

FECHA DE ELABORACIÓN: ENERO

AÑO DE IMPLEMENTACIÓN: 2022

X	#DIV/01	#DIV/01	ESTÁNDARES Manual de Acreditacion V 3.1	FORTALEZAS	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORA	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE	INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN INICIAL
							PROCESO RESPONSABLE								
							PROCESO RESPONSABLE								
							PROCESO RESPONSABLE								
1,225							RIESGO 1-2-3-4-5	COSTO 1-3-5	VOLUMEN 1-3-5	TOTAL					
1. PACAS			<p>Estándar 1. Código: (AsDP1)</p> <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique). • La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica. • La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención 	El Hospital del sarare tiene documentado y publicado los derechos y deberes de los pacientes.	Deberes y derechos documentados y publicados	Contar con una declaración de derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la institución, que aplica al proceso de atención al cliente, con un personal entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices.	4	4	5	80	Se realizará promoción de deberes y derechos de los usuarios en el marco del comité de Ética hospitalaria.	No detectada	Servicio al cliente	Acta de reunión y listado de asistencia	0

1. PACAS	<p>Estándar 2. Código: (AsDP2). La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:</p> <p>Criterios: El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos. • Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución. • El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación. • Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación. • Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas. 	Documentos creados de Docencia servicio.	Garantizar principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.	Garantizar principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.	5	4	4	80	Socializar en el marco del comité de ética los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.	No detectada	Gestión estratégica de talento humano	Asistencia de socialización	0
1. PACAS	<p>Estándar 3. Código: (AsDP3) La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.</p> <p>El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses. • Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros). 	El hospital del sare cuenta con un código de ética implementado desde el proceso de gestión de talento humano.	Codigo de etica documentado	Definir un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico	5	4	4	80	Actualizar el código de etica y de buen gobierno que contemple el respeto por los deberes y derechos de los usuarios y mecanismos para intervención de posible conflictos de interés.	Disponibilidad de tiempo para realización del documento	Gestión estratégica de talento humano	Documento aprobado	0
1. PACAS	<p>Estándar 5. Código: (AsDP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. 	El hospital del sare cuenta con una política de seguridad de paciente que haya sido formulada por el lider de proceso, aprobada por gerencia y implementada con la ayuda de los líderes, resultado o muestra de ello es la disminucion de eventos adversos.	Politica de seguridad del paciente documentada	Evaluar la política de Seguridad de pacientes	4	5	4	80	Formular un tablero de indicadores de seguridad del paciente como unica fuente que se despliegue como documento para el cliente interno.	Sistemas de información	Gestión clínica	Tablero de indicadores aprobado	0

1. PACAS	Estándar 6. Código: (AsDP2) 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	No encontrada	Instrumento de medición de clima de seguridad del paciente formulado y documentado	Definir mecanismos de medición de la cultura de seguridad	5	4	4	80	Aplicación de instrumento de medición de clima de seguridad de paciente en el servicio de mayor incidencia de eventos adversos.	No detectada	Gestión clínica	Consolidación de respuestas e Informe de análisis	0
	Estándar 9. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	No encontrada	N/A	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios donde se evalúen las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento		4	4	5	80	Actualización y Capacitación a líderes de subprocesos en Manua institucional de identificación de riesgos que involucre accesibilidad la prestación de servicios de salud.	No detectada	Gestión gerencial	No de subprocesos capacitados/ total de subprocesos x 100. Informe de capacitación asistencias, pretest post test)
1. PACAS Criterios: • Desde el acceso, se defnen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la	5					4	4	80	Documentar el procedimiento para asignación de cita prioritaria desde el subproceso de urgencias y procedimientos	Disponibilidad talento humano	Atención inmediata	Documento aprobado	0
	5					4	4	80	Documentar la asignación de citas de servicios prestados mediante la modalidad de telemedicina.	No detectada	Servicio al cliente	Documento aprobado	0
	5					4	4	80	Medir la demanda insatisfecha en la consulta externa especializada y cirugía programada.	No detectada	Servicio al cliente	Informe semestral	0
	1. PACAS					Estándar 10. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	No encontrada	N/A	Evaluar las barreras del acceso y se identifica puntos de atención en salud y de rutas de acceso.	5	4	5	100
1. PACAS	Estándar 16. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de atención al usuario. (SIAU)	Proceso documentado	Estandarizar la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios a través de medios que faciliten su accesibilidad.	4	4	5	80	Documentar mecanismo para disminuir riesgo de inasistencia en servicios de Gestión de atención primaria en salud	Herramientas tecnológicas	Gestión de atención primaria en salud	Documento aprobado	0
1. PACAS	Estándar 17. Código: (AsREG1) Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario. Criterios: • Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia,	No encontrada	N/A	Consolidar el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención.	5	4	4	80	Formular listas de chequeo para la verificación y evaluación de procedimiento de Reanimación Cardiopulmonar básico y avanzado en la prestación del servicio de	Disponibilidad del talento humano	Atención inmediata	formato aprobado	0
					5	4	4	80	Evaluar cumplimiento de procedimiento de admisión y preparación del paciente programado en el servicio de cirugía.	Grupo quirúrgico	Grupo quirúrgico	Informe	0
					5	4	4	80	Documentar el ciclo de atención de servicio de urgencias y procedimientos	Disponibilidad del talento humano	Atención inmediata	Documento aprobado	0

1. PACAS	Estándar 23. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la	No encontrada	N/A	Definir un proceso de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad	5	4	4	80	Definir y/o identifica (matriz) los grupos poblacionales específicos con enfoque de riesgo en la atención en salud en el Hospital del Sarare	no encontrado	Servicio al cliente	Documento aprobado	0
1. PACAS	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:	El Hospital del Sarare planea la atención, cuidado y tratamiento mediante la adopción de 4 guías d, socializadas con el personal médico, muestra de ello es la adherencia del 90% del personal.	Resultados documentados	Definir 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	5	5	5	125	Revisión y actualización de guía de Manejo clínico: guía de atención del parto, Trastorno hipertensivo en gestantes,	Disponibilidad del recurso humano y unificación de criterios de manejo	Internación	Actas de reunion y acto de aprobación de guías	0
					5	5	5	125	Revisión y actualización de guía de Manejo clínico: Infarto agudo de	Disponibilidad del recurso humano y unificación de criterios de manejo	Atención inmediata	Actas de reunion y acto de aprobación de guías	0
					5	5	5	125	Documentar manejo dificultad respiratoria	Disponibilidad del recurso humano y unificación de criterios de manejo	Internación	Actas de reunion y acto de aprobación de guías	0
1. PACAS	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.	No encontrada	N/A	Implementar, prácticas de seguimiento a los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos	5	5	4	100	Realizar mesas de trabajo con el líder de laboratorio clínico, coordinación médica, y referentes médicos de los servicios, para determinar mecanismos de comunicación oportuna y correlación clínica de resultados de laboratorio.	Resistencia al cambio	Apoyo diagnóstico	Actas de reunión y plan de mejora	0
1. PACAS	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:	No encontrada	N/A	Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos	5	5	5	125	Documentar Procedimiento de inducción a demanda inducida de los programas de promoción y prevención que los aplican	no encontrado	Gestión de atención primaria en salud	Documentar programa de demanda inducida	0
					5	5	5	125	Desarrollar 3 actividades lúdicas infantiles, adolescentes y para usuarios de tercera edad.	no encontrado	Gestión clínica	Informe de actividades ejecutadas	0
1. PACAS	Estándar 32. Código: (AsPL10) La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones normadas.	El Hospital del sara cuenta con consentimiento informados por procedimiento realizados	Consentimiento informado documentados.	Definir el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado en el Hospital del Sarare.	5	5	4	100	Socializar el protocolo de diligenciamiento de consentimiento informado con los especialistas	no encontrado	Gestión jurídica	N de especialista capacitados/total de especialista contratados*100	0%
					4	5	4	80	Actualización de los consentimientos informados	no encontrado	Gestión clínica	consentimientos actualizados	0%

	Criterios: Se obtiene un consentimiento especial del paciente				4	5	4	80	Aplicar 10 encuestas de verificación sobre entendimiento de consentimiento informado cada 3 meses, en el servicio de cirugía cada	no encontrado	Grupo quirúrgico	N de encuestas aplicadas/proyectadas*100	0
1. PACAS	Estándar 34. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:	No encontrada	N/A	Garantizar que el plan de tratamiento contemple las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	5	4	4	80	Actualización de la política de uso racional de antibioticoterapia en el marco del Programa de Uso racional de antimicrobianos.	no encontrado	Complementación terapéutica	Política actualizada	0
1. PACAS	Criterios: 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.	El hospital del sarare tiene documentado los mecanismo de reporte y entrega de resultados de exámenes.	Proceso documentado	Consolidar un mecanismos 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.	5	4	4	80	Socializar el protocolo de laboratorio de Panico en laboratorio con los lideres y coordinadores	No detectada	Apoyo diagnóstico	N de lideres capacitados/total de lideres*100	0%
1. PACAS	Estándar 40. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención de usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:	El hospital del sarare tiene definido, implementado, y documentado los indicadores de 0256 dominio seguridad Implementado mediante el programa de seguridad de paciente	Indicadores de seguridad de paciente.	Implementar un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas.	5	4	4	80	Socializar cada mes con los lideres el seguimiento y comportamiento de los indicadores de seguridad	No detectada	Gestión clínica	Actas N de socializaciones ejecutadas/proyectadas*100	0
1. PACAS	Estándar 47. Código: (AsEVA1) La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	No encontrada	N/A	Revisar el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	5	4	4	80	Implementar el documento "Guía de auditoría de Historia clínica medica" mediante verificación de historia clínica (cuatrimestral) y registros en el servicio de cirugía y retroalimentar los resultados a líderes de procesos auditados.	Tiempo para la ejecución de auditoría	Gestión Clínica	Informe de verificación de historia clínica y registros asistencia de retroalimentación	0
1. PACAS	Estándar 48. Código: (AsEVA2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones,	El hospital del sarare tiene documentado el proceso de PQRS y mecanismos de respuesta oportuna y efectiva, implementado por el proceso de SIAU, muestra de ello la	Documento	Socializar el proceso de PQRS	4	4	5	80	Promocionar al cliente externo los canales dispuestos por la institución para los PQRS	No detectada	Servicio al cliente	Listado de asistencia y registro fotográfico-informe	0
2. DIRECCIONAMIENTO	Estándar 80. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, esplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	El hospital del sarare tiene documentada la política de humanización implementada por el area de salud mental	Política de Humanización documentada	Promover la política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad en el Hospital del Sarare.	5	4	4	80	Documentar el protocolo de creencia religiosas con enfoque diferencial	No detectada	Gestión clínica	documento aprobado	0
					4	5	4	80	Medir trimestral la satisfacción de usuario pos atención por servicios intrahospitalarios.	No detectada	Servicio al cliente	N° de mediciones ejecutadas/proyectadas*100 Informe ejecutivo	0%

3. GERENCIA	Estándar 90. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	No encontrada	N/A	Que durante el proceso de atención, los colaboradores del Hospital del Sarare desarrollen en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	5	4	4	80	Formular el Modelo de Atención en Salud que promueva el autocuidado minimizando el riesgo en el usuario y su familia; incluido los roles y responsabilidades para la identificación de necesidades del usuario.	Recurso humano	Gestión Gerencial Sistemas Integrados de Gestión.	Documento aprobado	0
3. GERENCIA	Estándar 91. Código: (GER.3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y Amplitud de los servicios que se han de proveer.	No encontrada	N/A	Definir políticas en el Hospital para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y Amplitud de los servicios que se han de proveer	4	4	5	80	Formular la política de prestación de servicios de salud	Recurso humano	Gestión Gerencial	Política Aprobada	0
3. GERENCIA	Estándar 93. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	No encontrada	N/A	promover desde la dirección la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	5	4	4	80	Formular la política de comparación sistémica o referenciación con otras instituciones que cumpla altos estándares de calidad	no detectada	Sistemas integrados de gestión	Política Aprobada	0

3. GERENCIA	Estándar 99. Código: (GER.11) Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de: Criterios:	No encontrada	N/A	Definir un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano de acuerdo con la planeación de la organización de cada proceso y de cada unidad funcional	4	5	4	80	Formular guía de asignación, monitorización, seguimiento y gestión de recursos financiero, físicos, tecnológicos y el de talento humano de acuerdo con la planeación de la organización	no detectada	Gestión financiera y administrativa	Documento Aprobado	0
3. GERENCIA	Estándar 100. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo • Monitorización y gestión de la cartera. 	No encontrada	N/A	Implementar un mecanismo para la protección de recursos de la institución.	5	4	4	80	Realizar actividades de gestión de seguros para la protección de bienes activos fijos de la institución.	Seguimiento a uso adecuado de activos fijos de la institución	Gestión de ambiente físico y la tecnología	Informe gestión de seguros	0
4. TALENTO HUMANO	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: <ul style="list-style-type: none"> • Legislación. • Evaluación periódica de expectativas y 	El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de riesgo laboral de norma, implementado en todos los procesos institucionales, muestra de ello es la disminución de los indicadores de accidente laboral.	Programa de Riesgo Laboral Proceso de Seguridad y Salud Laboral. Indicadores de accidente laboral. Instrumento de evaluación de clima organizacional.	Identificar y responder a las necesidades del talento humano de la institución consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización	4	4	5	80	Realizar actualización de inventario de Activos fijos de la institución	Seguimiento a uso adecuado de activos fijos de la institución	Gestión de ambiente físico y la tecnología	Reporte de inventario de activos fijos de institución con actas de baja.	0
					4	4	5	80	Capacitar a líderes de subprocesos en aspectos relacionados con la cultura organizacional.	Disponibilidad de líderes	Gestión estratégica de talento humano	No líderes capacitados/ No líderes de subprocesos	0%
					4	4	5	80	Formular plan de bienestar laboral	No detectada	Gestión estratégica de talento humano	Documento aprobado	0
4. TALENTO HUMANO	Estándar 107. Código: (TH4) La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas contratados, trabajadores de empresas contratados). Criterios:	El Hospital del Sarare cuenta con un proceso de inducción institucional. Se implementa a través de videos corporativos y formato de inducción por procesos.	Formato de inducción por procesos	Consolidar un programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento)	4	4	5	80	Actualizar contenido de inducción incluyendo orientación a los servicios, estructura organizativa, control de infecciones e higiene de manos, seguridad del paciente.	no detectada	Gestión estratégica de talento humano	Documento aprobado	0
5. AMBIENTE FÍSICO	Estándar 122. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico. Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico. 	El Hospital del sarare cuenta con mecanismos para identificar, evaluar los indíces y accidentes relacionados con el manejo inseguro de ambiente físico, implementado por el proceso de salud laboral, como resultado es la disminución de	Documento protocolo de limpieza y desinfección	Documento protocolo de limpieza y desinfección	5	4	5	100	Actualizar documentos de subproceso de servicios básicos en protocolos de limpieza y desinfección teniendo en cuenta el tipo de aislamiento.	Disponibilidad de líderes	Gestión clínica	Documento aprobado	0
	Estándar 123. Código: (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Política de gestión ambiental responsable. • Fomento de una cultura ecológica. • Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros). • Reciclaje. • Riesgos de contaminación ambiental. • Aportes de la organización a la conservación del ambiente. • Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización. 	Logro: El Hospital del Sarare tiene una Política de Gestión Ambiental documentada, parcialmente implementada mediante el proceso de Gestión ambiental. El Hospital tiene documentado el PGIRHS.	Política de gestión ambiental en página web institucional. Documento PGIRHS	Garantizar procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	5	5	4	100	Implementación del Programa de Cultura Ecológica institucional.	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Informe semestral	0
					5	5	4	100	Implementar el Programa de reciclaje institucional	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Informe semestral	0
					5	5	4	100	Implementar el Programa de Uso racional de Recursos ambientales (luz, agua, ect)	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Informe semestral	0
					5	4	4	80	Implementar el programa de conservación del medio ambiente institucional.	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Informe semestral	0

5. AMBIENTE FÍSICO	<p>Estándar 124. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p>	<p>Logro: El Hospital del Sarare tiene documentado el PGIRS Implementado mediante el proceso de Gestion ambiental.</p>	Documento PGIRS	Garantizar el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos.	5	4	4	80	Realizar campañas educativas para el adecuado disposición y segregación de los residuos dirigido al personal del servicio de Cirugía y Urgencias.	Recurso Humano	Sistemas integrados de gestión	Informe de capacitación total personal que conforma los servicios cirugía y urgencias.	0
	<p>Estándar 125. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y <p>Estándar 127. Código: (GAF7) La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. 	<p>Logro: El Hospital del Sarare tiene documentado el plan de contingencia institucional implementado mediante el comité de Urgencias y Emergencias.</p>	Documento: Plan de contingencia institucional.	Definir procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	4	4	5	80	Documentar el procedimiento de "Ayuda Mutua" con las agencias de emergencias y desastres municipal para mejorar la capacidad de respuestas del hospital frente a	No detectada	Gestión estratégica de talento humano	Acuerdo firmado entre las partes	0
			Acto administrativo conformación del Comité de Urgencias y Emergencias.		4	4	5	80	Actualización del comité de urgencias y emergencias (organigrama y funciones de los integrantes)	No detectada	Gestión estratégica de talento humano	Acto administrativo actualizado y aprobado	0
					4	4	5	80	Actualizar y Publicar planos de Emergencias.	No detectada	Gestión estratégica de talento humano	Planos Publicados	0
5. AMBIENTE FÍSICO	<p>Estándar 127. Código: (GAF7) La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. 	No encontrada	N/A	Minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos institucionales.	5	4	4	80	Capacitación del Protocolo de Fugas de Pacientes en personal del servicio de Internación adulto y pediátrico.	Disponibilidad talento humano	Internación	Informe No personal capacitado/ No personal del servicio adulto y pediátrico.	0
6. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	<p>Estándar 134. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución. • La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación 	No encontrada	N/A	Definir, implementar y evaluar un proceso que garantice la seguridad en el uso de la tecnología.	4	4	5	80	Documentar el manual de uso seguro de tecnologías. (prioridad equipos críticos)	No detectada	Gestión de ambiente físico y la tecnología	Documento aprobado (se contempla la opción de tutoriales)	0
6. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	<p>Estándar 136. Código: (GT5) La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda. • Se evidencia que el personal encargado de esta 	No encontrada	N/A	Garantizar que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado.	4	4	5	80	Actualizar el documento de Plan de mantenimiento institucional (Todas las tecnologías) que incluya los criterios del Estándar.	No detectada	Gestión de ambiente físico y la tecnología	Documentos actualizados	0

7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Estándar 143. Código: (GI2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:	El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de información institucional que se despliega a todo los procesos de la organización, muestre de ellos e la generación de la informacion	Proceso de Gestion Documental. Gestion de las TICs. Dinamica Gerencia	Planificar, implementar y evaluar la gestión de información en el Hospital del Sarare.	5	4	4	80	Documentar el plan de seguridad y privacidad de la información	No detectada	Gestión de la información y comunicaciones	Documento Aprobado	0
7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Estándar 144. Código: (GI3) Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.	No encontrada	N/A	Implementar un mecanismo de análisis de causas, generacion de acciones de mejoramiento continuo y seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.	5	4	4	80	Socializar la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional ante el comité de Gestión y desempeño.	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Acta de reunión	0
7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Estándar 146. Código: (GI5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o 	El Hospital del Sarare garantiza la seguridad en la informacion muestra de ello es la realizacion de 4 copias de seguridad o Backup diarios.	Evidencia de los Backup	Definir mecanismos estandarizados, implementados y evaluados que garanticen la seguridad y confidencialidad de la información.	5	4	4	80	Actualizar base de datos del personal que por función deben tener acceso restringido a la Historia Clínica.	No detectada	Gestión de la información y comunicaciones	Base de datos actualizada	0
					5	4	4	80	Formular indicadores de seguridad de la informacion.	No detectada	Gestión de la información y comunicaciones	Indicadores formulados	0
					5	4	4	80	Socialización del procedimiento de control documental y registros de archivos a líderes de subprocesos	Organización documental de subprocesos	Gestión de la información y comunicaciones	No líderes capacitados/ No líderes de subprocesos	0
8. MEJORAMIENTO	Estándar 156. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el 	El Hospital del Sarare tiene documentado el Manual de Calidad implementado parcialmente por el area de calidad,	Documento: Manual de Calidad. Formato de seguimeinto al Mejoramiento continuo.	Estadandarizar un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados	4	4	5	80	Actualizar el Manual de Calidad alineado a los criterios definidos para el estandar y al Direcccionamiento estrategico.	No detectada	Sistemas integrados de gestión	Manual de calidad actualizado	0
					4	4	5	80	Realizar talleres teorico-practico para la implemtacion y diligenciamiento de Formato de Plan de mejoramientos institucional	Resistencia al cambio	Sistemas integrados de gestión	Actas y registro fotografico de reunion.	0
8. MEJORAMIENTO	Estándar 157. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los 	Documento: Manual de Calidad. Formato de seguimeinto al Mejoramiento continuu	Documento: Manual de Calidad. Formato de seguimeinto al Mejoramiento	Implementar opotunidades de mejoramiento continuo	5	4	4	80	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento continuo de subproceso de Terapias a través de desarrollo de mesas de trabajo.	Resistencia al cambio, disponibilidad del recurso humano	Sistemas integrados de gestión	acta de reunión de seguimiento semestral	0
					5	4	4	80	Implementación y seguimiento al plan de mejoramiento continuo de proceso de internacion a través de desarrollo de mesas de trabajo.	Resistencia al cambio, disponibilidad del recurso humano	Sistemas integrados de gestión	acta de reunión de seguimiento semestral	0

	<p>elementos necesarios para su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de 		contin		5	4	4	80	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento continuo del proceso Gestión del riesgo en salud en salud a través del desarrollo de mesas de trabajo.	Resistencia al cambio, disponibilidad del recurso humano	Sistemas integrados de gestión	acta de reunión de seguimiento semestral	0
8. MEJORAMIENTO	<p>Estándar 158. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</p> <p>Criterios:</p>	El Hospital del sarare cuenta con el proceso de Planeacion y calidad implementado por el lider de calidad.	Manual de calidad	Diseña, Implementar y evaluar un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo en el Hospital del Sarare.	5	4	4	80	Socialización del manual y tablero de indicadores institucionales a líderes de subprocesos misionales.	Disponibilidad talento humano	Sistemas integrados de gestión	No subprocesos misionales socializados. No total de subprocesos misionales x 100.	60%

Jesus Torres Sandoval

157

FECHA DE LA AUDITORIA DE SEGUIMIENTO

Auditor Lider de Calidad

Lider del Proceso Auditado

Original Firmado. El documento reposa en los archivos de la Oficina Gestion de la Calidad.