



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**

PROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

SUBPROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)**


## **PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)**



### **EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN**


<b>TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE</b> 	<b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b> 	<b>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</b> 
<b>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</b> 	<b>GESTIÓN DEL RIESGO</b> 	<b>RESPONSABILIDAD SOCIAL</b> 
<b>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b> 	<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA</b> 	

**SANTIAGO DE CALI, ENERO 2026**

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCE .....	3
3.	NORMATIVA.....	3
4.	DEFINICIONES.....	4
5.	CONTENIDO.....	5
5.1.	GENERALIDADES.....	5
5.2.	MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.....	13
5.3.	DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC .....	17
5.3.1.	AUTOEVALUACIÓN.....	17
5.3.2.	SELECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA (PROCESOS A MEJORAR). .....	22
1.1.1.	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS Y/O DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	22
1.1.1.	DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA Y MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS. ....	24
1.1.1.	CALIDAD OBSERVADA. ....	24
1.1.2.	DEFINICIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR GRUPO DE ESTANDARES.....	25
1.1.1.	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO .....	25
1.1.2.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO .....	26
1.1.3.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.....	26
1.2.	RESULTADOS PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2025.....	27
2.	RIESGOS.....	35
3.	INDICADORES.....	36
4.	RECURSOS .....	36
5.	CRONOGRAMA.....	36
6.	ANEXOS. ....	36
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
8.	CONTROL DE REGISTROS. ....	37
9.	ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ. ....	38

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## 1. OBJETIVO

Continuar y mantener el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad - PAMEC, en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. cumpliendo con la Ruta Crítica dada por el Ministerio de Salud y la normatividad vigente que regula la entidad.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar que la atención en salud responda a las necesidades, derechos y expectativas de los usuarios.
- Consolidar el PAMEC como un instrumento permanente de evaluación, seguimiento y mejora continua de los procesos prioritarios.
- Promover la participación del talento humano en la auditoría y el mejoramiento de la calidad.
- Comparar sistemáticamente la calidad observada con la calidad esperada para corregir desviaciones.
- Asegurar el cumplimiento de la Resolución 408 y sus indicadores del plan de gestión.
- Fortalecer los ejes de acreditación y su articulación con el Modelo Integrado de Gestión (MIPG).

## 2. ALCANCE

El alcance del PAMEC se orienta al fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación mediante la identificación y ejecución de oportunidades de mejora que permitan cerrar brechas y alcanzar una calificación de 4.1 según el Manual de Acreditación. Este resultado se proyecta mediante la ejecución de ciclos de preparación para la acreditación durante el período 2026.


## 3. NORMATIVA

### 1. Decreto 1011 de 2006

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) y define la auditoría para el mejoramiento de la calidad. Determina niveles, tipos de acciones y responsabilidades para IPS, EAPB y entes territoriales.

### 2. CONPES 3446 de 2006

Define los lineamientos de la política nacional de calidad y articula el SOGC con el sistema nacional de normalización, certificación y metrología, fortaleciendo la cultura de calidad en el sector salud.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

### 3. Decreto 903 de 2014

Reglamenta el Sistema Único de Acreditación en Salud como un proceso voluntario para reconocer altos niveles de calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

### 4. Resolución 2082 de 2014

Establece la operativización del Sistema Único de Acreditación, definiendo procedimientos, requisitos y responsabilidades para las instituciones que deciden acreditarse.

### Resolución 408 de 2018

Regula la elaboración, presentación y evaluación del Plan de Gestión de gerentes de ESE, integrando indicadores de desempeño administrativo, financiero y de calidad.

### Resolución 5095 de 2018

Adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1, actualizando estándares de calidad centrados en seguridad del paciente, humanización y gestión integral.

## 4. DEFINICIONES

**Caracterización de procesos:** Herramienta que permite describir, gestionar y controlar los procesos mediante la identificación de sus elementos esenciales.


**Ciclo de mejora continua (PHVA):** Metodología que orienta la gestión de la calidad a través de planear, hacer, verificar y actuar para lograr el mejoramiento continuo.

**Manual de calidad:** Documento que describe el sistema de gestión de la calidad de la organización.

**Mapa de procesos:** Representación gráfica e interrelacionada de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la organización.

**Mejora continua:** Proceso permanente orientado a aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y mejorar el desempeño.

**Sistema de gestión:** Conjunto organizado de políticas, procesos y principios que permiten dirigir y alcanzar los objetivos institucionales.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

**Sistema de gestión de la calidad:** Sistema basado en el ciclo PHVA que integra todos los procesos institucionales para garantizar la calidad, alineado con los estándares de acreditación.

**Aprendizaje organizacional:** Capacidad institucional para aprender de la experiencia, mejorando prácticas a partir de éxitos y errores.

**Cierre de ciclo:** Verificación del cumplimiento e impacto de las acciones de mejora, permitiendo cerrar brechas y reiniciar el ciclo de mejoramiento.

**Equipo de autoevaluación:** Grupo interdisciplinario responsable de implementar y dar seguimiento a los estándares de acreditación asignados.

**Equipo de mejoramiento sistémico:** Equipo institucional encargado de evaluar y calificar el cumplimiento de los estándares de mejoramiento de la calidad.


**Equipos primarios de mejoramiento:** Equipos que identifican brechas, ejecutan acciones de mejora y hacen seguimiento a su cumplimiento en los procesos o servicios.

## 5. CONTENIDO

### 5.1. GENERALIDADES

El Hospital es una institución de Nivel II de complejidad, de carácter público Departamental, creado desde 1.972 para atender a la población de escasos recursos económicos del Municipio de Cali - Colombia, ubicado en el barrio Mario Correa de la Comuna 18. Inicialmente funciona como un centro de atención para la tuberculosis y con el correr del tiempo, el Hospital sufrió muchos cambios a su interior, con la apertura progresiva de nuevos servicios asistenciales, fortaleciendo su recurso humano y tecnológico, para satisfacer la demanda creciente, especialmente en servicios como urgencias, cirugía y hospitalización. En los años 80 el hospital genera una expansión de sus servicios asistenciales y se construyen nuevas áreas administrativas y para la atención de pacientes en Urgencias, Pediatría y Pensionados. El hospital entonces se constituye en pieza clave y protagonista de la red de prestadores de servicios de salud de Cali y el Valle del Cauca.

Adecuándose a la Ley de Seguridad Social en Salud, las directivas de la entidad tomaron la decisión de reorganizar y modernizar cada uno de los servicios asistenciales y de apoyo administrativo, con el fin de convertir la entidad, en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) fundamentado en los principios de calidad y eficiencia. En el año de 1995 se convierte en Empresa Social del Estado descentralizada (Decreto 1808 del 7 de noviembre de 1995), con autonomía administrativa y patrimonio propio.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## MISIÓN

“Somos una institución de segundo nivel de atención que presta servicios de mediana complejidad y algunos en complementariedad de alta complejidad; que mediante la metodología del mejoramiento continuo tiene como objetivo prestar servicios de salud con un talento humano competitivo y comprometido que hace uso adecuado de los recursos financieros, tecnológicos y ambientales”.

## VISIÓN


En el 2028 seremos una institución acreditada, reconocida en la región por el uso de herramientas tecnológicas, capacidad resolutive y procesos amigables con el medio ambiente.

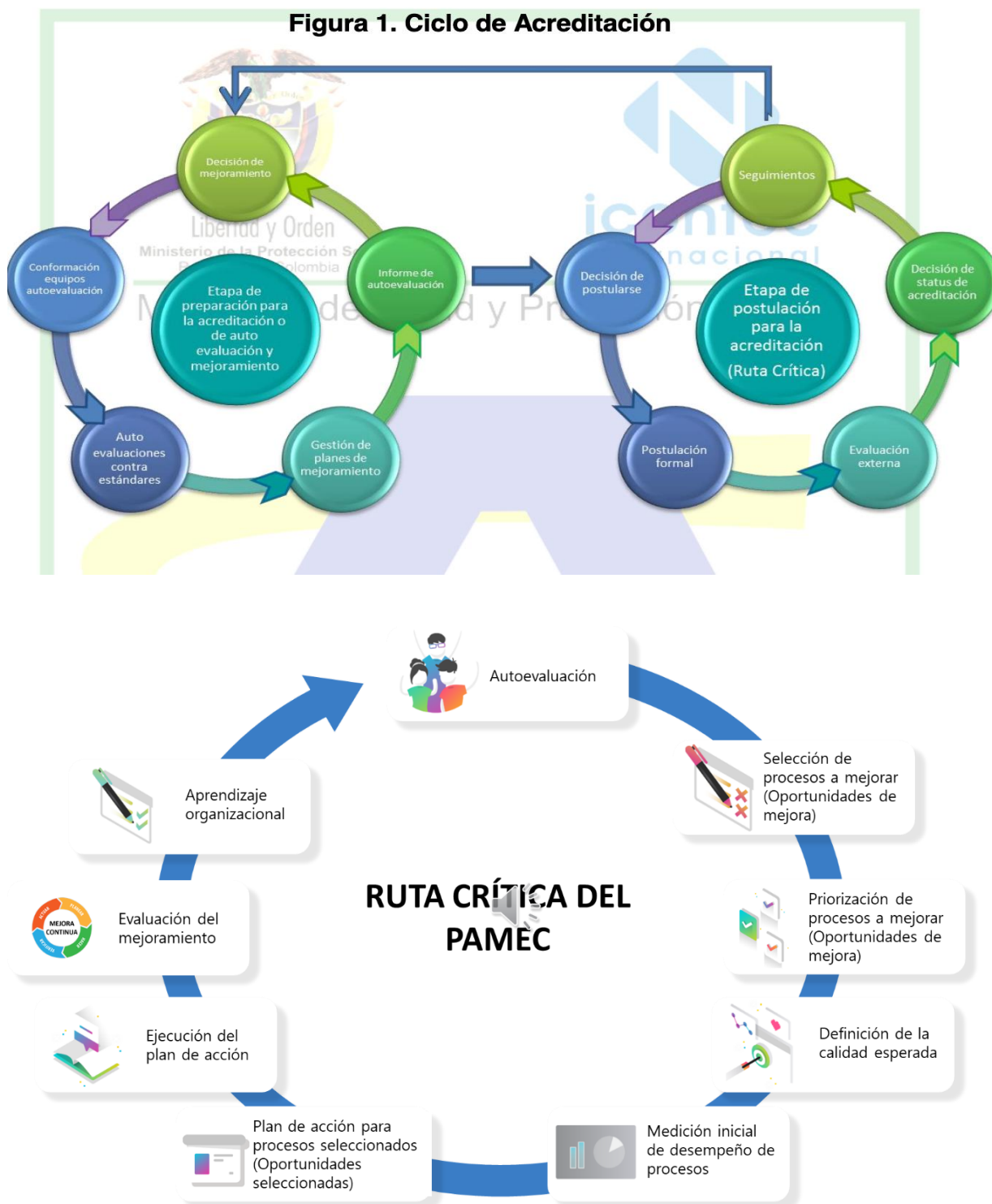
El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo orienta su gestión a la prestación de servicios de salud con calidad, eficiencia y enfoque humanizado, cumpliendo la normatividad vigente. A través del PAMEC, evalúa la calidad observada frente a la esperada, identifica brechas y ejecuta acciones de mejora continua para fortalecer la satisfacción del usuario, el impacto en la salud y el posicionamiento institucional.

## 5.2 ¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.


El PAMEC del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo se implementó siguiendo las fases de la ruta crítica definida por el Ministerio de la Protección Social, en las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y en las Guías del PAMEC, que se evidencian en el diagrama:

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	



**Diagrama 1. RUTA CRÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CAL**



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo adoptó como parámetro para el desarrollo de su ruta crítica los estándares del Sistema Único de Acreditación establecidos en el Manual de Acreditación, los cuales definen niveles óptimos de calidad y una metodología basada en enfoque, implementación y resultados, que garantiza un desarrollo organizado y armónico.

Desde el año 2012 se estructuró la ruta crítica con el grupo de estándares del proceso de atención asistencial al usuario y los grupos de estándares administrativos, permitiendo la ejecución continua de ciclos de mejora que incluyen autoevaluación cualitativa y cuantitativa, priorización de oportunidades de mejora, formulación, ejecución, seguimiento y verificación de acciones.

En el presente año se inicia un nuevo ciclo de preparación para la acreditación, manteniendo la secuencia metodológica de los ciclos anteriores, pero incorporando nuevos elementos orientados a fortalecer el cierre efectivo de las oportunidades de mejora. Este ciclo se denominará Plan de Mejora de Acreditación, con el propósito de resaltar el cierre de brechas frente a los estándares y promover una mayor participación de los colaboradores en todos los niveles institucionales.

#### **ACTIVIDADES PREVIAS AL DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO.**


- Lanzamiento del Plan de Acreditación y de las novedades para este año.
- Identificación y selección de las personas que hacen parte de los equipos de autoevaluación y mejoramiento.
- Ajuste y actualización de los instrumentos necesarios que se utilizarán para la implementación de la ruta crítica del Plan de Acreditación, como son formatos de autoevaluación, de priorización, de desarrollo de planes de mejoramiento entre otros.
- Alineación de estándares de acreditación con ejes de acreditación.
- Elaboración de Cronograma de Trabajo.
- Preparación de la logística de las reuniones.

Los equipos de trabajo por grupo de estándares se definen en el siguiente cuadro. Esta conformación de los equipos de trabajo no es una camisa de fuerza, pues según la dinámica del estándar se pueden incluir otros integrantes o invitar a otros funcionarios para reforzar estándares específicos.

Para cada equipo se identifican dos líderes los cuales estarán encargados de coordinar las actividades e informes del equipo respectivo.

En este ciclo se busca fortalecer el liderazgo en otros funcionarios, así como la integración entre administrativos y asistenciales.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

#### **EQUIPOS DE AUTOEVALUACION PRIMER NIVEL 2026**

<b>URGENCIAS</b>
<b>LIDER: ENFERMERO</b>
JEFE DE ENFERMERIA
SECRETARIA CLINICA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

<b>CIRUGIA</b>
<b>LIDER: ENFERMERO</b>
SECRETARIA CLINICA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
INSTRUMENTACION QUIRURGICA
INSTRUMENTACION QUIRURGICA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

<b>HOSPITALIZACION</b>
<b>LIDER: ENFERMERO</b>
ENFERMERA
ENFERMERA
ENFERMERA
ENFERMERA
ENFERMERA
ENFERMERA
SECRETARIA CLINICA
ENFERMERA
SECRETARIA CLINICA
JEFE DE UCI

<b>CONSULTA EXTERNA</b>
<b>LIDER</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

<b>LABORATORIO CLINICO Y AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>
<b>LIDER</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

<b>APOYO TERAPEUTICO</b>
--------------------------

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)****LIDER**

TERAPIA FISICA

FONOAUDIOLOGIA

OCUPACIONAL

PSICOLOGIA

TRABAJO SOCIAL

TERAPIA RESPIRATORIA

NUTRICIONISTA

**EQUIPOS DE AUTOEVALUACION SEGUNDO NIVEL****AMBULATORIO- ASISTENCIALES- GERENCIA-  
DIRECCIONAMIENTO Y APOYO**

LIDER DE CONVENIOS

LIDER DE AYUDAS DIAGNOSTICAS-LABORATORIO CLINICO.

LIDER DE CONSULTA EXTERNA.

LIDER DE HOSPITALIZACION

LIDER DE URGENCIAS.

LIDER DE CIRUGIA.

JEFE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

JEFE DE PLANEACION

JEFE DE TALENTO HUMANO

LÍDER DE AMBIENTE FISICO

LÍDER DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.

LÍDER DE TECNOLOGIA

LÍDER DE HUMANIZACION

LÍDER DE SIAU

LÍDER COVE

LÍDER PYM

DIRECTORA CIENTIFICA

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

ASESORA DE GERENCIA

GERENTE

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**

PROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD


SUBPROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)****EQUIPOS DE TERCER NIVEL - MEJORAMIENTO SISTEMICO**

<b>AMBULATORIO- ASISTENCIALES- APOYO</b>
LIDER DE CONVENIOS
LIDER DE AYUDAS DIAGNOSTICAS-LABORATORIO CLINICO.
LIDER DE CONSULTA EXTERNA.
LIDER DE HOSPITALIZACION
LIDER DE URGENCIAS.
LIDER DE CIRUGIA.
JEFE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.
JEFE DE PLANEACION
JEFE DE TALENTO HUMANO
LÍDER DE AMBIENTE FISICO
LÍDER DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.
LÍDER DE TECNOLOGIA
LÍDER DE HUMANIZACION
LÍDER DE SIAU
LÍDER COVE
LÍDER PYM
DIRECTORA CIENTIFICA
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
ASESORA GERENCIA
GERENTE

<b>GERENCIA Y DIRECCIONAMIENTO</b>
<b>LIDER: DR JUAN CARLOS CORRALES BARONA</b>
DIRECTOR FINANCIERO
DIRECTORA CIENTIFICA
JEFE DE CALIDAD
ASESORA DE GERENCIA
LIDER DE JURÍDICA
LIDER DE SIAU
PLANEACION
LIDER DE FACTURACION
CONTROL DISCIPLINARIO
CONTROL INTERNO

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

#### **EQUIPOS DE APOYO**


<b>LIDER</b>
<b>AMBIENTE FISICO</b>
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
GESTION AMBIENTAL
NUTRICIONISTA
JEFE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
LIDER HUMANIZACION
SSST

<b>TALENTO HUMANO</b>
<b>LIDER</b>
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NOMINA
CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
PSICÓLOGA DE TALENTO HUMANO

<b>GESTION DE TECNOLOGIA</b>
<b>LIDER</b>
LÍDER DE TECNOVIGILANCIA
QUIMICO FARMACEUTICO
COMPRAS Y SUMINISTRO
ACTIVOS FIJOS
SISTEMAS DE INFORMACION
MANTENIMIENTO

<b>GERENCIA DE LA INFORMACION</b>
<b>LIDER: MARIO GONZALEZ</b>
ESTADISTICO
TECNICO ADMINISTRATIVO
TECNICO ADMINISTRATIVO
TECNICO ADMINISTRATIVO
TECNICO ADMINISTRATIVO

Uno de los aspectos claves de la metodología es el de fortalecer el modelo de mejoramiento institucional sugerido por el manual de acreditación.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

### 5.2.1. MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

El Modelo de Mejoramiento Institucional del Sistema Único de Acreditación se fundamenta en el **mejoramiento continuo, sistemático y sistémico**, orientado al logro de resultados centrados en el paciente y a la consolidación de una cultura organizacional de calidad.


El proceso de mejoramiento surge a partir de la **autoevaluación**, comparando la situación real con los estándares establecidos, y se desarrolla mediante el trabajo articulado de **equipos de mejoramiento**, evitando acciones aisladas. Este enfoque comprende todas las áreas, niveles y fases del proceso de atención en salud.

El mejoramiento se gestiona como una **cascada bidireccional de información**, entre los niveles directivos y operativos, y se materializa a través de planes estructurados con responsables, cronogramas, acciones y metas claras. Su avance debe ser demostrable mediante indicadores y análisis de tendencias.

Se reconoce que el mejoramiento continuo requiere tiempo, recursos, liderazgo, compromiso institucional y sostenibilidad, ya que implica una **transformación cultural progresiva**, susceptible a dificultades como cambios organizacionales y limitaciones de recursos.

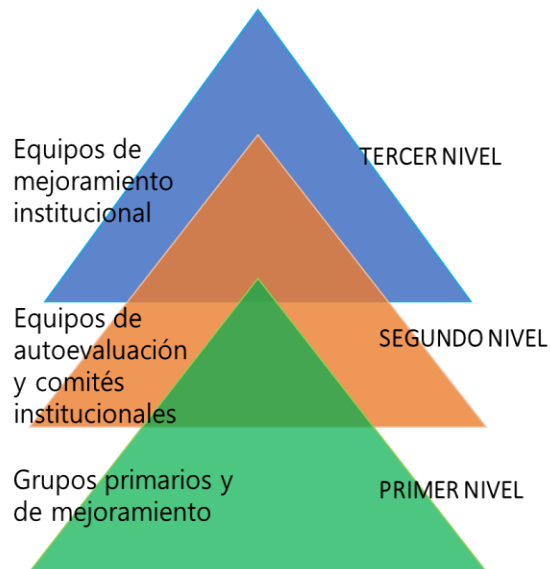
El modelo promueve una visión sistémica, la integración de diversas herramientas de calidad, el análisis de riesgos y una estructura organizacional responsable del seguimiento y control del proceso de mejora.

Finalmente, los estándares de acreditación se orientan al ciclo **PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)**, al aprendizaje organizacional, a la comunicación de resultados y a la consolidación de buenas prácticas, con el propósito de garantizar procesos de calidad sostenibles, efectivos y centrados en el paciente.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

- 03** Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 156, 157, 158, 159 y 160.
- 
- 02** Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.
- 
- 01** Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan
- 




Según el modelo de mejoramiento se tienen tres niveles de mejoramiento:

### PRIMER NIVEL. EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO

Los Equipos Primarios de Mejoramiento tienen como objetivo implementar, ejecutar y monitorear las acciones del plan de mejoramiento correspondientes a su grupo de estándares y a los procesos que representan, garantizando su cumplimiento a nivel operativo. Sus principales funciones incluyen:

- Apoyar la gestión del equipo PAMEC.
- Implementar, desplegar y divulgar los estándares en cada área o servicio.
- Realizar seguimiento a los indicadores del proceso.
- Reportar resultados al equipo de autoevaluación del grupo de estándares.
- Divulgar las directrices institucionales definidas por gerencia y comités.
- Gestionar y actualizar metodologías, herramientas y documentación del proceso.
- Intervenir y hacer seguimiento a planes de acción derivados de auditorías.
- Analizar y gestionar las PQRSF relacionadas con el proceso.
- Gestionar, analizar y hacer seguimiento a los no conformes institucionales, incluidos eventos adversos, incidentes, fallas administrativas y accidentes laborales.

En síntesis, estos equipos constituyen el **nivel operativo del mejoramiento continuo**, asegurando que las estrategias de calidad se ejecuten, evalúen y fortalezcan de manera permanente en cada proceso institucional.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## **SEGUNDO NIVEL. EQUIPOS PAMEC O EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN, COMITÉS INSTITUCIONALES.**

**Objetivo:** Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

- Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional (comité de Gerencia)
- Facilitar y apoyar la gestión de los equipos primarios de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
- Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.
- Gestionar la implementación de la Ruta crítica del PAMEC para el grupo de estándares.
- Para los comités institucionales, consultar el Manual de comités institucionales.


## **TERCER NIVEL. EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - COMITÉ DE GERENCIA.**

**Objetivo:** Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares de mejoramiento.

El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por los mismos integrantes del equipo de autoevaluación de los estándares de mejoramiento de la calidad; tendrá un líder y estará integrado por los líderes de los equipos de autoevaluación o equipos PAMEC, en la institución se define que el comité de Gerencia realizar la labor de equipo de mejoramiento institucional.

- Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
- Evaluar el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.
- Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional.
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	


- Apoyar la implementación de las políticas y programas institucionales.

El desarrollo de los tres niveles de mejoramiento se encuentra inmerso en el planteamiento de la metodología y el desarrollo de las oportunidades de mejora.

### 5.2.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2026

En el siguiente gráfico se presenta el cronograma de trabajo del presente año el cual incluye las diferentes etapas del ciclo y los meses en los que se trabajarán dichas etapas.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## **ACCIONES PREVENTIVAS, DE SEGUIMIENTO Y COYUNTURALES**

Se establecieron acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales para fortalecer el mejoramiento institucional. Entre las preventivas se destacan la formalización del ciclo de mejora, la conformación de equipos desde la alta gerencia, el ajuste de formatos, la preparación previa de evidencias, el uso de listas de chequeo y la optimización del cronograma anual.

En las acciones de seguimiento se implementaron matrices de control, canales de comunicación exclusivos, reportes mensuales y un cronograma fijo de reuniones, garantizando trazabilidad y articulación entre los equipos. Las acciones coyunturales incluyen indicadores clave de gestión, seguimiento a planes de acción y presentación de informes PAMEC, permitiendo evaluar resultados, facilitar el aprendizaje organizacional y asegurar la sostenibilidad del proceso de mejoramiento continuo.

### **5.3. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC**

#### **5.3.1. AUTOEVALUACIÓN**

El primer paso implementado por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E, para el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), consiste en establecer qué es lo que se puede mejorar, (identificación del problema) para ello se realiza una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la Institución, que pretende identificar los problemas o brechas de calidad que afectan a la Institución. Esta autoevaluación es ejecutada por un equipo de Autoevaluación y Mejoramiento, conformado por los líderes de los procesos del Hospital y la alta dirección.

Para el ejercicio de Autoevaluación se deben tener en cuenta los ejes trazadores del Sistema Único de Acreditación:

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir algún evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de contribución a la salud y bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgo y costos.



## HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO


GESTIÓN DE CALIDAD

### PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

- Gestión de la Tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición que beneficie a los usuarios y las instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y la sociedad en general.
- Mejoramiento continuo es el conjunto de todas las acciones diarias que permiten que los procesos y las instituciones sean más competitivos en la satisfacción del usuario y su familia, los clientes internos y externos, proveedores y demás partes interesadas.

## EJES DE ACREDITACIÓN



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

Cada uno de los estándares y criterios del manual de acreditación se relacionan en mayor o menor grado con alguno o algunos de los ejes descritos.

**Autoevaluación Cualitativa:** Se basa en la identificación de fortalezas y oportunidades de mejoramiento que presenta el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, teniendo como referente los estándares de acreditación.

Las fortalezas son definidas como, todos los atributos de los procesos que han logrado resultados de su implementación y que se constituyen factores críticos de éxito para el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.


Las oportunidades de mejoramiento son aquellos mecanismos que deben ser implementados por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados.

**Autoevaluación Cuantitativa:** Donde el equipo de trabajo evalúa de manera numérica a la organización desde el enfoque, implementación y los resultados de los procesos.

Se toma como referencia la escala de calificación del Sistema Único de Acreditación, la cual evalúa diez variables dentro de estas tres dimensiones, que mostramos a continuación:


#### **Proceso de Autoevaluación:**

- **Enfoque:** Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.
- **Implementación:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.
- **Resultados:** Hacer referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.


	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

HOJA PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD - Res 2082 de 2014					
VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
<b>Enfoque Sistémico:</b> Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<b>Enfoque Proactivo:</b> Grado en el que enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos.hay evidencia de la gestión del riesgo.
<b>Enfoque evaluado y mejorado:</b> forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>					
<b>Despliegue en la Institución:</b> Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
<b>Apropiación por el cliente interno y/o externo:</b> Grado en que el cliente del despliegue ( cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque , según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no lo apropian los clientes	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
	RESULTADO				
<b>Pertinencia:</b> Grado en que los resultados ( hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar evaluado	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicios o proceso , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
<b>Consistencia:</b> Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
<b>Avance de la Medición:</b> Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
<b>Tendencia:</b> Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistematico y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
<b>Comparación:</b> Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Existe una política de comparación con las mejores practicas y se encuentran en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

Ver: (En la herramienta cartilla de Autoevaluación por grupo de estándares, se realizan los ejercicios de Autoevaluación cualitativa, cuantitativa).

#### **ANEXO FT- GCAL-019 Formato Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa.**

##### **5.3.2. SELECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA (PROCESOS A MEJORAR).**

Las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación se confrontan con el mapa de procesos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo y se determina a cuál o cuáles procesos pertenecen. Igualmente se detectan cuales estándares tienen oportunidades de mejora para ser priorizados.

En esta ocasión los procesos seleccionados fueron los misionales por ser los de impacto directo al usuario y su familia, aunque también se amplió el alcance a los procesos administrativos de direccionamiento, gerencia y sistema.

##### **PRIORIZACIÓN DE PROCESOS Y/O DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.**


Esta se realiza para identificar los estándares que impactan con mayor fuerza la atención a la comunidad. El Hospital Departamental Mario Correa ha definido la matriz de priorización, que contiene los criterios costo, volumen y riesgo, los cuales son valorados por el equipo de Autoevaluación y mejoramiento e identifican el NPR (Nivel de Prioridad de Riesgo).

**Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento

**Riesgo:** Al que se expone un usuario, la institución o los clientes internos sino se lleva a cabo el mejoramiento.

**Volumen:** La Cantidad de clientes internos o usuarios que pueden impactarse con la oportunidad de mejora.




	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

CRITERIOS DE PRIORIZACION		
RIESGO	VOLUMEN	COSTO
Califique como 1 o 2 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es inexistente o leve	Califique como 1 ó 2 si el número de clientes internos y/o externos atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es bajo ó muy bajo	Califique como 1 ó 2 si la falla del proceso tiene un efecto financiero inexistente o leve
Califique como 3 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es moderado	Califique como 3 si el número de clientes internos y/o externos atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es medio	Califique como 3 si la falla del proceso tiene un efecto financiero moderado
Califique como 4 o 5 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es severa ó catastrófica	Califique como 4 ó 5 si el número de clientes internos y/o externos atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es alto ó muy alto	Califique como 4 ó 5 si la falla del proceso tiene un efecto financiero alto o severo

El plan de mejoramiento se enfocará en aquellos estándares que obtuvieron mayor criticidad en su priorización, la máxima calificación que se puede obtener en la matriz es de 125 puntos, se sugiere escoger las oportunidades de estándares con calificación superior a los 80 puntos. Pero cada equipo de autoevaluación podrá definir internamente el límite de priorización. Adicionalmente se considera también el estado de la disponibilidad de recursos para para las oportunidades de mejora, como un criterio final de priorización.

El resto de las oportunidades se priorizarán y analizarán en el siguiente ciclo. Cuando el enfoque del PAMEC es el de acreditación, la herramienta de priorización es muy útil para priorizar la fecha para en la que se puede intervenir la oportunidad de mejora, ya que, por la metodología de calificación del Plan de Gestión, a las IPS públicas no les conviene dejar estándares sin mejora evidente en el ciclo de mejora.

Ver: (En la herramienta Matriz de Priorización) **ANEXO FT- GCAL-042 Formato Plan de Mejora Acreditación.**

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## **DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA Y MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS.**

Significa establecer como se espera que se realicen los procesos, como punto de partida se tomara que la calidad esperada deberá ser la obtención de una calificación en la escala de valoración cuantitativa para cada uno de los estándares priorizados, adicionalmente existirán algunos indicadores complementarios que permita a la institución avanzar de manera firme al logro del objetivo del estándar. La autoevaluación cuantitativa permitió obtener la calidad observada y al mismo tiempo identifico la brecha existente frente a lo esperado. Para el periodo 2026 la calidad esperada es la de lograr una variación de 1,2 con relación al resultado del año anterior.

Cada equipo de autoevaluación por grupo de estándares también propone su meta por equipo en la plantilla de calificación.

## **CALIDAD OBSERVADA.**


El ejercicio de calidad observada se realiza en varias formas, por un lado, el equipo de calidad presta apoyo y seguimiento a cada uno del equipo de grupo de estándares en el desarrollo de cada una de las etapas. En las auditorías internas de calidad que desarrollara la IPS, se tienen en cuenta los resultados de los hallazgos en cada proceso auditado, de esta manera se garantiza un sistema coordinado de calidad, pues todas las acciones cerradas por el plan de mejora de acreditación hacen parte del SGC de la organización.

La autoevaluación cuantitativa permite obtener la calidad observada y al mismo tiempo identifica la brecha existente frente a lo esperado, por lo tanto, el equipo de autoevaluación por grupo de estándares es el encargado de identificar la calidad observada.

La institución cuenta con la programación anual de auditorías internas y uno de los aspectos que se evaluará será la ejecución del PAMEC para cada grupo de estándares.

Las técnicas de Auditoría como Verificación de registros, Inspección, Análisis de datos, Entrevistas, permitirán evaluar los procesos y las oportunidades de mejora priorizadas por cada grupo de estándares.

Periódicamente los líderes de los equipos presentan el avance del plan de mejora por estándar, en el comité de gerencia, donde también son presentadas las barreras que impiden la ejecución del plan de mejora, como también las posibles soluciones.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## DEFINICIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR GRUPO DE ESTANDARES.

En esta fase se desarrollan estrategias específicas para el cierre de las brechas, encontradas en la autoevaluación. A partir de las oportunidades de mejora priorizadas, se identifican por el equipo de trabajo las acciones detalladas para lograr la oportunidad identificada. En el plan de mejora se identifican también los responsables de ejecutar y apoyar las acciones, las fechas de entrega (meses), barreras, indicadores relacionados (si aplica), el seguimiento a las acciones, evidencias y el estado final de la acción (cerrada, en proceso, atrasada o No iniciada).

Estos planes de mejoramiento están divididos por cada uno de los grupos de estándares y a los cuales el comité de gerencia y comités institucionales de la IPS les realizarán seguimiento periódico.

Para cada oportunidad de mejora se define el indicador o indicadores relacionados, la línea base y la meta esperada.

También se incluyeron campos para registrar las barreras y las evidencias de seguimiento.

**Ver:** (Plan de Mejora de Acreditación).

### **ANEXO FT- GCAL-042 *Formato Plan de Mejora Acreditación***


Conforme se inicia la medición de indicadores, se ejecuta el programa de auditoría interna, y se pueden identificar nuevas oportunidades de mejoramiento. Estas oportunidades se podrán incluir, adicionar o fusionar con las oportunidades y acciones ya planteadas originalmente, de esta manera se podrá reforzar permanentemente el enfoque del plan de mejora de cada grupo de estándares. El Pamec es un documento vivo que puede cambiar según las características y dinámica de la institución.

## EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecidos. Estas acciones se trabajarán directamente en los grupos primarios o equipos de acreditación de cada uno de los procesos o servicios identificados, y tendrán un seguimiento periódico por el equipo líder de acreditación cada grupo de estándares.

En la ejecución de los planes de mejoramiento, es posible que se necesite involucrar a funcionarios de otras áreas, o que la oportunidad de mejora sea transversa a varios grupos de estándares o procesos, por lo cual es importante.

El equipo de calidad realizará acompañamiento periódico a los equipos en la gestión de las acciones de mejora identificadas, como también se revisará mensualmente el avance en la

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

ejecución y cierre de las acciones. El formato de plan de mejora cuenta con los campos de seguimiento y evidencias. En los cuales se debe registrar los avances y documentos soporte específicos para cada una de las acciones del plan de mejora.

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO

En el comité de Gerencia o comité de mejoramiento sistémico se identifican y garantizan los recursos necesarios para la correcta implementación de las acciones planteadas, así mismo se hace seguimiento a la ejecución, con el fin de evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste, durante este seguimiento también se tiene en cuenta los resultados de indicadores y las auditorías realizadas.

Los indicadores de seguimiento se encuentran definidos en la matriz de indicadores de cada proceso, los cuales son reportador periódicamente en comité de Gerencia, como también son identificados los indicadores relacionados con las oportunidades de mejora de cada equipo PAMEC.

## APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL


Cuando se han alcanzado mejoras en los procesos prioritarios, en la misma matriz se consigna:

- Las evidencias de mejoramiento realizadas, y la evidencias o documentos que se crearon, modificaron, adaptaron, etc.
- En caso de que aplique se registra la capacitación y entrenamiento al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.
- En algunos casos se evidencia medición continua de los indicadores del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

Igualmente, el proceso de calidad con base en el procedimiento de Control de información documentada, (procedimientos, manuales, guías, instructivos, formatos, etc.) generados o modificados durante la ejecución del PAMEC. Esta información se puede ver en el listado maestro de documentos.

Las experiencias consideradas como exitosas se registran en la ficha de aprendizaje organizacional, la cual sirve como evidencia historia del mejoramiento institucional.

Cuando la nueva autoevaluación o los indicadores del proceso mejorado demuestran que la calidad lograda permanece en el tiempo o aun mejora más. Esto permite concluir que el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, aprendió y se cierra este ciclo de

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

mejoramiento para iniciar otro nuevo ciclo y seguir el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

## 1.1. RESULTADOS PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2025

### INDICADOR 1.

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.


### FÓRMULA DEL INDICADOR.

Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.

### DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN VIGENCIA EVALUADA 2025 Y VIGENCIA ANTERIOR 2024


Como resultado del ejercicio de Autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación al cierre del ciclo de preparación para acreditación, se obtiene un promedio de calificación en la autoevaluación de 3.4 para el periodo 2025, lo cual evidencia una un incremento respecto al 1.2 obtenido en el año 2024.

El ejercicio de comparación entre 2025 y 2024 dio un resultado de 1.2; lo cual genera una calificación de (5) puntos según el anexo 3 de la resolución 408 de 2018. Es necesario resaltar la actitud y compromiso de los diferentes equipos de trabajo y en especial de la alta gerencia de fortalecer el mejoramiento continuo, a pesar de los múltiples factores internos y externos como la rotación de personal, las dificultades con el recaudo a las EPS, las dificultades para ejecutar recursos para temas de infraestructura, sistemas de información, tecnología y talento humano y la afectación a todo el sector salud por efectos de la crisis del sector, lo cual afecto notablemente el normal funcionamiento de la institución Se espera que en el ciclo de mejora del año 2026, estos factores y su intervención tengan un impacto positivo en el plan de mejora y el proyecto de acreditación.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

**RESULTADO AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2024 Y 2025**

<b>Grupo de estándares</b>	<b>Promedio 2024</b>	<b>Promedio 2025</b>
ASISTENCIALES	2,9	3,6
DIRECCIONAMIENTO	3,2	3,0
GERENCIA	2,8	3,6
TALENTO HUMANO	2,7	3,3
AMBIENTE FÍSICO	2,2	2,4
TECNOLOGÍA	3,2	3,9
INFORMACIÓN	2,9	3,6
MEJORAMIENTO	2,5	3,8
<b>PROMEDIO DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA</b>	<b>2,8</b>	<b>3,4</b>

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

### RESULTADO GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES

Numeración	Promedio Grupo 2024	Promedio 2025
Es1	3,5	3,6
Es2	2,5	2,9
Es3	2,5	3,1
Es4	4,6	3,7
Es5	4,3	4,4
Es6	3,4	2,2
Es7	3,0	4,5
Es8	2,7	3,2
Es9	3,4	4,1
Es11	3,4	4,2
Es12	3,8	4,2
Es13	2,2	4,2
Es14	2,4	4,3
Es15	4,7	4,2
Es16	1,9	4,8
Es17	4,0	3,0
Es18	3,4	4,0
Es19	1,0	2,4
Es20	1,0	1,0
Es21	3,5	3,7
Es22	1,0	4,3
Es23	1,0	3,3
Es24	1,8	1,8
Es27	2,4	2,4
Es28	5,0	4,5
Es29	1,5	1,5
Es30	1,0	3,7
Es31	3,5	3,8
Es32	2,0	3,7
Es33	2,4	3,5
Es34	2,3	2,1
Es35	5,0	4,2
Es36	5,0	4,5
Es37	5,0	4,5
Es38	5,0	4,0





# HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

## PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

Es39	5,0	5,0
Es40	1,0	2,9
Es41	3,6	3,6
Es42	2,6	4,0
Es43	1,0	1,0
Es44	4,5	4,2
Es45	2,2	2,1
Es46	2,0	3,3
Es47	1,0	1,9
Es48	5,0	4,6
Es49	2,8	1,9
Es51	5,0	5,0
Es52	1,0	3,7
Es53	5,0	5,0
Es54	2,0	5,0
Es55	5,0	5,0
Es56	2,2	3,2
Es57	5,0	5,0
Es58	2,8	2,8
Es75	2,6	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>2,9</b>	<b>3,6</b>

## RESULTADO GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**

PROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)**

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 76	3,0	3,1
Es 77	4,0	3,6
Es 78	2,0	2,2
Es 79	4,0	3,4
Es 80	4,0	2,7
Es 81	4,0	3,1
Es 82	3,0	3,8
Es 83	3,0	3,7
Es 84	3,0	2,7
Es 85	2,0	2,2
Es 87	3,0	4
Es 88	3,0	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>

**GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA**

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 89	1,0	3,4
Es 90	4,6	4,6
Es 91	3,8	4,0
Es 92	2,6	3,8
Es 93	3,8	1,9
Es 94	2,2	2,2
Es 95	4,6	4,6
Es 96	3,4	3,8
Es 97	3,4	3,4
Es 98	1,8	4,0
Es 99	1,9	4,6
Es 100	2,2	4,6
Es 101	1,0	3,4
Es 102	4,6	4,2
Es 103	1,3	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**

PROCESO

GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO


GESTIÓN DE CALIDAD

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)****GRUPO DE ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO**

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 104	1,0	3,1
Es 105	1,5	2,5
Es 106	3,1	4,0
Es 107	4,8	3,4
Es 108	2,4	3,7
Es 109	2,4	3,7
Es 110	2,2	2,2
Es 111	1,0	2,4
Es 112	2,4	3,2
Es 113	1,0	1,9
Es 114	2,8	3,8
Es 115	2,9	2,6
Es 116	3,4	3,8
Es 117	3,9	4,5
Es 118	5,0	5,0
Es 119	3,8	3,7
Es 120	1,0	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>2,7</b>	<b>3,3</b>

**GRUPO DE ESTÁNDARES DE AMBIENTE FÍSICO**

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 121	3,6	3,6
Es 122	2,2	2,2
Es 123	1,8	2,2
Es 124	1,8	3,4
Es 125	1,8	2,6
Es 126	3,0	1,8
Es 127	1,8	1,8
Es 128	1,8	2,6
Es 129	3,0	3,0
Es 130	1,8	1,8
Es 131	1,8	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>2,2</b>	<b>2,4</b>


	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

#### GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 132	3,3	3,8
Es 133	3,5	3,8
Es 134	2,8	3,6
Es 135	3,8	4
Es 136	4	4,8
Es 137	3,4	4,4
Es 140	1	3
Es 141	3,5	4
<b>TOTAL</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>

#### GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE INFORMACIÓN

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 142	2,3	3,7
Es 143	2,9	4,0
Es 144	4,0	4,0
Es 145	3,8	3,8
Es 146	2,5	3,4
Es 147	2,6	2,6
Es 148	3,3	4,2
Es 149	3,1	4,1
Es 150	3,0	3,8
Es 151	2,8	3,2
Es 152	2,6	3,2
Es 153	2,8	3,2
Es 154	2,0	3,7
Es 155	3,0	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>2,9</b>	<b>3,6</b>

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

### GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO

Numeral	Promedio grupo 2024	Promedio grupo 2025
Es 156	3,8	4
Es 157	3,8	3,8
Es 158	2,8	4
Es 159	1,0	3,6
Es 160	1,0	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>2,5</b>	<b>3,8</b>

### INDICADOR 2.


Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

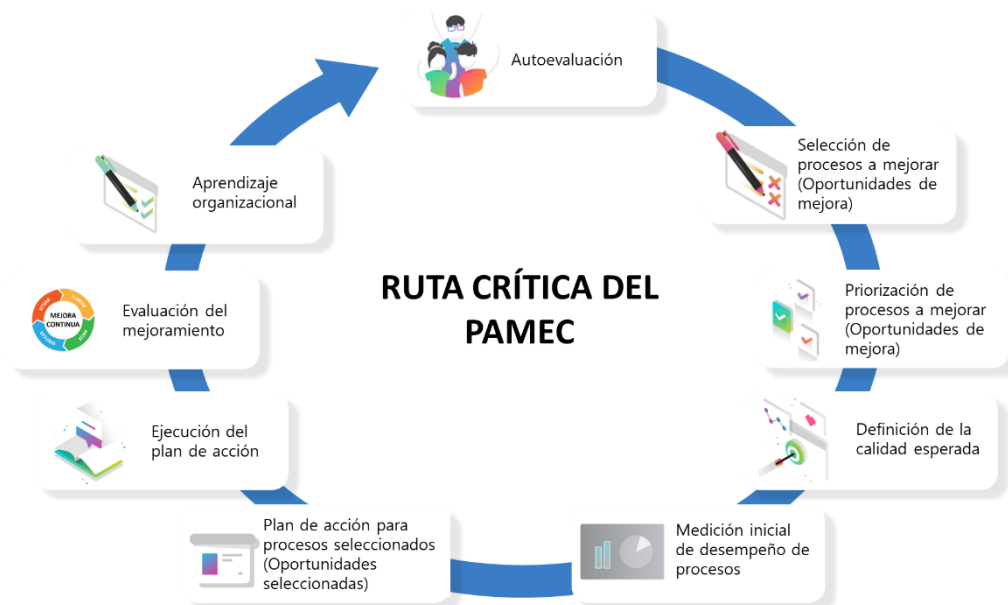
### FÓRMULA DEL INDICADOR.

Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

### INFORME DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC 2025

En el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE la estructura del PAMEC - Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, está enfocado en la ejecución de los planes de mejora derivados del ejercicio de Autoevaluación cualitativa del Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. De esta forma se conformaron los diferentes equipos de trabajo por grupos de estándares. El ciclo de mejora del año 2025 se desarrolló de acuerdo con la ruta crítica de mejoramiento, enfocada en el sistema único de acreditación en salud.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	




Se desarrolló el ciclo de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), con enfoque en el Sistema Único de Acreditación. Inicialmente, se identificaron las oportunidades de mejora y se definieron las acciones necesarias para el cumplimiento de los diferentes grupos de estándares de acreditación.

Posteriormente, se realizó seguimiento mensual a cada una de las acciones con el apoyo de los líderes de proceso, lo que permitió fortalecer la gestión, asegurar la ejecución oportuna y facilitar la toma de decisiones. Como resultado de este proceso, se definieron un total de 105 acciones, de las cuales se logró el cierre de la totalidad, alcanzando un cumplimiento del 100 %.

Este resultado evidencia el compromiso institucional con la mejora continua y el fortalecimiento permanente de la calidad en la atención en salud.

## 2. RIESGOS

RIESGOS	ACCIONES
El no cumplimiento de metas.	Seguimiento a través de comité de gerencia y el sistema de información para la calidad.
El no ejecutar las oportunidades por dificultades o barreras.	Identificación y gestión continua de barreras a través de los equipos Pamec y la alta gerencia.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

### 3. INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
Cumplimiento de plan de acción (PAMEC Institucional)	$\frac{\# \text{ de acciones cerradas en el periodo}}{\# \text{ total de acciones planeadas}}$
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	$\frac{\text{Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia}}{\text{Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior}}$

### 4. RECURSOS

#### Recursos humanos:

- Equipo de calidad.
- Integrantes de Equipos de Pamec.
- Integrantes programas por ejes de acreditación.

#### Recursos Económicos:

- Presupuesto Institucional para el desarrollo de los planes de mejora según aplique.

### 5. CRONOGRAMA.

Se cuenta con un cronograma que se desarrolla de manera anual y sigue los pasos o fases de la ruta crítica.

### 6. ANEXOS.


- **FT- GCAL-042** *Formato Plan de Mejora Acreditación.*
- **FT- GCAL-019** *Formato Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa.*

### 7. BIBLIOGRAFÍA

**Decreto 1011 de 2006**, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Decreto 903 de mayo de 2014**. Por el cual se dictan disposiciones con relación al Sistema Único de acreditación.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	


**Resolución 2082 de 2014.** Por el cual se dictan disposiciones para la operativización del Sistema Único de Acreditación.

**Resolución 408 de 2018.** Por la cual se ajustan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 5095 de 2018.** Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1.

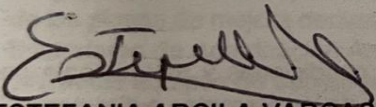
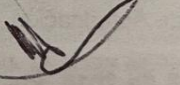
## 8. CONTROL DE REGISTROS.


Versión	Fecha	Modificaciones o cambios
1	Junio 2020	Elaborado por primera vez abarca la guía GCAL-G-012-02
2	Mayo 2021	Se actualiza la metodología y metas para el ciclo 2021.
3	Mayo 2022	Se actualiza metodología dando más relevancia al cierre de oportunidades de mejora.
4	Marzo 2023	Se actualiza metodología con resultados del 2022 y ajustando criterios de priorización según recursos.
5	Enero 2024	Se actualiza metodología con resultados 2023 y se ajusta el cronograma para poder cerrar con aprendizaje organizacional y autoevaluación en el mismo año.
6	Enero 2025	Se actualiza metodología con resultados 2024 y se ajusta el cronograma para poder cerrar con aprendizaje organizacional y autoevaluación en el mismo año y cronograma de trabajo y equipos PAMEC año 2025.
7	Enero 2026	Se actualiza metodología con resultados 2025 y se ajusta el cronograma para poder cerrar con aprendizaje organizacional y autoevaluación en el mismo año y cronograma de trabajo y equipos PAMEC año 2026.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	

## 9. ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ.

Elaborado por:	Revisado y Aprobado por:
<b>ESTEFANIA ARCILA VARGAS</b> Jefe de Gestión de Calidad	<b>JUAN CARLOS CORRALES BARONA</b> Gerente

Elaborado por:	Revisado y Aprobado por:
 <b>ESTEFANIA ARCILA VARGAS</b> Jefe de Gestión de Calidad	 <b>JUAN CARLOS CORRALES BARONA</b> Gerente

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.</b>	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)</b>	