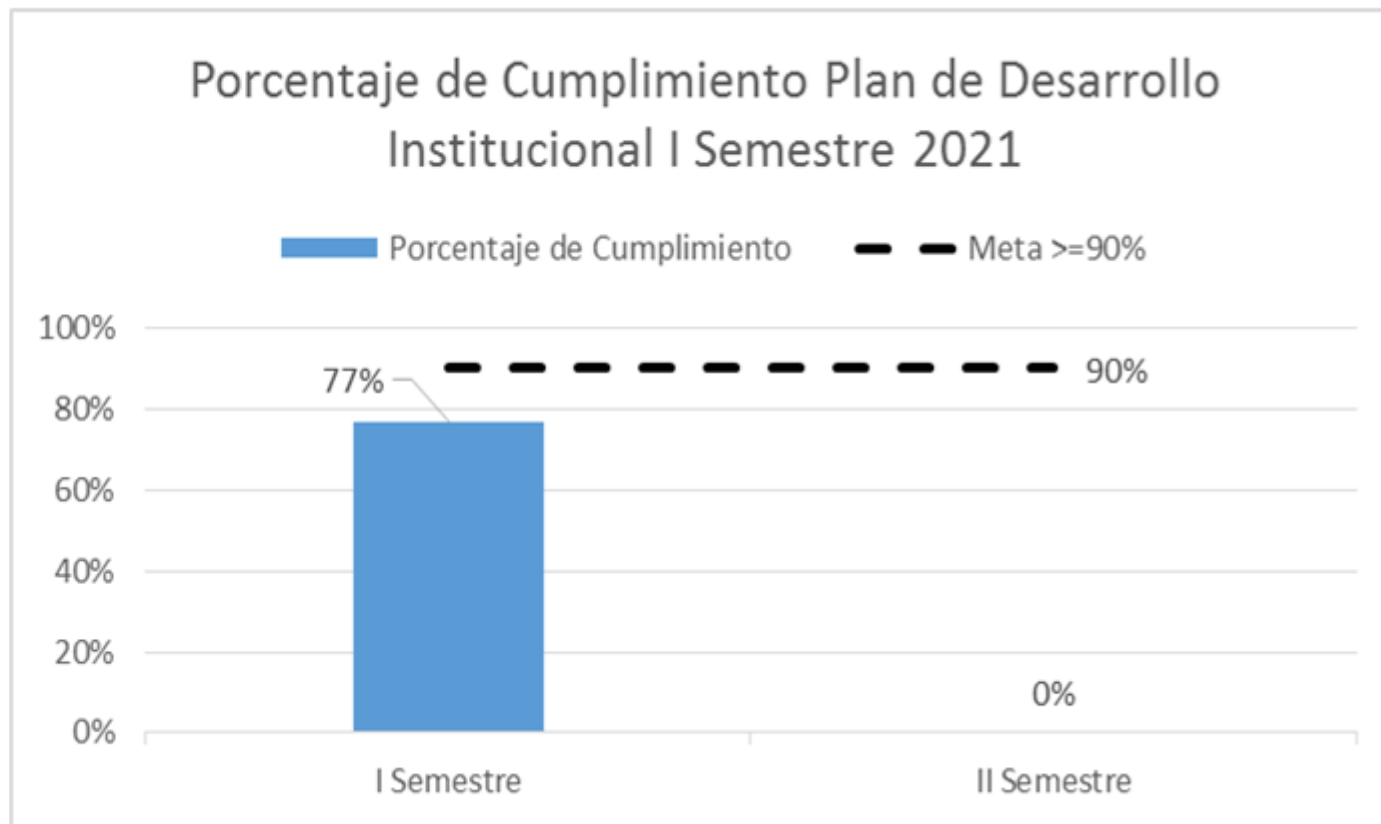
DESEMPEÑO POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS I SEMESTRE 2021

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	CUMPLE	NO CUMPLE	TOTAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Generar auto sostenibilidad financiera, promoviendo la creación de valor y productividad, con el uso eficiente de recursos relacionados con la misionalidad de la empresa.	3	0	3	100%
Mejorar la participación, satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.	4	1	5	80%
Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.	51	17	68	75%
Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.	7	1	8	88%
Total	65	19	84	77%

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

ADECUACIÓN Y EFICACIA

PASTO SALUD ESE	
CUMPLE	65
NO CUMPLE	19
TOTAL	84
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	77%
META	90%
BRECHA	13%



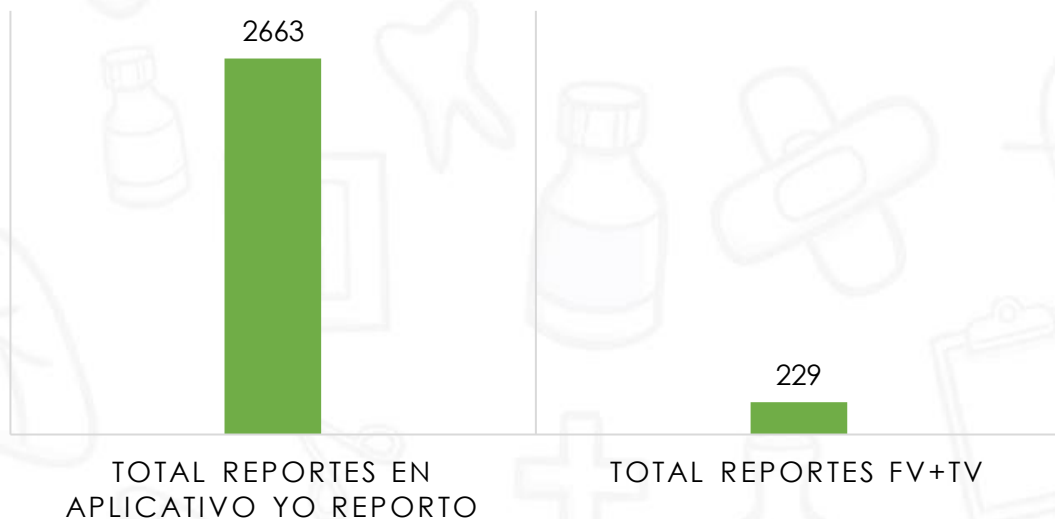
*Fuente: Informe POA primer semestre. julio 2021. Oficina de Planeación

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

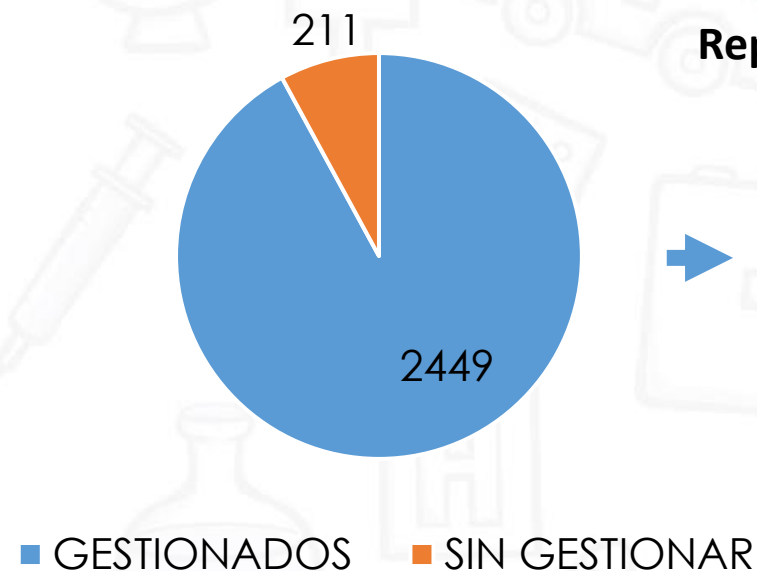
ADECUACIÓN Y EFICACIA

REPORTE DE EVENTOS CLINICOS 2021

■ EVENTOS CLINICOS



CONTROL DE LOS EVENTOS CLINICOS 2021



TOTAL
2892
Reportados

10 PLANES DE MEJORAMIENTO

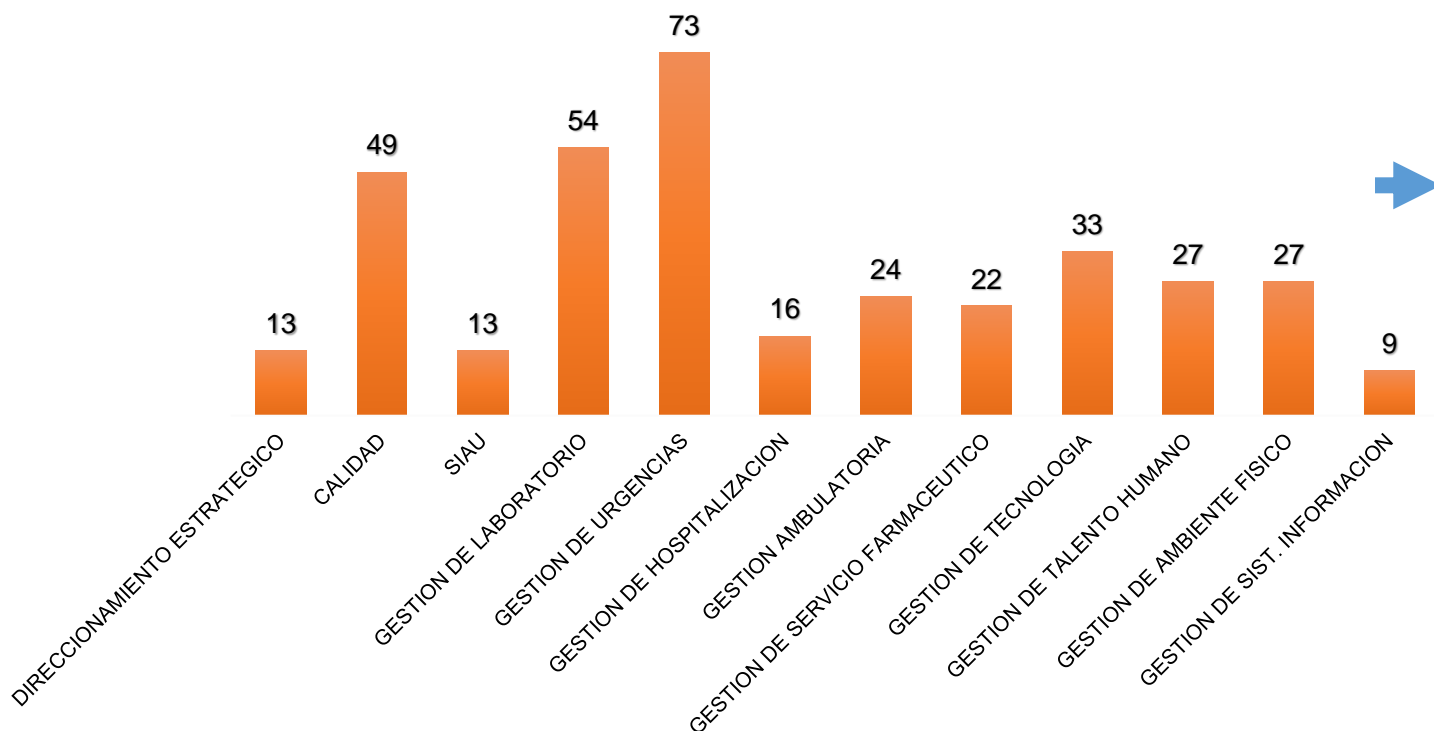
*Fuente: Acta de comité de seguridad del paciente. julio 2021. Oficina de calidad – seguridad del paciente

*Fv: Farmacovigilancia *TV: Tecnovigilancia

4. NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

ADECUACIÓN Y EFICACIA

ACCIONES IDENTIFICADAS PLANES DE MEJORA AUDITORIA INTERNA 2020



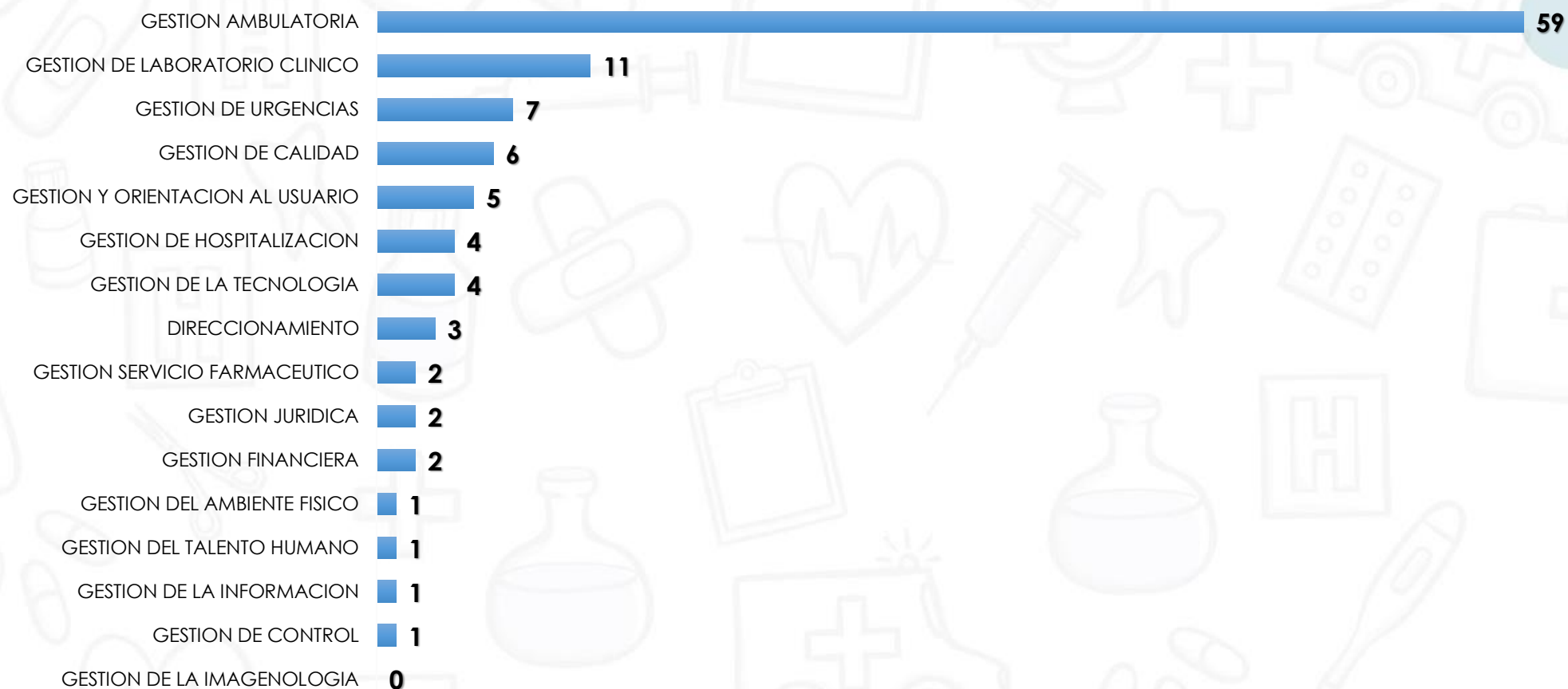
	FECHA	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS
PRIMER SEGUIMIENTO	18-nov-21	229	116	15
SEGUNDO SEGUIMIENTO	18-may-21	360	0	0

100% CUMPLIMIENTO

*Fuente: Informe seguimiento a planes de mejora auditoria interna de calidad 2020

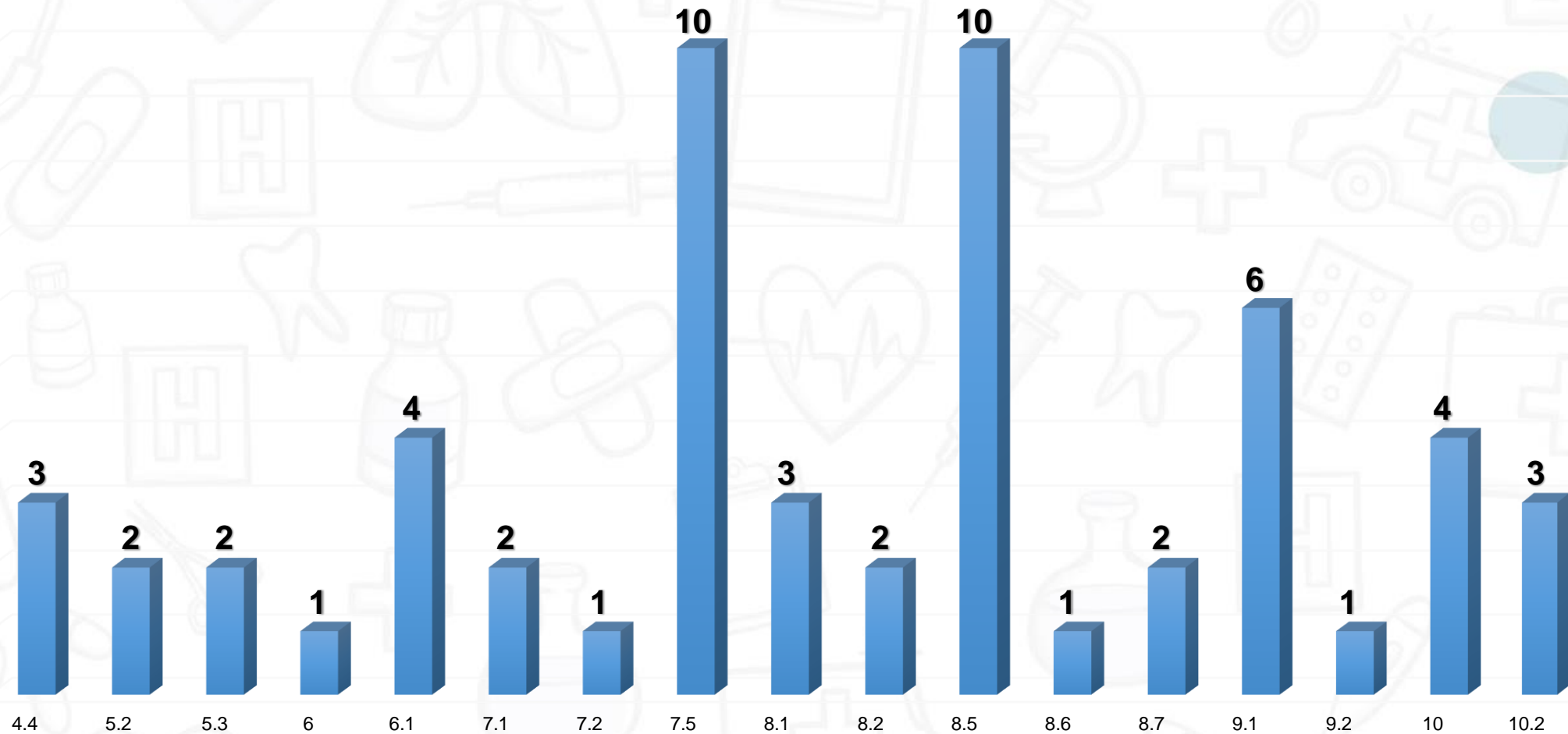
6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

NO CONFORMIDADES EN AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021



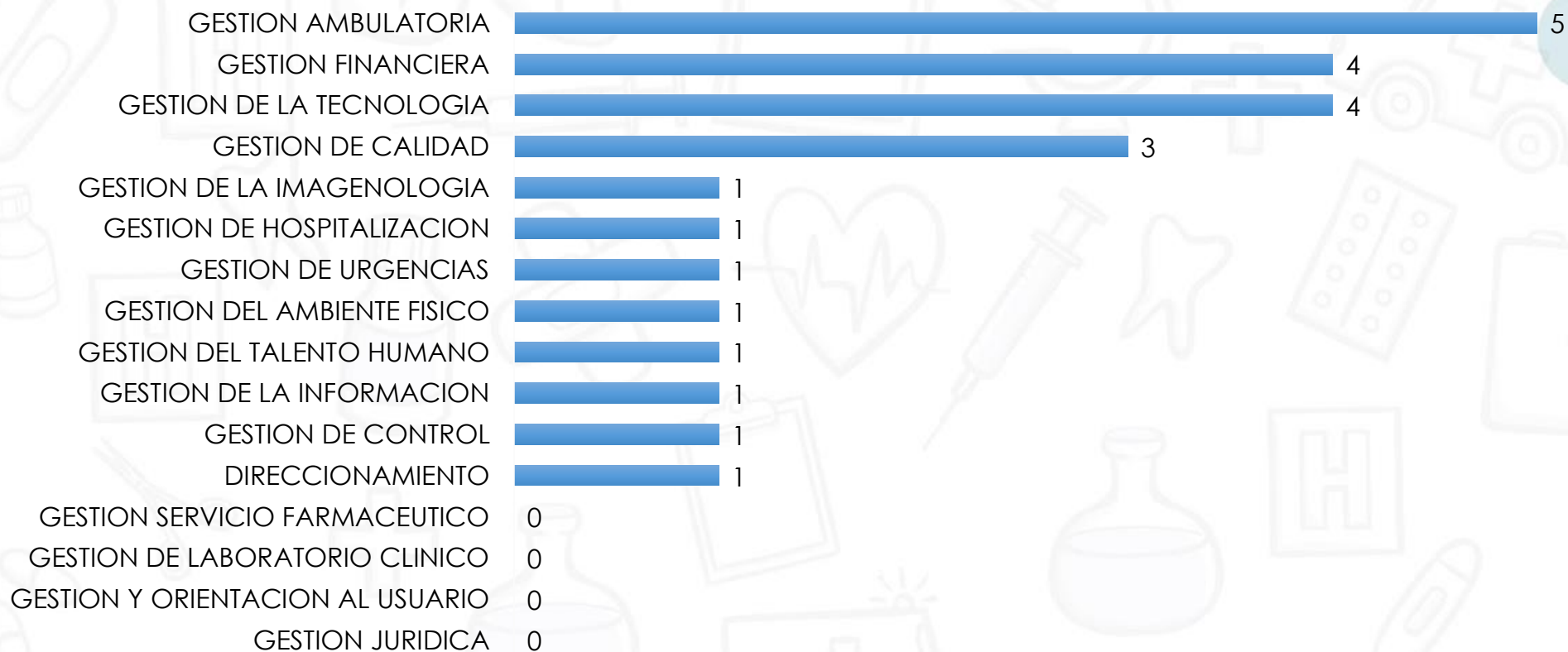
6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

NUMERO DE REQUISITOS INCUMPLIDOS POR PROCESO



6. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS

No. FORTALEZAS AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021

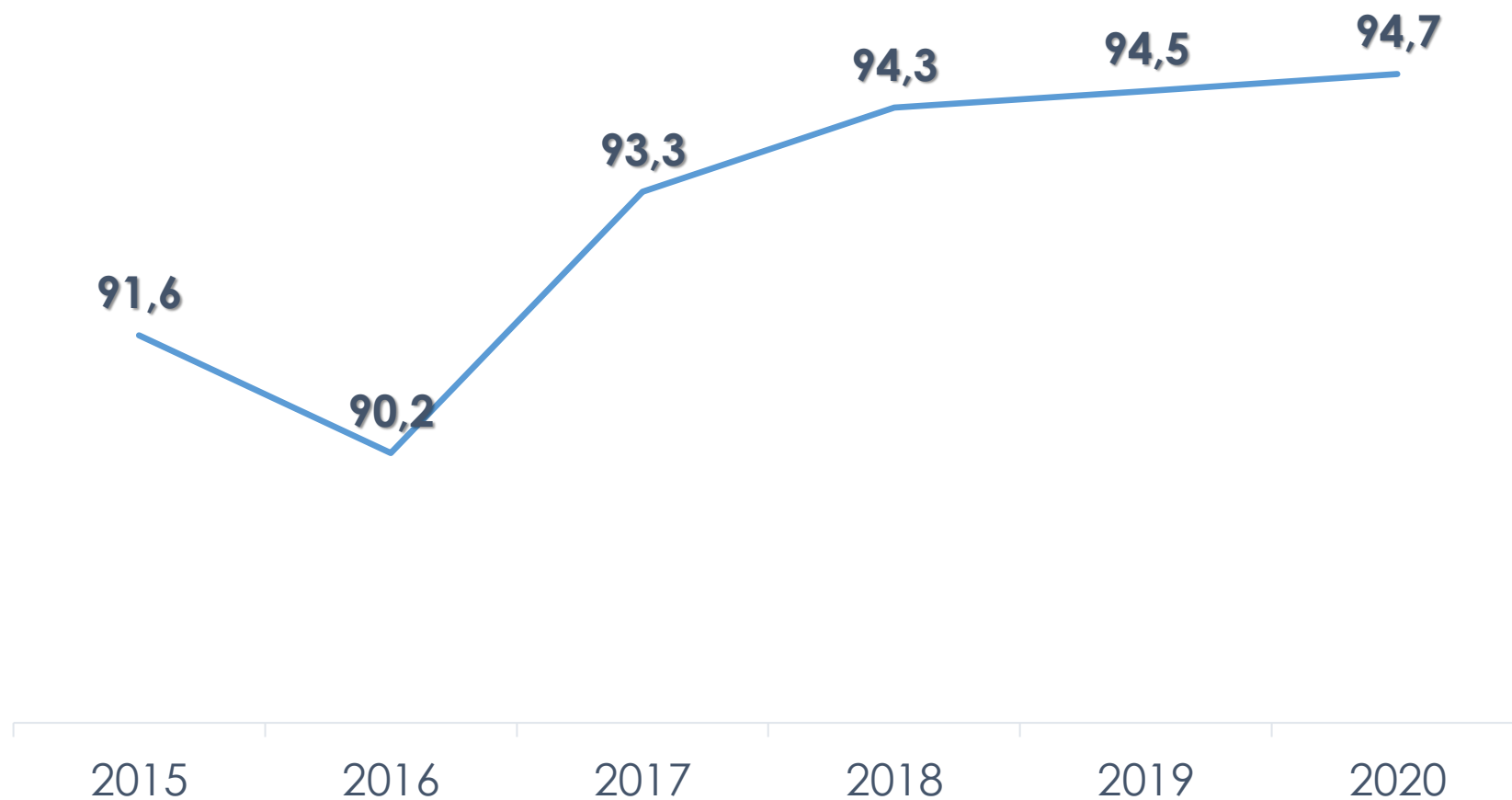


6. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS (SEGUIMIENTO ACCIONES AUDITORIA EXTERNA 2020)

NOMBRE PROCESO	TOTAL DE ACCIONES PM 2020	PRIMER SEGUIMIENTO 18 MAYO 2020			SEGUNDO SEGUIMIENTO 26 AGO 2021		
		ACCIONES CERRADAS	ACCIONES ABIERTAS - EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES ABIERTAS - EN PROCESO	ACCIONES INCUMPLIDAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4	0	4	0	3	1	0
CALIDAD	18	10	8	0	18	0	0
SIAU	3	3	0	0	3	0	0
GESTION DE LABORATORIO	11	11	0	0	11	0	0
GESTION DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	32	25	7	0	32	0	0
GESTION AMBULATORIA (ODONTOLOGIA)	8	0	8	0	8	0	0
GESTION DE TALENTO HUMANO (HUMANIZACION)	4	3	1	0	4	0	0
GESTION DE AMBIENTE FISICO	7	0	7	0	7	0	0
GESTION FINANCIERA	6	5	1	0	6	0	0
TOTAL	93	57	36	0	92	1	0
	100%	61,3	38,7	0,0	98,9	1,1	0,0

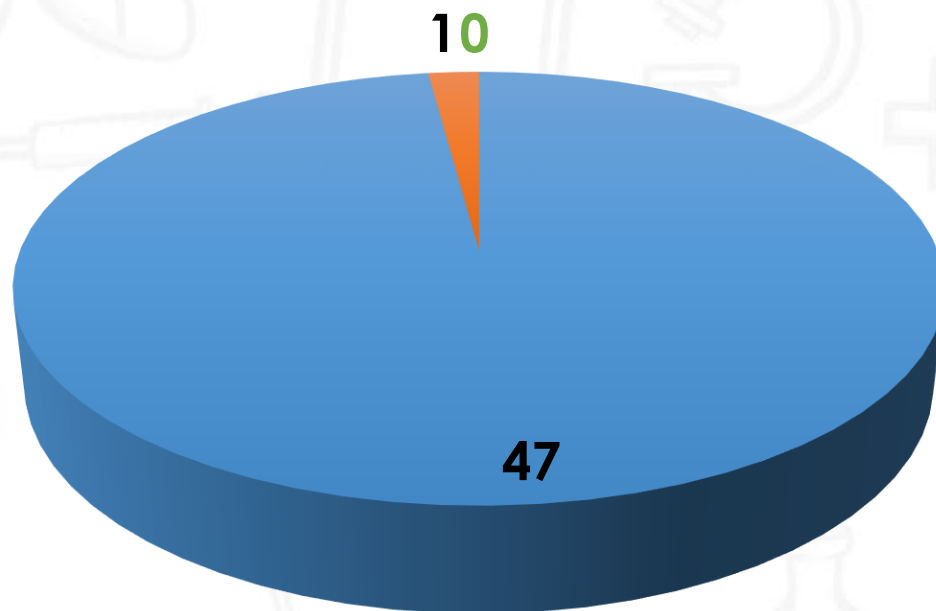
7. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS EXTERNAS-ENTES DE CONTROL

EVALUACION DE LA GESTION FISCAL



7. DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | SEMESTRE 2021



- BUENO - PROVEEDOR CONFIABLE Y RECOMENDADO
- REGULAR - PROVEEDOR POCO CONFIABLE
- NO CUMPLE - PROVEEDOR NO CONFIABLE

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS

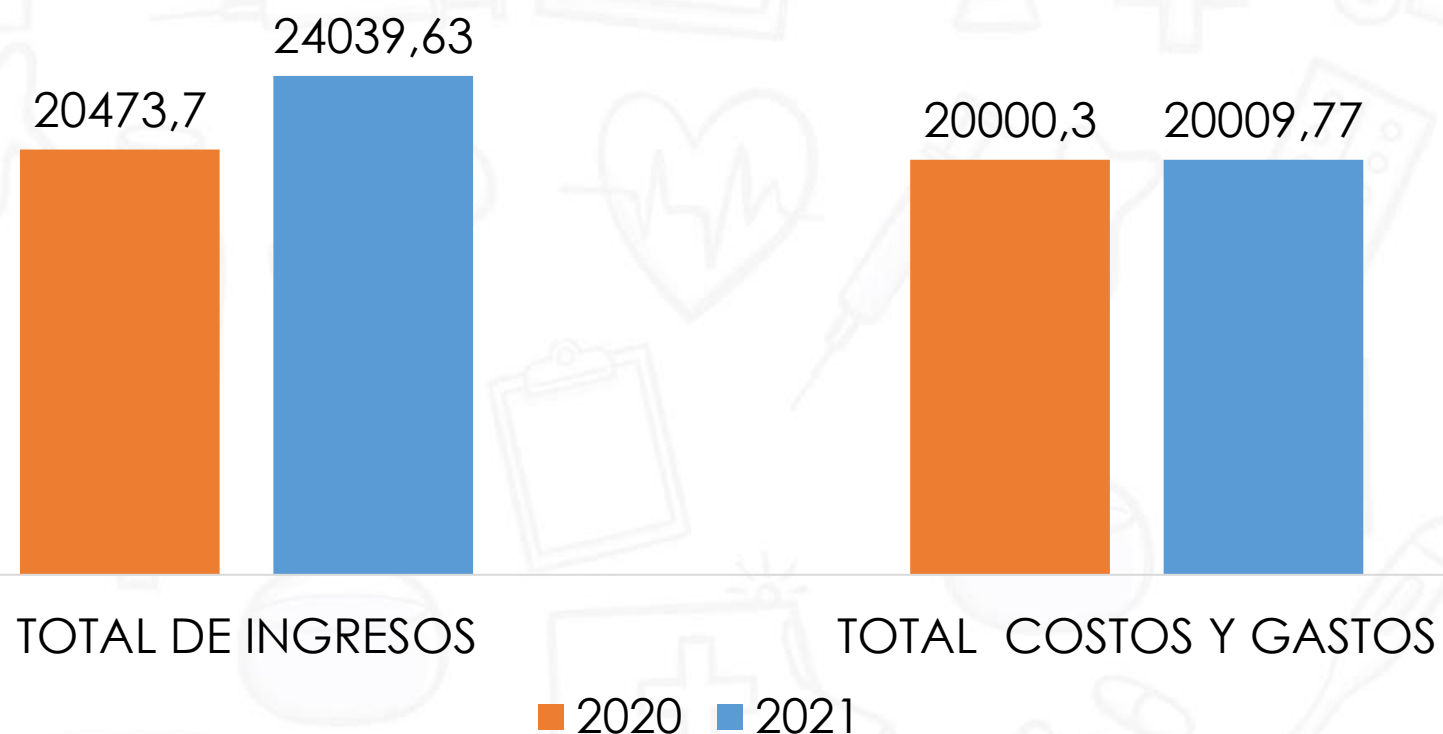
CONVENIENCIA Y ADECUACIÓN



CAPACIDAD INSTALADA Y LIMITACIONES

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS - FINANCIEROS

ESTADO DE RESULTADOS COMPARATIVO
Comparativo en millones de pesos
Junio 2020-2021



*Fuente: Estados Financieros. junio 2021. Subgerencia Financiera y Comercial - Contabilidad

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – TALENTO HUMANO

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL PASTO SALUD E.S.E					
NIVEL	No. Total Cargos	No. Cargos provistos	No. Cargos vacantes	No. Cargos requeridos	Diferencia
Directivo	10	10	0	10	0
Asesor	4	4	0	4	0
Profesional	227	197	30	321	-124
Técnico	38	36	2	44	-8
Asistencial	277	259	18	301	-42
Extramural	0	0	0	62	-62
TOTAL	556	506	50	742	-236

*Fuente: Plan de Previsión del Talento Humano. 2021. Gestión del Talento Humano

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – SGSST

ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST			
CICLO	ESTÁNDAR	PESO PORCENTUAL DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN DE LA EMPRESA CONTRATANTE
I. PLANEAR	RECURSOS	10	10
	GESTION INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO	15	11
II. HACER	GESTIÓN DE LA SALUD	20	20
	GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS	30	30
	GESTION AMENAZA	10	10
III. VERIFICA R	VERIFICACIÓN DEL SG-SST	5	5
IV. ACTUAR	MEJORAMIENTO	10	10
TOTALES		100	96

*Fuente: Evaluación Estándares SGSST. 2021. Seguridad y Salud en el Trabajo

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – AMBIENTE FISICO

INTERVENCIONES DE INFRAESTRUCTURA EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PASTO SALUD E.S.E PERIODO ENERO A JULIO DEL 2021

RED	IPS	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			TOTAL POR IPS
		MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	MANT. PREVENTIVO	MANT. CORRECTIVO	OBRAS FORTUITAS	
ORIENTE	LORENZO	6	28		4	39		4	21		4	7		4	5		3	13		5	16		153
	ROSARIO	8	8		6	4		7	1		7	6	1	7	3	1	7	3	2	9	7		79
	LAGUNA	9	12		9	11		8	4		8	4		8	1		8	6		10	5		94
	ENCANO	8	4		9	3		7	2		8	2		8	0		7	3	1	10	5		69
	CABRERA	9	2		10	7		9	3		8	6		9	4		7	3		10	5		83
	MIS KIKES	4	0		5	0		4	0		4	0		4	1		3	0		5	0		26
OCCIDENTE	SAN VICENTE	3	19		3	13		2	6		2	13		1	5		2	7		3	9		85
	GENOY	7	5		8	2		7	11		7	2		8	2		8	3		9	0		72
	OBONUCO	8	7		8	1		8	2		8	5		9	4		8	8		9	2		79
	CALDERA	8	1		8	1		8	5		8	4		9	7		7	5		11	2		76
	MAPACHICO	8	5		8	0		8	3		8	6		8	1		7	4		11	3		72
	TAMASAGRA	4	25		4	15	1	3	12		4	20		4	8		3	15		5	8		127
NORTE	BUESQUILLO	7	1		8	0		9	1		9	2		8	2		8	5		10	4		67
	PRIMERO DE MAYO	4	0		8	10		3	5		4	4		3	6		4	14		5	3		69
	PANDIACO	4	0		5	0		3	10		4	5		4	4		3	10		5	2		55
	MORASURCO	8	2		8	0		8	0		8	2		8	3		7	1		11	4		62
	HOSPITAL CIVIL	4	28		5	39	1	3	18		4	18	1	3	35		4	24	2	5	35		225
SUR	GUALMATAN	6	4		6	3		4	0		6	0		5	0		7	0		8	0		43
	CATAMBUCO	3	2		4	3		4	6		4	3		4	0		4	6	1	5	0		46
	SANTA BARBARA	2	6		7	2		10	3		7	1		5	1		9	3		9	0		63
	PROGRESO	3	12		3	11		3	6		3	0		4	4		2	20	2	4	14		88
	HOSPITAL LA ROSA	36	56	1	32	28	1	35	27		34	38		35	43		38	34		38	30		470
	SEDE ADMINISTRATIVA	3	10		3	8		2	14		4	10		3	5		4	12		4	10		89
TOTAL		162	237	1	171	200	3	159	160	0	163	158	2	161	144	1	160	199	8	201	164	0	2292

*Fuente: Informe de intervenciones y adecuaciones. Junio 2021. Oficina de Planeación

D. ADECUACION DE LOS RECURSOS – SISTEMAS DE INFORMACIÓN

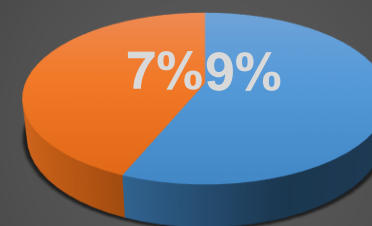
LUGAR	RECURSOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITICIDAD PARA CAMBIOS		
Red Oriente	93 Equipos de computo 3 Servidores	20 Alta	7 Media	1 Baja
Red Occidente	97 Equipos de computo 2 servidores	9 Alta	14 Media	3 Baja
Red Sur	132 Equipos de computo 7 Servidores	26 Alta	36 Media	3 Baja
Red Norte	107 Equipos de computo	20 Alta	13 Media	2 Baja
Sede Administrativa	132 Equipos de computo 7 Servidores	20 Alta	31 Media	2 Baja
TOTAL	561 Equipos de computo 19 Servidores			
TOTAL DE CRITICIDAD PARA CAMBIO		ALTA 79 equipos de computo 16 servidores	MEDIA 101 Equipos de computo	BAJA 11 Equipos de computo

*Fuente: Informe de capacidad instalada equipos de computo. Junio 2021. Sistemas de Información

E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS 2020

PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	4	5	0	0
GESTION DE CALIDAD	9	1	5	2	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	5	3	1	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	49	10	37	2	0
GESTION AMBULATORIA - MEDICINA	70	19	40	11	0
GESTION DE URGENCIAS	45	10	32	3	0
GESTION DE LABORATORIO	6	2	2	2	0
GESTION DE IMAGENOLOGIA	19	13	5	1	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	27	15	12	0	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	11	3	2	0
GESTION DE TECNOLOGIA	7	3	3	0	1
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	2	2	2	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	16	5	5	4	2
GESTION FINANCIERA	26	15	10	1	0
GESTION JURIDICA	11	1	7	1	2
GESTION DE CONTROL	5	0	5	0	0
TOTAL	330	116	176	32	6

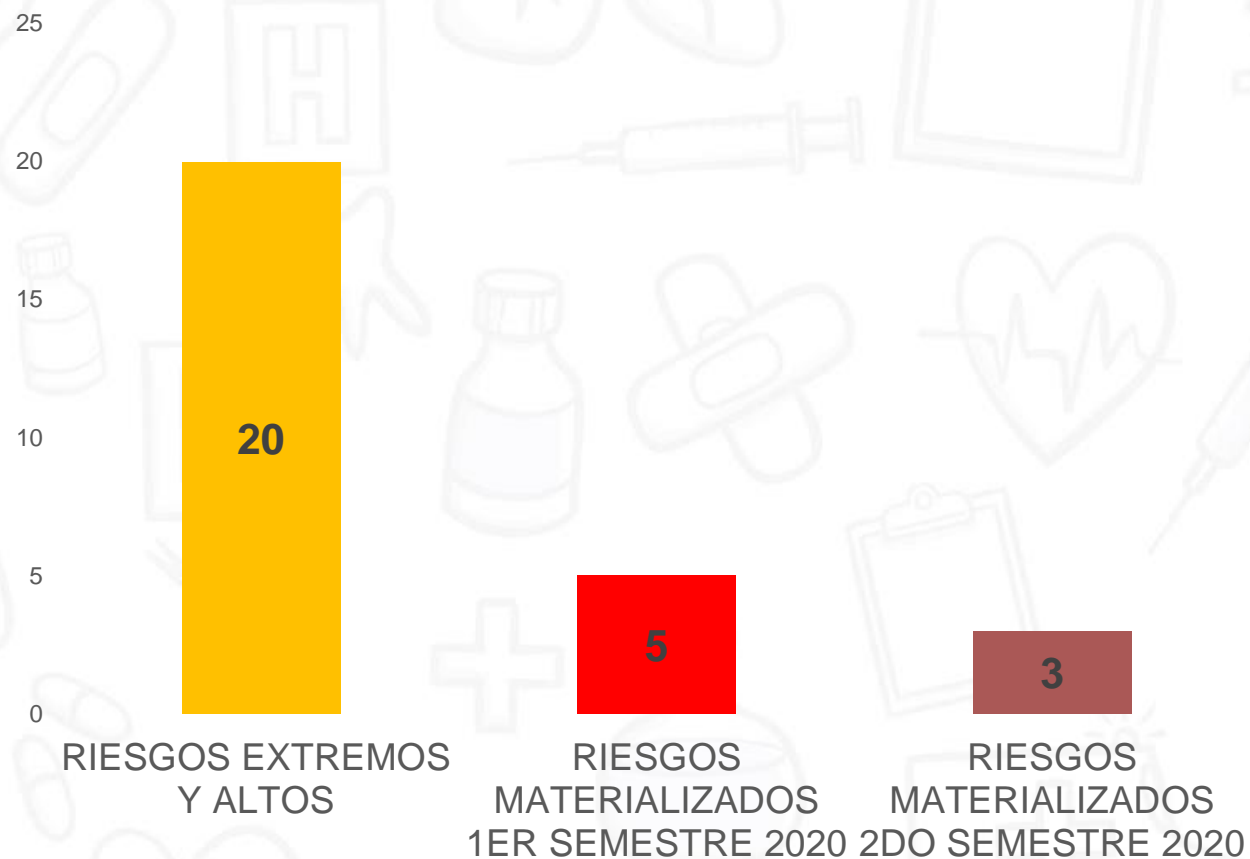
PORCENTAJE DE RIESGOS MATERIALIZADOS 2020



- PRIMER SEMESTRE
- SEGUNDO SEMESTRE 2020

E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

RIESGOS EXTREMOS Y ALTOS MATERIALIZADOS



PROCESOS	DESCRIPCION DEL RIESGO MATERIALIZADOS	NIVEL DE SEVERIDAD
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	No aplicación del protocolo de bioseguridad	ALTO (1er y 2do Semestre)
GESTION DE TECNOLOGIA	Equipos biomédicos no calibrados	EXTREMO (1er y 2do Semestre)
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	Inasistencia del usuario	ALTO (2do semestre)
GESTION ABULATORIA	No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso. No realización de anamnesis adecuada, anamnesis con débil análisis y registro semiológico	ALTO (1er semestre)
URGENCIAS	Inadecuado plan del tratamiento	ALTO (1er semestre)
	No cumplimiento con las normas de bioseguridad	ALTO (1er semestre)

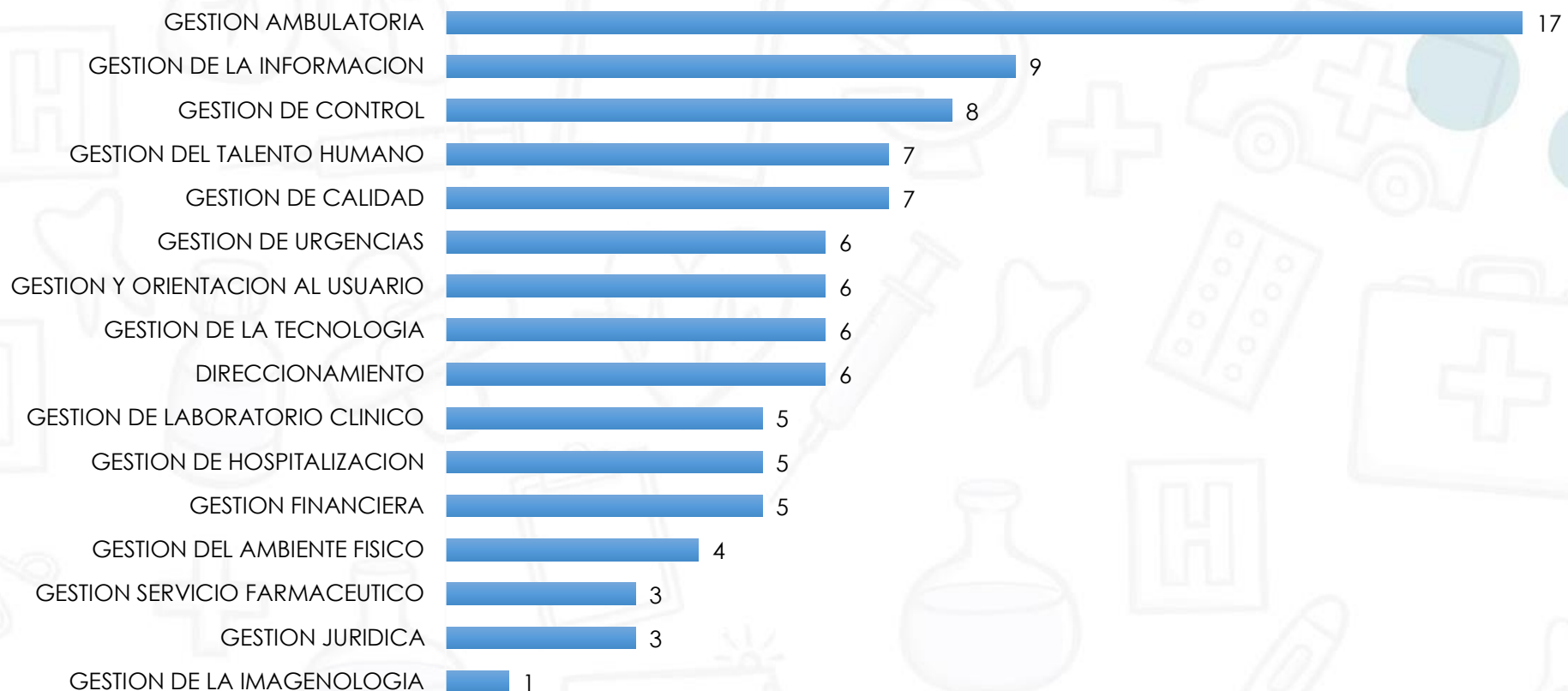
E. EFICIENCIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3	0	2	0	1
GESTION DE CALIDAD	5	1	3	1	0
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	6	2	2	2	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	21	3	14	4	0
GESTION AMBULATORIA	45	10	22	13	0
GESTION DE URGENCIAS	23	2	14	7	0
GESTION DE LABORATORIO	8	3	3	2	0
GESTION DE IMAGENOLOGIA	15	4	10	1	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	21	10	10	1	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	7	0	3	3	1
GESTION DE TECNOLOGIA	5	0	3	2	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	0	2	4	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	2	7	3	0
GESTION FINANCIERA	15	2	5	8	0
GESTION JURIDICA	5	0	3	1	1
GESTION DE CONTROL	6	5	1	0	0
TOTAL	203	44	104	52	3

AUDITORIA A
RIESGOS
MATERIALIZADOS
EN EJECUCIÓN

F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA – AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

No. OPORTUNIDADES DE MEJORA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021



F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA - PAMEC

GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES PARCIALMENTE CUMPLIDAS	ACTIVIDADES INCUMPLIDAS	No. TOTAL ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE 2021	% CUMPLIMIENTO
PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	183	155	49	387	87%
GERENCIA	30	24	17	71	76%
GERENCIA DE LA INFORMACION	39	19	1	59	98%
GESTION DE LA TECNOLOGIA	10	13	23	46	50%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	30	12	0	42	100%
DIRECCIONAMIENTO	12	15	5	32	84%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	14	9	4	27	85%
MEJORAMIENTO	10	4	0	14	100%
TOTAL	328	251	99	678	85%

*Fuente: Informe Primer seguimiento PAMEC. Julio 2021. Oficina de auditoria

F. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA – REFERENCIACIONES 2020-2021

PROCESO	ENTIDAD CON QUIEN SE REFERENCIÓ	PLAN DE MEJORAMIENTO	Nº. OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS
SISTEMAS DE INFORMACION	HILA	SI	2
SEGURIDAD DEL PACIENTE	HUDN	SI	5
GESTION DE CALIDAD	HUDN	SI	5
GESTION DE CALIDAD	HILA	SI	2
TALENTO HUMANO (HUMANIZACIÓN)	HOSPITAL SAN RAFAEL	SI	3
SIAU	HUDN	SI	1
GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACION	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	NO	0

CONCLUSIÓN

	REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS		REQUISITOS DE LA NORMA		REQUISITOS ORGANIZACIONALES			TOTALES	
	ADECUACION	Res 408 Plan Gerencial		Encuestas de satisfacción cliente interno	90,90%	Resultados auditoria interna ISO 9001:2015	94%	Cumplimiento del Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual	77%	83,70%	
Resolución No. 710 de 2012		73%									
Res 5095 acreditación		3.0 (1.20% de mejora respecto al año anterior)	Encuestas de satisfacción cliente externo	98,70%	Resultado de auditoria externa de calidad	100%					
	MIGP (IDI)	89,7	Informe PQRSF	100%	Resultado de auditorias entes de control	94,70%					
CONVENIENCIA	Cumplimiento PAMEC									85%	
EFICAZ	Nivel de cumplimiento de los objetivos estrategicos del plan de desarrollo									77%	66%
	OBJETIVO DE CALIDAD 1	100%	OBJETIVO DE CALIDAD 2	80%	OBJETIVO DE CALIDAD 3	75%	OBJETIVO DE CALIDAD 4	88%			
	Cumplimiento indicadores de proceso									54,20%	
ALINEACION CON EL DIRECCIONAMIENTO	Nivel de cumplimiento del Plan de Desarrollo									77%	

CONTENIDO SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2021

Decisiones y acciones para:

- A. Oportunidades de mejora.
- B. Necesidades de cambios del SGC.
- C. Necesidades de recursos.



Gracias...



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PASTO SALUD E.S.E
Sirviendo con Amor



#VamosporlaAcreditación

 Pasto Salud ESE

 <http://www.pastosaludese.gov.co>

  Pasto Salud ESE