

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático 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 algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	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.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de 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
TENDENCIA	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	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	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 1. Código: (AsDP1) 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.	El Hospital ha elaborado un documento que contiene los derechos y deberes de los pacientes, el documento existente, ha sido actualizado, socializado con el cliente Interno y externo se ha adoptado como una política de calidad de la institución. Además se ha realizado difusión de los derechos y deberes a los usuarios a través de plegables y conferencias, durante la consulta medica, de Enfermería, laboratorio, en salas de espera, durante su hospitalización. De forma semanal se realizan reuniones con el personal de los servicios, en las cuales se ha entregado material informativo sobre derechos y deberes de los pacientes.	NO EXISTE	DEFINIR Y SOCIALIZAR UNA POLITICA QUE INVOLUCRE EL BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DEACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 2. Código: (AsDP2). La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza (Criterios)	NO EXISTE NINGUN PROCESO DOCUMENTADO DE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO	NO EXISTE ,	REDEFINIR EL PROCESO PARA LA PLANEACION DEL TALENTO HUMANO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
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.	En la institución cuenta con un código de ética articulados con el direccionamiento estratégico.	NO EXISTE ,	Redefinir el código de ética y el código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico teniendo en cuenta los criterios del Estándar.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 4. Código: (AsDP4) La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	En la institución se prestan servicios de consulta especializada ginecología, toma de ecografía 2 veces al mes, se presta los servicios cumpliendo con los estándares de acreditación.	NO EXISTE ,	Definir la contratación de los servicios que se prestan en la institución, teniendo en cuenta que se cumplan los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	CONTRATACION

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante(criterios)	El Hospital ha diseñado e Implementado la política de seguridad del Paciente, con la participación del personal asistencial y administrativo de la Institución. Además, se elaboró el pequeño manual por la seguridad del paciente, en donde los funcionarios de la institución tienen acceso a la información de esta política, que a través de una lectura amena, se convierte en un elemento de consulta para el quehacer diario en la Institución. Durante el primer semestre de 2012 se han realizado varios comités de seguridad con el posterior desarrollo de acciones de mejora para minimizar los eventos e incidentes. En la institución se realiza la monitorización de eventos adversos en el proceso de atención. Existe un formato de reporte de eventos adversos en la cual el personal de salud diligencias los eventos adversos presentados durante su turno y lo hace conocer a la persona encargada para su posterior análisis y establecer acciones de mejora.	NO EXISTE ,	Fortalecer la política de Seguridad de pacientes y garantizar su despliegue en toda la organización, tendien do en cuenta los criterios del estandar.	TALENTO HUMANO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	En la institución se creó el comité de seguridad del paciente. La institución cuenta con la estandarización de los factores de riesgo, fallas y eventos adversos, cuando se presenta un evento adverso se realiza la investigación, análisis, gestión y toma de decisiones para evitar los eventos adversos prevenibles, y en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.	NO EXISTE ,	Desplegar la política de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medición de la cultura de seguridad (que incluya la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas).	TALENTO HUMANO
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	La institución no cuenta con la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud	NO EXISTE ,	Elaborar una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud, teniendo en cuenta : procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 8. 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.	. En la instituciones se realizan salidas extramurales	NO EXISTE ,	.Diseñar mecanismos para garantizar al 100% el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, ademas evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	TALENTO HUMANO
Estándar 9. 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.	En la institución no se tiene identificado el rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso.	NO EXISTE ,	Identificar el rango de proveedores o puntos de atención en salud y las rutas de acceso	CIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	No Existe el documento en el cual se encuentra el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por los funcionarios de cada área. En la institución esta implementado el programa de educación continua, donde no se ha socializado este proceso, teniendo en cuenta el componente administrativo y asistencial de la organización, se hace verificación del proceso y se implementan acciones de mejoramiento cuando de presentan dificultades.	NO EXISTE ,	Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; socializarlo a todo el personal asistencial y administrativo de la organización.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 11. Código: (AsAC4) Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	El Hospital cuenta con una agenda por profesional medico enfermera que permite conocer la disponibilidad del día y horarios del profesional. En consulta externa solo se da la posibilidad de escoger entre los 4 médicos que hay. El Hospital identifica los pacientes que requieren atención prioritaria, los cuales se registran y se llaman remplazando los pacientes inasistentes. No hay consulta programada.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismo para garantizar el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora ademas diseñar un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Se programa a tiempo requerido para satisfacer la necesidad de los usuarios teniendo en cuenta la patología, no existe análisis de capacidad instalada, no existe el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención. Las citas, están programadas para 20 minutos por paciente de acuerdo a la norma Institucional de estándar de tiempo establecido para la consulta. Las historias clínicas se buscan el mismo día de la consulta como con una hora de anticipación porque la consulta no es programada.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para evaluar la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención, evaluar periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
estandar 13. codigo:La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	La Institución NO tiene definidos los indicadores	NO EXISTE ,	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 14. Código: (AsAC7) La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	La Institución cuenta con una funcionaria de at	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para garantizar a todo los usuario sobre los servicios que la institucion presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 15. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	La organización no cuenta con un proceso de asignación de citas que se realiza de manera presencial a través de base de datos se ingresan los datos del usuario. Las entidades aseguradoras suministran los datos actualizados de los pacientes con derecho a recibir servicios El personal de atención al usuario que es quien realiza la asignación de las citas posee pleno conocimiento de la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales médicos, de Enfermería, con las que cuenta la institución. Esta información se plasma cada mes en las agendas de atención de cada profesional. Los pacientes no son informados de la fecha, hora y profesional que brindará la atención, forma de cancelar los servicios, por parte del funcionario que asigna la cita, quien además deja constancia en el formato entregado al paciente. La organización garantiza que la oficina de atención al usuario envía el mismo día el listado de pacientes a atender por cada profesional, con orden y hora de atención a las personas directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención. Facturación y enfermería	NO EXISTE ,	Estandarizar la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 16. 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.	No Existe el proceso documentado el proceso de asignación de citas, registró admisión y preparación del usuario. no se cuenta con personal asignado que brinda información sobre los aspectos concernientes a la estancia del paciente., atención y cuidado, aspectos administrativos, documentación requerida par su ingreso y su egreso.	NO EXISTE ,	Estandarizar el l proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 17. Código: (AsREG2) Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	En los diferentes procesos asistenciales se brinda información concerniente a: Personal clave a contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. El personal de salud del servicio no brindan información referente a horarios y restricciones de visitas, horarios de alimentación y recomendaciones específicas de las dietas a recibir. Dentro de los temas de educación continua los días jueves, no se han realiza actividades de sensibilización al personal asistencial sobre la importancia de la información que se brinda al paciente y su familia. En la institución no se colocan carteleras alusivas al horario de visita ubicadas en las	NO EXISTE ,	Estandarizar la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos (criterios)	La institución no cuenta con las guías y los protocolos de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención	NO EXISTE ,	Diseñar guías y los protocolos en os procesos asistenciales, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 19. Código: (AsEV1) La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	En la institución no esta documentado el proceso de evaluación del conocimiento, las expectativas y las necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad. Dispone de personal calificado y capacitado para brindar atención a los pacientes en cada uno de los servicios que presta la institución. En las reuniones mensuales se sensibiliza al personal médico y personal de enfermería sobre la importancia de la comunicación entre el médico y paciente.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para Identificar , evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	La institución cuenta con los programas de promoción y prevención, no se tiene en cuenta la participación de los usuarios para identificar y evaluar sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Se evalúa el cumplimiento de metas de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud,teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 21. Código: (AsEV3) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	El hospital no garantiza que el personal de la institución está capacitado para identificar las patologías o condiciones que requieren aislamiento, no existen los protocolos de aislamiento.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos en la institucion para identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	La institución no cuenta con procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad, el personal asistencial provee información al usuario y acompañante durante el proceso de atención, conferencias que se proporcionan en visitas domiciliarias, salidas extramurales esto no se encuentra documentado	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad a la poblacion bajo su responsabilidad, ademas diselar los procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud su poblacion.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 23. 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)	La institución cuenta con los protocolos y guías de manejo en cada servicio, estas guías protocolos se han desarrollado teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, no esta documentado el proceso de la planeación de la atención, el cuidado, el tratamiento para cada paciente, además no cuenta con la implementación desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que se presta. Se ha socializado las guías y protocolos en la institución. En el Hospital no se ha diseñado un procedimiento para reporte y análisis de Incidentes y posibles Eventos Adversos, el cual se encuentra documentado. se ha implementado la Política de seguridad del paciente orientada a la disminución de eventos adversos Institucionales. Esta se ha socializado con el personal Asistencial y Administrativo que labora en la	NO EXISTE ,	Estandarizar el proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluya implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.Teniendo en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 24. Código: (AsPL3) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	La institución garantiza la ejecución del tratamiento de manera interdisciplinaria en forma segura. Se brinda toda la información necesaria al paciente y los familiares sobre el tratamiento y el manejo, también en el momento de su egreso se dan recomendaciones sobre la importancia en la continuidad del mismo y las consultas en caso de recaídas o nuevos acontecimientos en su salud.	NO EXISTE ,	Diseñar- estandarizar los mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	La institución garantiza la ejecución del tratamiento de manera interdisciplinaria en forma segura, el personal de salud antes de la consulta revisa la historia clínica para establecer de manera integral con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro	NO EXISTE ,	establecer -estandarizar los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 26. Código: (AsPL5) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología 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 existe proceso de atención y cuidado para cada paciente en imagenología. En la institución se cuenta con el servicio de imagenología. (toma de rayos x y ecografía). Se cuenta con personal para dar respuesta todo lo que dicta el Decreto 4747 de 2007 y apoya en la consecución de ordenes para aquellos procedimientos diagnósticos con los que no cuenta el hospital por su nivel de atención. El hospital tiene contrataciones externas con laboratorios clínicos para la realización de exámenes, Las ordenes para ayudas diagnósticas van acompañadas del diagnóstico del paciente y datos relevantes de acuerdo a su patología	NO EXISTE ,	Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluir la implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos, teniendo en cuenta los criterios del estandar	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 27. 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.	En la institución se cuenta con el servicio de laboratorio, el proceso para la toma de muestras están basados en evidencia, falta revisión y ajustes periódicamente con base en nueva evidencia. En la institución no existe proceso de la atención y cuidado para cada paciente en el servicio de laboratorio clínico.	NO EXISTE ,	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, teniendo en cuenta los criterios del estandar	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 28. 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.	En el Hospital se encuentra el área de atención de partos se cuenta con personal calificado que presta la atención en dicho servicio. -Existe un protocolo para la atención de partos. La organización cuenta con una sala de partos dotada con los requerimientos de la Resolución 1043 de 2006 -La institución identifica e interviene oportunamente con las maternas de alto riesgo y su hijo. El personal asistencial brinda la información pertinente a los familiares en casos de aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. En los casos en los cuales el médico tratante detecta patologías que requieran apoyo emocional solicita interconsulta con el profesional correspondiente. La institución permite el acompañamiento y apoyo religioso a los pacientes de acuerdo a sus	NO EXISTE ,	Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a (criterios)	La institución planea, desarrolla, evalúa metas de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del municipio, se realizan brigadas extramurales para Captar la población objeto de los programas de PYP	NO EXISTE ,	-Diseñar mecanismos para evaluar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento deben evidenciar el impacto en la población usuaria.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 30. Código: (AsPL9) La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	Se brinda toda la información necesaria al paciente y los familiares sobre su enfermedad y posibilidades de manejo, también en el momento de su egreso se dan recomendaciones sobre la importancia en la continuidad del mismo y las consultas en caso de recaídas o nuevos acontecimientos en su salud. -Proceso que se realiza pero no se encuentra documentado. El personal asistencial les proporciona a los pacientes la educación necesaria de acuerdo con su patología, condiciones clínicas, socioeconómicas y socioculturales. Parte de la información que se le proporciona al paciente es consignada en la Historia Clínica -El personal que labora en la institución esta capacitado sobre la importancia de la comunicación con el paciente y su familia La información es brindada por un equipo interdisciplinario que está a cargo de los cuidados del paciente. El	NO EXISTE ,	-Diseñar mecanismos donde la institucion garantice al paciente y su familia que son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 31. 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 informadas.	-El Hospital cuenta con un formato de consentimiento informado para cada procedimiento el cual contiene información general del paciente, riesgos, beneficios de los procedimientos planeados y complicaciones con el tratamiento, además existe un espacio donde el médico registra la información que considere pertinente para cada caso.- En la institución no se tiene definido el proceso de consecución verificación del entendimiento del consentimiento informado.	NO EXISTE ,	Diseñar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad (criterios)	No existe proceso documentado de la planeación de la atención. - No existe política de atención humanizada de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad. -Al paciente se le atiende en un ambiente tranquilo donde sólo ingresa El y su acompañante si así lo desea, para proporcionarle la privacidad que necesita y pueda sentirse tranquilo de realizar cualquier pregunta que necesite ser resuelta. - La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación) -La privacidad es visual y auditiva.-El área de Urgencias y en consulta externa se adecuo para mejorar las condiciones de privacidad del paciente. Se dota todos los	NO EXISTE ,	Diseñar una política de atención humanizada como elemento fundamental del respeto , dignidad y privacidad del paciente.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 33. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye (criterios)	En la institución no esta documentado el plan de tratamiento para cada paciente. - En las diferentes áreas del hospital se le brinda información al paciente y la familia sobre los diferentes tratamientos que se le van a realizar, así como de los posibles efectos adversos de los medicamentos y también sobre el efecto terapéutico esperado. El personal médico tiene especial cuidado de incluir en las ordenes médicas el esquema de medicamentos de consumo habitual del paciente y que hacen parte de su enfermedad de base, así esta no sea el motivo de hospitalización. En los diferentes servicios del hospital se le explica a los pacientes y su familia sobre cada procedimiento que se va a realizar incluyendo la aplicación de medicamentos teniendo	NO EXISTE ,	Diseñar el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, teniendo en cuenta los criterios de estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 34. Código: (AsPL13) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	.En la la institución no se tiene definida una investigación diagnostica para optimizar el tratamiento. -Se cuenta con un recurso humano idóneo que atiende las necesidades de los pacientes.	NO EXISTE ,	Definir la metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento;tendien en cuenta el análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	En la institucion cuando se realiza la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio interinstitucional o interinstitucional, cuenta con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	NO EXISTE ,	Fortalecer los procesos del laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional.tendiendo en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 36. Código: (AsPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para (criterios)	En la institucion no se ha asignado los responsables de los procesos del servicio de laboratorio y de imagenologia.	NO EXISTE ,	Definir las asignaciones y responsables de los procesos de serviico de laboratorio clinico, e imagenologia, tendiendo en cuenta los criterios dele estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 37. Código: (AsPL16) La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye (criterios)	En la instituciones no se tienen mecanismo estandarizados para reporte y entrega de resultados de ayudas diagnosticas de laboratorio clincio e imagenologia.	NO EXISTE ,	Definir mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 38. Código: (AsPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	no esta implementado	NO EXISTE ,	Elaborar un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen(criterios)	En la institución no existe proceso estandarizado que garantice la prevención y del control e las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Esterilización acorde con las necesidades de los servicios. Protocolos de desinfección Acciones del comité de vigilancia epidemiológica. -.Acciones en el caso de brotes infecciosos	NO EXISTE ,	Establecer los procesos estandarizado que garanticen prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Teniendo en cuenta los criterios dele estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	En la institución no se encuentra documentado el plan de cuidados y tratamiento en donde se incorpore de forma integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia. - la institución cuenta con un equipo interdisciplinario de salud con capacidad técnica, científica que garantiza la ejecución del tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida de dicha institución.	NO EXISTE ,	Diseñar un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario, tendien en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo (criterios)	El personal Asistencial se esfuerza por proveer de información básica al paciente y acompañante durante el proceso de atención.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para dar informacion al pertinente durante la ejecuciondel tratamiento al usuario y su familia,tendiendo en cuenta los criteriosd ele estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	La organización cuenta con un Comité de Historias Clínicas encargado de analizar las historias que presentan algún tipo de problema y analiza los casos que considera importantes	NO EXISTE ,	Establecer un sistema periódico de evaluación del cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).	En la institución no se encuentra documentado el proceso par la identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.	NO EXISTE ,	Estandarizar el un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas)	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 44. Código: (AsEJ5) La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.	En la institución no existe proceso estandarizado para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, a una segunda opinión calificada de su condición medica.	NO EXISTE ,	Estandarizar los procesos para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica, teniendo en cuenta los criterios dele estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	En la institución no existen estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, que responda a necesidades de la población objeto.	NO EXISTE ,	Estandarizar estrategias de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.Teniendo en cuenta los criteriosd ele estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 46. Código: (AsEV1) 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.	En la institución no se revisa el plan individual de atención , ni sus , tomando como base la historia clínica.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismos para la revisión de del 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, tendiendo en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 47. Código: (AsEV2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye (criterios)	El hospital ha Implementado mecanismos para toma de acciones efectivas a partir de las quejas, encuestas de satisfacción y eventos adversos e Incidentes presentados con el fin de garantizar mejora en los procesos El Hospital promueve un sistema (SIAU) para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su atención en salud.	NO EXISTE ,	Fortalecer los procesos de evaluación sistemática y periódica teniendo en cuenta los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y rediseñar mecanismos que respondan en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 48. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	En la institución no esta definido de lo que constituye ser un consultador crónico.	NO EXISTE ,	Definir un consultador crónico de un determinado servicio, tendiendo en cuenta los criterios del estándar para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 49. Código: (AsEV4) La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios	En la institución se brinda la atención en salud oral, no se tienen establecidos los mecanismos de evaluación e la efectividad, continuidad del proceso de atención del paciente.	NO EXISTE ,	Definir mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 50. Código: (AsSAL1) La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Incluye (criterios)	En la institución no se encuentra documentado el proceso de egreso de los pacientes.	NO EXISTE ,	Definir el proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantice al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.tendiend en cuenta los criterios del estándar.	CLIENTE ASISTENCIAL
Estándar 51. Código: (AsSAL2) La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.	La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública, no esta documentado un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades.	NO EXISTE ,	Definir un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.teniendo en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 52. Código: (AsREF1) En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos	no se encuentra documentado el proceso de referencia y contrareferencia en la institución no hay criterios explícitos para definir la remisión, no se realiza retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente, no se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones.	NO EXISTE ,	Definir el proceso de referencia y contrareferencia de los usuarios entre servicios o entre instituciones, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Estándar 53. Código: (AsREF2) Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales	No hay procesos documentados de remisiones a servicios específicos.	NO EXISTE ,	Definir el proceso para remisiones a servicios específicos, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:	La organización no cuenta con procesos documentados cuando una muestra de laboratorio requiere ser referida a otro nivel de complejidad o a otra institución de su misma red de servicios.	NO EXISTE ,	Definir el proceso cuando el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, tener en cuenta los criterios del estandar.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 55. Código: (AsREF4) En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	No existe el proceso documentado , el personal de SIUA de la institucion informa los usuarios del proceso ue se debe realizar en caso de remision o solictud de cita con otro prestador.	NO EXISTE ,	Definir le proceso del egreso del usuario del servicio de imagenología para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.Tener en cuenta los criterios del estándar.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 56. Código: (AsREF5) En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	El personal del SIAU informa al usuario pero este proceso no esta documentado. En la institución no se cuenta con un mecanismo documentado donde se informe al paciente sobre tramites que se deben realizar en caso de necesitar remision o cita con otra institucion.	NO EXISTE ,	Definir los mecanismos al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.tener en cuenta los criterios del estándar.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Estándar 57. Código: (AsREF6) La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	La institución no cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente.	NO EXISTE ,	Establecer los estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, garantizar la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos .tener en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 58. Código: (AsSIR1) Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia	En la institución no esta definida la conformación de redes y diseños para ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	NO EXISTE ,	Definir la conformación de la red y el diseño para ofrecer facilidades de atencion al paciente y su familia.Tener en cuenta los criterio dele estándar.	RED DE PRESTACION DE SERVICIOS
Estándar 59. Código: (AsSIR2) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	En la institución no se conoce la diferenciación explícita de servicios por cada prestador, no se ha dado a conocer a los usuarios, ni al personal de la institucion.	NO EXISTE ,	Definir la red de prestación de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario y para todo el perosnla de la institucion, tener en cuenta los criterios del estandar.	RED PRESTACION DE SERVICIOS

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 60. Código: (AsSIR3) Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	En la institución la gerencia de la red no cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismo de referencia y contrerreferencia entre los diferentes EPS –IPS.	NO EXISTE ,	la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	RED DE PRESTACION DE SERVICIOS
Estándar 61. Código: (AsSIR4) La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	En la institución no esta documentado el proceso de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, la auditoria de las historias clínica se hace de forma ocasional	NO EXISTE ,	Definir los mecanismos para la monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	CALIDAD

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 62. Código: (AsSIR5) Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	No existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red.	NO EXISTE ,	Definir el proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes, tener en cuenta los criterios de estandar.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 63. Código: (AsSIR6) El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.	En el direccionameinto estrategico no se ha establecido la sinergia y coordinacion en torno al usuario entre los diferentes instituciones.	NO EXISTE ,	Redefinir el direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establecer cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores.diseñar los mecanismos mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.Tener en cuenta los criterios del estandar.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 64. Código: (AsSIR7) Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes	No existen sistemas de informacion de la red unificada de los regsitros y las atenciones de los pacientes. Existen bases de datos solo de los afiliados de las diferentes EPS.	NO EXISTE ,	Establecer los sistemas de información de la red donde se garantice contar con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes, teniendo en cuenta los criterios del estandar.	SISTEMAS DE INFORMACION
Estándar 65. Código: (AsSIR8) Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel).	En la ESE CENTRO I , existen 3 sedes, no se cuenta con mecanismos para que la historia clinica se comparta y luego se consolide la informacion.	NO EXISTE ,	Establecer mecanismos en cada sede de la ESE CENTOR I , para que la historia clínica se comparta en estas, se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico, teniendo en cuenta los criterios del estandar.	SISTEMAS DE INFORMACION

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 66. Código: (AsSIR9) Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.	En el proceso de atención los registros	NO EXISTE ,	Fortalecer con todo el personal de la institucion el diligenciamiento de todos los registros estandarizados usados en los procesos de atención a los pacientes, estos deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.tener en cuenta los criterios del estandar.	CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 67. Código: (AsSIR10) Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador	En la institución no esta establecido est	NO EXISTE ,	Definir mecanismos para que desde la gerencia de la red recolecte, procese y analice la información de sus prestadores a nivel central. Tener en cuenta los criterios dele estándar.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 68. Código: (AsSIR11) La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	Cuando el paciente debe requiere valoraciones por otros especialistas es remitido para otras instituciones para su a atención integral, desde la institución no existen mecanismos para realizar seguimiento de su atención.	NO EXISTE ,	Establecer mecanismos para la retroalimentacion de los usuarios que son atendidos de forma intergal por varios prestadores de la red,	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 69. Código: (AsSIR12) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	La institucion recibe información de la la gerencia de la red acerca de ,los servicios , programas, directrices políticas ,pero que no es conocida por todo el personal de la institucion.	NO EXISTE ,	Diseñar mecanismo donde todo el personal de la institucion conozca de forma detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde la gerencia	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 70. Código: (AsSIR13) La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	La gerencia de la red ha establecido tecnologías de soporte clínicos y de soporte administrativo psra evitar la duplicación de informacion o el gasto innecesario de recursos.	NO EXISTE ,	Concertar con la gerencia de la red para qjue se articule las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 71. Código: (AsSIR14) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presentan condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	Los prestadores no presentan las condiciones de ambiente físico acorde con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de acreditacion.	NO EXISTE ,	Concertar con la gerencia de la red que garantice en la institucion las condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 72. Código: (AsSIR15) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.	La gerencia de la red no ha realizado es	NO EXISTE ,	Definir mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestador, ttener en cuenta los criteriosd la red.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 73. Código: (AsSIR16) Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.	No existe este proceso.	NO EXISTE ,	El proceso de acreditacion se inicia en el Punto de atencion Cajibío.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

LIDER: STELLA ORTIZ

E PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 74. Código: (AsMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	En la institucon no se han implementado este proceso es la primera autoevaluacion que se hace.	NO EXISTE ,	Implementación de oportunidades de mejora priorizadas,es procesos y grupos de estándares realizar el seguimiento a los resultados del mejoramiento, La comunicación de los resultados.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 1. Código: (AsDP1) 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	DEFINIR Y SOCIALIZAR UNA POLITICA QUE INVOLUCRE EL BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DEACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	5	5	5	125
	Estándar 2. Código: (AsDP2). La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza (Criterios)	REDEFINIR EL PROCESO PARA LA PLANEACION DEL TALENTO HUMANO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	3	3	3	27
2	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.	Redefinir el codigo de etica y el código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico teniendo en cuenta los criterios del Estandar.	4	3	5	60
	Estándar 4. Código: (AsDP4) La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	Definir la contratación de los servicios que se prestan en la institucion, tendiendo en cuenta que se cumplan los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	5	5	5	125
3	Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante(criterios)	Fortalecer la política de Seguridad de pacientes y garantizar su despliegue en toda la organización, tendien do en cuenta los criterios del estandar.	5	5	5	125
	Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	Desplegar la politica de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medicion de la cultura de seguridad (que incluya la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas).	5	5	5	125

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
4	Estándar 7. Código: (AsP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Elaborar una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud, teniendo en cuenta : procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	5	5	5	125
5	Estándar 8. 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.	.Diseñar mecanismos para garantizar al 100% el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, además evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de	3	5	5	75
6	Estándar 9. 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.	Identificar el rango de proveedores o puntos de atención en salud y las rutas de acceso	4	3	3	36
7	Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; socializarlo a todo el personal asistencial y administrativo de la organización.	3	3	5	45
	Estándar 11. Código: (AsAC4) Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	Diseñar mecanismo para garantizar el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora además diseñar un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	2	3	5	30

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
8	Estándar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; este	Diseñar mecanismos para evaluar la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención, evaluar periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad.	4	5	5	100
9	estandar 13. código:La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria.	2	5	5	50
	Estándar 14. Código: (AsAC7) La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	Diseñar mecanismos para garantizar a todo los usuario sobre los servicios que la institucion presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	2	3	5	30
10	Estándar 15. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	Estandarizar la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	4	3	3	36
	Estándar 16. 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	Estandarizar el I 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	5	5	125
	Estándar 17. Código: (AsREG2) Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	Estandarizar la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	5	5	5	125
	Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos (criterios)	Diseñar guías y los protocolos en os procesos asistenciales, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	3	5	5	75

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para la solución de usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
11	Estándar 19. Código: (AsEV1) La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	Diseñar mecanismos para Identificar , evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	2	3	3	27
	Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	Diseñar mecanismos para evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud,teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	4	5	5	100
	Estándar 21. Código: (AsEV3) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	Diseñar mecanismos en la institucion para identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	5	5	5	125
	Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	Diseñar mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad a la poblacion bajo su responsabilidad, ademas diseñar los procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud su poblacion.	4	5	5	100
	Estándar 23. 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)	Estandarizar el proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluya implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.Teniendo en cuenta los criterios del estandar.	5	5	5	125
	Estándar 24. Código: (AsPL3) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	Diseñar- estandarizar los mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	4	3	3	36

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para la solución de usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	establecer -estandarizar los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	3	4	4	64
	Estándar 26. Código: (AsPL5) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología 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.	Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluir la implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos, teniendo en cuenta los criterios del estandar	5	5	5	125
	Estándar 27. 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.	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, teniendo en cuenta los criterios del estandar	5	5	5	125
	Estándar 28. 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.	Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	3	3	3	27
	Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a (criterios)	-Diseñar mecanismos para evaluar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento deben evidenciar el impacto en la población usuaria.	3	3	3	27

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 30. Código: (AsPL9) La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	-Diseñar mecanismos donde la institucion garantice al paciente y su familia que son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	4	5	5	100
	Estándar 31. 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 informadas.	Diseñar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	3	3	3	27
	Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad (criterios)	Diseñar una política de atención humanizada como elemento fundamental del respeto , dignidad y privacidad del paciente.	3	3	3	27
	Estándar 33. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye (criterios)	Diseñar el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, tendiendo en cuenta los criterios de estandar.	3	3	3	27
	Estándar 34. Código: (AsPL13) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	Definir la metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento;tendien en cuenta el análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	2	5	3	30
	Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	Fortalecer los procesos del laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional.tendiendo en cuenta los criterios del estandar.	2	5	5	30

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 36. Código: (AsPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para (criterios)	Definir las asignaciones y responsables de los procesos de servicio de laboratorio clínico, e imagenología, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	2	5	5	30
	Estándar 37. Código: (AsPL16) La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye (criterios)	Definir mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información	3	3	3	27
	Estándar 38. Código: (AsPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	Elaborar un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	3	3	3	27
	Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen (criterios)	Establecer los procesos estandarizado que garanticen prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Teniendo en cuenta los criterios del estándar.	5	5	5	125
	Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Diseñar un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	5	5	5	125
	Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo (criterios)	Diseñar mecanismos para dar información al pertinente durante la ejecución del tratamiento al usuario y su familia, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	3	4	3	36
	Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Establecer un sistema periódico de evaluación del cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	2	5	3	30

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).	Estandarizar el un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas)	3	3	3	27
	Estándar 44. Código: (AsEJ5) La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.	Estandarizar los procesos para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica, teniendo en cuenta los criterios de estándar.	3	3	3	27
	Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	Estandarizar estrategias de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto. Teniendo en cuenta los criterios de estándar.	3	4	3	36
	Estándar 46. Código: (AsEV1) 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.	Diseñar mecanismos para la revisión de del 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, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	3	3	3	27

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 47. Código: (AsEV2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye (criterios)	Fortalecer los procesos de evaluación sistemática y periódica teniendo en cuenta los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y rediseñar mecanismos que respondan en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	3	5	3	45
	Estándar 48. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	Definir un consultador crónico de un determinado servicio, teniendo en cuenta los criterios del estándar para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	3	5	3	45
	Estándar 49. Código: (AsEV4) La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios	Definir mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	3	5	3	45
	Estándar 50. Código: (AsSAL1) La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Incluye (criterios)	Definir el proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantice al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	4	5	4	80
	Estándar 51. Código: (AsSAL2) La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.	Definir un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	2	5	3	30

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 52. Código: (AsREF1) En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos	Definir el proceso de referencia y contrareferencia de los usuarios entre servicios o entre instituciones, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	3	3	5	45
	Estándar 53. Código: (AsREF2) Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales	Definir el proceso para remisiones a servicios específicos, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	4	3	3	36
	Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:	Definir el proceso cuando el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, tener en cuenta los criterios del estándar.	2	5	3	30
	Estándar 55. Código: (AsREF4) En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	Definir el proceso del egreso del usuario del servicio de imagenología para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Tener en cuenta los criterios del estándar.	3	3	3	27
	Estándar 56. Código: (AsREF5) En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	Definir los mecanismos al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador. tener en cuenta los criterios del estándar.	3	3	5	45

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 57. Código: (AsREF6) La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	Establecer los estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, garantizar la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos .tener en cuenta los criterios del estandar.	3	3	3	27
	Estándar 58. Código: (AsSIR1) Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia	Definir la conformación de la red y el diseño para ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.Tener en cuenta los criterio dele estándar.	2	3	5	30
	Estándar 59. Código: (AsSIR2) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	Definir la red de prestación de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario y para todo el perosnla de la institucion, tener en cuenta los criterios del estandar.	2	3	5	30
	Estándar 60. Código: (AsSIR3) Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	definir mecanismos para que la gerencia de la red cuente con lo procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	2	3	5	30
	Estándar 61. Código: (AsSIR4) La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	Definir los mecanismos para la monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	3	3	3	27

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para la solución de usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 62. Código: (AsSIR5) Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	Definir el proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes, tener en cuenta los criterios de estandar.	3	3	3	27
	Estándar 63. Código: (AsSIR6) El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.	Redefinir el direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establecer cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. diseñar los mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. Tener en cuenta los criterios del estandar.	3	3	3	27
	Estándar 64. Código: (AsSIR7) Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes	Establecer los sistemas de información de la red donde se garantice contar con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes, teniendo en cuenta los criterios del estandar.	3	3	3	27
	Estándar 65. Código: (AsSIR8) Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel).	Establecer mecanismos en cada sede de la ESE CENTOR I , para que la historia clínica se comparta en estas, se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico, teniendo en cuenta los criterios del estandar.	2	5	3	30

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 66. Código: (AsSIR9) Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.	Fortalecer con todo el personal de la institucion el diligenciamiento de todos los registros estandarizados usados en los procesos de atención a los pacientes, estos deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.tener en cuenta los criterios del estandar.	3	3	3	27
	Estándar 67. Código: (AsSIR10) Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador	Definir mecanismos para que desde la gerencia de la red recolecte, procese y analice la información de sus prestadores a nivel central. Tener en cuenta los criterios dele estándar.	3	3	3	27
	Estándar 68. Código: (AsSIR11) La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	Establecer mecanismos para la retroalimentacion de los usuarios que son atendidos de forma intergal por varios prestadores de la red,	3	3	3	27
	Estándar 69. Código: (AsSIR12) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	Diseñar mecanismo donde todo el personal de la institucion conozca en forma detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde la gerencia	3	3	3	27
	Estándar 70. Código: (AsSIR13) La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	Concertar con la gerencia de la red para qjue se articule las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	3	5	3	45
	Estándar 71. Código: (AsSIR14) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presentan condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	Concertar con la gerencia de la red que garantice en la institucion las condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	3	5	3	45

ANEXO 3
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
	Estándar 72. Código: (AsSIR15) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.	Definir mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestador, ttener en cuenta los criteriosd la red.	2	5	3	30
	Estándar 73. Código: (AsSIR16) Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.	El proceso de acreditacion se inicia en el Punto de atencion Cajibío.	3	5	3	45
	Estándar 74. Código: (AsMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Implementación de oportunidades de mejora priorizadas,es procesos y grupos de estándares realizar el seguimiento a los resultados del mejoramiento, La comunicación de los resultados.	4	5	5	100

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	20	27%
MEDIA	54	73%
BAJA	0	0%
TOTALES	74	100%

ANEXO 4. ANALISIS
CUALITATIVO DE
ESTANDARES DE
DIRECCIONAMIENTO. ESE
CENTRO 1, PUNTO DE
ATENCION Cajibío

ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO

LIDER: ASTRID LORENA URBANO

REFERENTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios	NO EXISTE PROCESO DOCUMENTADO PARA DEFINIR Y REPLANTEAR EL DIRECCIONAMIENTNO ESTRATEGICO	NO EXISTE	Elaborar un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de acuerdo a los criterios del estándar	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	EXISTE UN PLAN ESTRATEGICO, ESTA ESTANDARIZADA SU DIVULGACION EN LA INDUCCION DEL PERSONAL, PERO NO HA TENIDO SEGUIMIENTO NI EVALUACION	NO EXISTE ,	Estandarizar la divulgación, funcionamiento y evaluación del plan estratégico, teniendo en cuenta la priorización ejecución y evaluación de objetivos, la formulación participativa.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	NO HA SIDO SOCIALIZADA FORMALMENTE NI SE HA HECHO SEGUIMIENTO A LOS CONOCIMIENTOS QUE EL CLIENTE INTERNO TENGA EN RELACION CON EL PLAN ESTRATEGICO, NO EXISTE UN PROCESO PARA DICHO SEGUIMIENTO Y EVALUACION	NO EXISTE ,	Realizar la evaluación periódica del plan estratégico implementando acciones de mejora.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	EXISTE POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERO NO EXISTE UNA POLITICA QUE INTEGRO LA HUMANIZACION DE LA ATENCION, EL ENFOQUE DE RIESGO, LA GESTION DE LA TECNOLOGIA, LA TRANSFORMACION CULTURAL Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL	NO EXISTE ,	Formular una política institucional a través de la cual la dirección promueva desarrolle y evalúe el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada 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.	NO EXISTE POLITICA INSTITUCIONAL DE ATENCION HUMANIZADA, LAS ACCIONES COMO CAPACITACIONES AL PERSONAL NO HAN SIDO TOTALMENTE DOCUMENTADAS , POR LO TANDO NO EXISTEN INDICADORES DE SEGUIMIENTO NI EVALUACION	NO EXISTE ,	Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 80. Código: (DIR.6) La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	NO EXISTE POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, NI UNA ACOGIDA FORMAL A LA POLITICA DESARROLLADA POR EL GOBIERNO EN EL AÑO 2005	NO EXISTE ,	Diseñar la política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población del municipio de Cajibío, sin discriminación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	NO EXISTE PROCESO	NO EXISTE ,	Elaborar el proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. Garantizando la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas del punto de atención Cajibío.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento	no existe un modelo de prestación de servicios de salud documentado, por lo tanto no existe un proceso de evaluación, la gestión clínica se evalúa mediante los estándares que se reportan a la superintendencia nacional de salud (circular 030), el proceso de reporte de estándares está diseñado pero no existe la evaluación de los indicadores.	NO EXISTE ,	Elaborar el modelo de prestación de servicios de la ESE centro 1, punto de atención Cajibío y socializarlo, tener en cuenta la normativa (Política nacional de prestación de servicios de salud)	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización	Existe un proceso para inducción al personal nuevo. Existe un proceso de educación continua.	NO EXISTE ,	Incluir en el proceso de inducción al personal Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, socializar el proceso, implementarlo e iniciar mediciones para hacer respectivo seguimiento.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	no está diseñado	NO EXISTE ,	Elaborar procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva,	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 85. Código: (DIR11) En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente	existe documentado el proceso de referencia, el proceso de contrarreferencia aún no está claramente documentado, las redes de prestación de servicios son establecidas por las EPS.	NO EXISTE ,	Elaborar un proceso de referencia y contrarreferencia que incluya el trabajo con la red de prestadores contratada por las diferentes EPS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 86. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye	Existe evidencia de los contratos de relacion docencia servicio, no estan incluidos dentro del direccionamiento estrategico no hay seguimiento al proceso de relacion docencia servicio	NO EXISTE ,	Elaborar un documento descriptivo del proceso de relacion docencia servicio, de acuerdo al dreccionamiento estrategico de la institucion incluyendo, Experiencia docente, Políticas de formación y educación continuada, Políticas de investigación ,Plan de desarrollo docente, Definición clara de roles, Asignación de responsabilidades, Definición de recursos aportados por las partes, Evaluación de competencias, Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	No se evidencia gestion de las oportunidades de mejora y no se incluyen los criterios del estandar.	NO EXISTE ,	Incluir en las oportunidades de mejora relacionadas con este proceso, el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad, La comunicación de los resultados.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ANEXO 5. ANALISIS CUALITATIVO ESTANDARES DE GERENCIA

ESTANDARES DE GERENCIA

LIDER: ASTRID LORENA URBANO

REFERENTE PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
	CÓMO ESTA LA INSTITUCION HOY CON RESPECTO AL ESTANDAR	AQUELLO QUE GENERE VALOR AGREGADO PARA EL HOSPITAL Y NO SEA OBLIGATORIO POR LEY	LO QUE FALTA PARA COMPLETAR ELCICLO PHVA DENTRO DEL ESTANDAR	EL PROCESO QUE TIENE RELACION DIRECTA CON LA MEJORA
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	LA ORGANIZACIÓN CUENTA CON UN PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE EXTERNO, PERO NO CON UN PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE INTERNO.	NO EXISTE	Rediseñar el proceso de atencion al cliente incluyendo al cliente externo y al cliente interno, incluyendo una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores, un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.	GERENCIA

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 89. 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.	la organización no cuenta con una estrategia específica de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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 EXISTE	Diseñar, socializar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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.	GERENCIA
Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	La institución se adhiere a la normativa existente para la contratación de sus servicios, no existen estudios de suficiencia ni de demanda potencial de servicio basado en indicadores de uso de servicios.	NO EXISTE	Diseñar una política organizacional para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	GERENCIA
Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.	No está implementado un sistema de gestión del riesgo.	NO EXISTE	Diseñar un sistema de gestión del riesgo, que responda a la política organizacional, e incluya los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.	GERENCIA
Estándar 92. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	no existe evidencia de comparación con referentes.	NO EXISTE	Diseñar un proceso para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de referenciación y contenga una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).	GERENCIA

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 93. Código: (GER.6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	Se apoyan las labores de mejoramiento de la calidad a través de el equipo de auditoria de la ESE Centro 1.	NO EXISTE	Integrar al proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades, Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación; Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	GERENCIA
Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	LA ORGANIZACIÓN CUENTA CON UN PLAN ESTRATEGICO ESTA ESTRUCTURADO, LA IMPLEMENTACION NO ESTA DOCUMENTADA Y NO HA SIDO EVALUADO.	NO EXISTE	Rediseñar un proceso estructurado consistente con los valores, misión y visión de la organización, el cual provea orientación para el proceso de atención al cliente y su familia, diseñar un sistema para la monitorización, estandarización y método de seguimiento del proceso e implementarlo	GERENCIA
Estándar 95. Código: (GER.8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	EN LA ORGANIZACIÓN EXISTEN PROCESOS, ALGUNOS CUENTAN CON INDICADORES PARA REALIZAR SEGUIMIENTO Y MEDICION, PERO LA MEDICION Y EL SEGUIMIENTO NO SON SISTEMATICOS	NO EXISTE	ESTABLECER INDICADORES PARA REALIZAR SEGUIMIENTO Y MEDICION A CADA UNO DE LOS PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN, ELABORAR UNA POLITICA DONDE SE ESTABLEZCA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PERMANENTE DE LA GERENCIA CENTRANDOSE EN LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION CENTRADOS EN EL PACIENTE.	GERENCIA

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 96. Código: (GER.9) La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	NO SE HA DISEÑADO LA POLITICA DE HUMANIZACION, EL CUMPLIMIENTO DEL CODIGO DE ETICA Y LA APLICACIÓN DE LOS DEBERES Y LOS DERECHOS DEL CLIENTE INTERNO Y DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	NO EXISTE	Diseñar e implementar la politica de humanizacion , rediseñar el codigo de etica, el codigo de buen gobierno, incluyendo en estos la Dignidad personal, la privacidad, la seguridad, el respeto y la comunicación.	GERENCIA
Estándar 97. Código: (GER.10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	NO EXISTE UNA POLITICA PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y ABUSIVO DE LOS TRABAJADORES Y DE LOS PACIENTES, SUS FAMILIAS O SUS RESPONSABLES.	NO EXISTE	Diseñar e implementar una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo, que incluya la protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes, un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar, un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, y personal en práctica formativa. Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos. Diseñar una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas, diseñar un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.	GERENCIA

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 98. 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.	NO EXISTE REVISION PERIODICA DEL PLAN ESTRATEGICO DE LA ORGANIZACIÓN, EL ULTIMO PLAN ESTRATEGICO SE ELABORO EN EL AÑO 2007 Y NO SE HAN REALIZADO REVISIONES.	NO EXISTE	Rediseñar el proceso de asignacion y gestion de recursos financieros, fisicos, tecnologicos y del talento humano, donde se establezca la revisión de prioridades en el plan estratégico, la evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención, la evaluación de los recursos disponibles, el balance oferta-demanda, el analisis de los presupuestos y la evaluación de costos.	GERENCIA
Estándar 99. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.		NO EXISTE	Diseñar e implementar un proceso para la proteccion y el control de los recursos, articulando la gestion del riesgo el cual incluya la monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo, la monitorización y gestión de la cartera, el análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros, la evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos, el análisis de la productividad, el análisis de costos, la gestión de inventarios, la gestión de seguros, el fomento de la cultura del buen uso de los recursos, la aplicación del código de ética en el uso de los recursos, la auditoría y mejoramiento de procesos, el seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros, la auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.	GERENCIA

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 100. Código: (GER.13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio.	LA ORGANIZACIÓN POR NORMATIVA NO PUEDE REALIZAR SUBCONTRATACIONES PARA QUE TERCEROS REALICEN LA PRESTACION DE SERVICIOS QUE LE HAYAN SIDO CONTRATADOS.	NA	NA	NA
Estándar 101. Código: (GER.14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.	NO EXISTE UN PROCESO PLANEADO DE RELACION DOCENCIA SERVICIO.	NO EXISTE	Diseñar un proceso para la relacion docencia asistencial, el cual permita la evaluacion de la relacion docencia servicio, practicas formativas y la investigacion.	GERENCIA
Estándar 102. Código: (GERMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares,	LA ANTERIOR EVALUACION DE ESTE GRUPO DE STANDARES NO EVIDENCIA LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	NO EXISTE	La gestion de las oportunidades de mejora debe basarse en el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, la implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad y se debe realizar la comunicación de los resultados.	GERENCIA

ANEXO 6. ANALISIS CUALITATIVO ESTANDARES DE GERENCIA
DEL TALENTO HUMANO. ESE CENTRO1, PUNTO DE ATENCION
CAJIBIO.

ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

LIDER: ASTRID LORENA URBANO

REFERENTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
	CÓMO ESTA LA INSTITUCION HOY CON RESPECTO AL ESTANDAR	AQUELLO QUE GENERE VALOR AGREGADO PARA EL HOSPITAL Y NO SEA OBLIGATORIO POR LEY	LO QUE FALTA PARA COMPLETAR EL CICLO PHVA DENTRO DEL ESTANDAR	EL PROCESO QUE TIENE RELACION DIRECTA CON LA MEJORA
Estándar 103. 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.	NO EXISTE NINGUN PROCESO PARA ESCUCHAR LA VOZ DEL TALENTO HUMANO DENTRO DE LA INSTITUCION	NO EXISTE	DEFINIR Y SOCIALIZAR UNA POLITICA QUE INVOLUCRE EL BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DEACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	TALENTO HUMANO
Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano.	NO EXISTE NINGUN PROCESO DOCUMENTADO DE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO	NO EXISTE	REDEFINIR EL PROCESO PARA LA PLANEACION DEL TALENTO HUMANO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención	NO EXISTE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO	NO EXISTE	Elaborar un proceso de planeacion del talento humano iniciando por el area asistencia donde se identifiquen requisitos y perfil del cargo, Identificación de los patrones de carga laboral del empleo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales, Cambios en la oferta y / o demanda de servicio; Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera; Supervisión de personal en entrenamiento; asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias.	LA INSTITUCION SE ADHIERE A LA NORMATIVA RELACIONADA CON CONTRATACION, SE REALIZA REVISION A LAS HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL, PROCESO QUE AUN NO ESTA DOCUMENTADO Y NO SE INCLUYE VERIFICACION DE COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, HUMANIZACION, GESTION DEL RIESGO Y GESTION DE LA TECNOLOGICA Y EL MEJORAMIENTO.	NO EXISTE	Diseñar un proceso que garantice competencias para las actividades a desarrollar en el talento humano de la institucion, incluir verificacion de competencias del personal en seguridad del paciente, humanizacion, gestion del riesgo y gestion de la tecnologia y el mejoramiento.	TALENTO HUMANO
Estándar 107. Código: (TH5): Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización	EXISTE UN PROCESO DE REVISION PERIODICA DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION, EL PROCESO NO ESTA DOCUMENTADO	NO EXISTE	Diseñar el proceso de revision de hojas de vida del personal, incluir los procedimientos de revision que se hacen actualmente y que no estan incluidos en un proceso como tal.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización	EXISTE UN PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA EN LA INSTITUCION, DOCUMENTADO, PERO AUN NO EXISTEN MEDICIONES Y POR LO TANTO ESTE PROGRAMA NO HA SIDO EVALUADO.	NO EXISTE	Elaborar planes de capacitacion para el programa, identificando las necesidades de capacitacion del personal socializar el plan de capacitacion e implementarlo e incluir un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.	TALENTO HUMANO
Estándar 109. Código: (TH7) La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.	SE REALIZO EL PROCESO DE EVALUACION DE COMPETENCIAS LABORALES POR EL SENA PERO SOLO AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE VACUNACIÓN	NO EXISTE	Diseñar un proceso de evaluación por competencias que permita evaluar las competencias del colaborador desde el proceso de selección, evaluar y documentar el desempeño del colaborador durante un periodo de prueba cuando aplique, que permita evidenciar el mejoramiento de la competencia y el desempeño y ser revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización. y donde se especifique la forma de retroalimentar a la persona evaluada y la forma en que se dará a conocer el sistema de evaluación al colaborador o al personal en periodo de prueba.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	NO EXISTEN ESTRATEGIAS	NO EXISTE	Diseñar una estrategia que garantice el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores, la cual incluya la certificación periódica del cumplimiento de las responsabilidades a su cargo, entrenamiento periódico en las fases o proceso de atención, entrenamiento periódico en seguridad del paciente, entrenamiento en humanización del servicio, entrenamiento periódico en habilidades comunicativas, entrenamiento periódico en enfoque del riesgo, entrenamiento periódico en gestión de tecnologías, entrenamiento periódico en protocolos y guías de atención, entrenamiento a los estudiantes en los temas mencionados anteriormente.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 111. Código: (TH9) La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.		NO EXISTE	Diseñar e implementar una estrategia de comunicación efectiva entre los puntos de atención de la ESE centro 1 e incorporarla en la política de talento humano.	TALENTO HUMANO
Estándar 112. Código: (TH10) En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.		NO EXISTE	Diseñar e implementar la evaluación de la cultura organizacional, identificando los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados y priorizando acciones de mejora para impactar la transformación cultural.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	SOLO EXISTE EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DOCUMENTADO QUE EVALUA PERIODICAMENTE LAS NECESIDADES DE LOS COLABORADORES	NO EXISTE	Diseñar e implementar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores incluyendo como mecanismos el trato humano cálido, cortés y respetuoso, la consideración del entorno personal y familiar, el análisis del panorama de riesgos, las remuneraciones, incentivos y bienestar, la medición de fatiga y estrés laboral, la carga laboral, turnos y rotaciones, el ambiente de trabajo, el abordaje de la enfermedad profesional, la preparación para la jubilación y el retiro laboral, el mejoramiento de la salud ocupacional.	TALENTO HUMANO
Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	NO EXISTE PROCESO SISTEMATICO PARA EVALUAR PERIODICAMENTE LA SATISFACCION DE LOS COLABORADORES	NO EXISTE	Diseñar un proceso sistematico que evalúe periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Generar plan de mejoramiento y hacer seguimiento.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 115. Código: (TH13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	NO EXISTE UN PROCESO ESTANDARIZADO DE LA RELACION DOCENCIA SERVICIO	NO EXISTE	Diseñar un proceso estandarizado que planee, implemente, evidencie el seguimiento, la evaluación y el análisis del costo - beneficio de la relación docencia servicio e investigación en la baja complejidad.	TALENTO HUMANO
Estándar 116. Código: (TH14) Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.	SE CUENTA CON LA PLANEACION DEL PROCESO PERO NO CON LA IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL MISMO	NO EXISTE	Planear, diseñar e implementar un proceso para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.	TALENTO HUMANO
Estándar 117. Código: (TH15) Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.	NO EXISTE EVIDENCIA DE PLANEACION DEL PERSONAL EN PRACTICA PROFESIONAL	NO EXISTE	Planear el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el derecho del paciente a su privacidad, dignidad y seguridad.	TALENTO HUMANO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 118. Código: (THMCC1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.		NO EXISTE	• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados.	TALENTO HUMANO

ANEXO 7. ANALISIS CUALITATIVO ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

LIDER: KELLY BENAVIDEZ

REFERENTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:	la organización cuenta con un plan hospitalario de emergencia, manuales de bioseguridad dirigido a personal de salud de la institucion.	NO EXISTE	Elaborar un proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente fisico que se genera EN los procesos de atencion por los clientes internos y externos, donde incluya enfoque de riesgo,evaluacion y mejoramiento a la capacidad de respuesta ante emergencias y desastresy garantice la proteccion a los usuarios y colaboradores.	Gerencia del ambiente fisico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 120. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	Existe comite paritario de salud ocupaciona(copaso) evalua identificar e investiga los accidentes de trabajo.cuenta con protocolos de limpieza y desinfeccion pero no son evaluados, se han socializado,existe politica de uso y rehuso,el proceso de esterilizacion seguro se encuentra dentro del manual de limpieza y desinfeccion,no existen directirices para uso seguro de ropa ahospitalria ,no existe proceso documentado acerca del manejo seguro de alimentacion no existe protocolo de aislamiento.	NO EXISTE	Elaborar un proceso que garantice el manejo seguro del ambiente fisico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estandar	Gerencia del ambiente fisico
Estándar 121. Código: (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:	No hay politica de gestion ambiental responsable,no existe estrategia para el fomento de una cultura ecologica,existe pegir:plan de gestion integral de residuos hospitalarios , no existe evaluacion de impacto ambiental a partir de la gestion de la organizacion.	NO EXISTE	Crear una politica de gestion ambiental en donde se haga enfasis en el cuidado ecologico y todo lo que involucra su impacto en nuestra organizacion	Gerencia del ambiente fisico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 122. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran	la institucion contrata con un outsourcing,para la disposicion final de residuos hospitalarios (aserhy),pero no existe retroalimentacion acerca de este proceso,la institucion no mide impacto ambiental, no hay un estudio del impacto potencial del manejo inadecuado de residuos sobre eventos adversos en el cliente,no hay documentacion acerca del Sistema de informacion, educacion a los usuarios, familiares sobre manejo adecuado de desechos, se garantiza la capacitacion al personal sobre manejo adecuado de desechos pero no se hace evaluacion ni medicion de esto.	NO EXISTE	Realizar un proceso en donde se realice de manera organizada evaluaciones concernientes a disminuir el impacto ambiental en nuestra organización, consientizando tanto a los usuarios como colaboradores del buen uso de los desechos ya que estos nos permite disminuir los factores de riesgo en nuestra Institucion.	Gerencia del ambiente fisico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 123. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	Existe plan hospitalario de emergencias y desastres, se han realizado 4 socializaciones y un simulacro para implementacion del plan, no se realizan ejercicios periodicos del plan de emergencias y desastres por lo cual no se han implementados acciones de mejora, no hay un plan de contingencia en sistemas de comunicacion, no hay una estrategia de informacion que garantice la informacion y educacion a los usuarios y familiares en caso de emergencias y desastres.	NO EXISTE	Planificarr ejercicios de emergencias y desastres con el objetivo de mirar las falencias de la Institucion cuando estos eventos se presenten y priorizarlas.	Gerencia del ambiente fisico
Estándar 124. Código: (GAF6) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:	Existe un proceso diseñado implemetado pero no evaluado.	NO EXISTE	Evaluar lo procesos relacionado con los cambios referentes a la evacuacion y reubicacion de los usuarios.	Gerencia del ambiente fisico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 125. 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:	La infraestructura de la institucion es pequeña por tanto no existe la necesidad de crear un proceso para disminuir el riesgo de perldla de usuarios, este estandar aplica para los menores de edad .	NO EXISTE	Diseñar un proceso en el cual le permita a los usuarios q se encuentren dentro de la Institucion tomar salidas de emergencias, de tal manera que se realice un proceso de evacuacion mas rapido.	Gerencia del ambiente fisico
Estándar 126. Código: (GAF8) La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	En la institucion no hay una politica de no fumador, si se prohíbe el el consumo de cigarrillo y sustancias alucinogenas.	NO EXISTE	Formular una política de no fumador que aplique tanto a los usuarios como a los colaboradores de la Institucion.	Gerencia del ambiente fisico
Estándar 127. Código: (GAF9) La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:	En la institucion se cuenta con señalizacion adecuada, reduccion de la contaminacion visual y ambiental, no hay accesos que tengan en cuenta las limitaciones de los usuarios.	NO EXISTE	Diseñar un proceso que garantice condiciones de privacidad, respeto, comodidad, para una atencion humanizada.	Gerencia del ambiente fisico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 128. Código: (GAF10) En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	Se tienen en cuenta pero no están definidos los planes de contingencias para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, incluyendo el ruido y la contaminación.	NO EXISTE	Definir los planes de contingencia para las adecuaciones y remodelaciones a la planta física, importantes para la seguridad de los que se encuentran dentro de esta, con el fin de evitar accidentes de trabajo de los mismos y también de los usuarios.	Gerencia del ambiente físico

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 129. Código: (GAFMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Existen acciones de mejora en PAMEC anterior pero no con los criterios del estandar	NO EXISTE	Establecer acciones de mejora de acuerdo a los criterios	Gerencia del ambiente fisico

ANEXO 8. ANALISIS CUALITATIVO ESTANDARES DE
GESTION DE LA TECNOLOGIA. ESE CENTRO 1, PUNTO DE
ATENCION Cajibío.

ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

LIDER: KELLY BENAVIDEZ

REFERENTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 130. Código: (GT1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	No existe como proceso, existen acciones aisladas como calibración de equipos, mantenimientos	NO EXISTE	Elaborar un proceso estandarizado que permita la planeación, evaluación y gestión de la tecnología	Gestión de la tecnología
Estándar 131. Código: (GT2) La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:	No existe la política	NO EXISTE	Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	Gestión de la tecnología
Estándar 132. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:	No existe proceso de acuerdo a los criterios del estándar.	NO EXISTE	Diseñar, implementar y evaluar un proceso para el uso seguro de la tecnología	Gestión de la tecnología

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 133. Código: (GT4) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	No existe politica	NO EXISTE	Diseñar una politica desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la monitorizacon y control de la tecnologia.	Gestion de la tecnologica
Estándar 134. Código: (GT5) La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:	el proceso de matenimiento interno es garantizado	NO EXISTE	Documentar en un proceso estandarizado de acuerdo a los criterios para el mantenimiento interno.	Gestion de la tecnologica
Estándar 135. Código: (GT6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:		NO EXISTE	Definir una politica para la renoacion de la tecnologia	Gestion de la tecnologica

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	No se realiza	NO EXISTE	Desde el punto de atención brindando la gerencia debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. Establecer mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	Gestión de la tecnología
Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.		NO EXISTE		Gestión de la tecnología

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	No se garantiza	NO EXISTE	Incorporar el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	Gestion de la tecnologica
Estándar 139. Código: (GTMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Existen oportunidades de mejora planteadas pero no de acuerdo a los criterios del estandar.	NO EXISTE	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estandar.	Gestion de la tecnologica

ANEXO 9. ANALISIS CUALITATIVO ESTANDARES DE GERENCIA
DE LA INFORMACION, ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION
Cajibío.

ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION

LIDER: KELLY BENAVIDEZ

REFERENTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 140. Código: (GI1) Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:	No existe un proceso que permita identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la informacion que se brinda a usuarios y familiares.	NO EXISTE	Diseñar un proeso que permita identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la informacion que se brinda a usuarios y familiares	Gerencia de la informacion
Estándar 141. 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:	No existe un proceso para planear la gerencia de la informacion	NO EXISTE	Diseñar un proceso que permita planear la gerencia de la informacion.	Gerencia de la informacion

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 142. 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.	Se generan acciones de mejoramiento continuo pero no a través de los indicadores que arroje la información de la gestión de los procesos	NO EXISTE	Definir indicadores de gestión de los procesos que permitan tomar acciones de mejora a las desviaciones encontradas en los procesos	Gerencia de la información
Estándar 143. Código: (GI4) La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:	No se han adquirido nuevas tecnologías	NO EXISTE	Definir en un proceso estandarizado los criterios para adquirir nuevas tecnologías.	Gerencia de la información
Estándar 144. Código: (GI5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información	Existen procesos para garantizar la seguridad y la confidencialidad de la información.	NO EXISTE	Definir y Documentar con las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la seguridad de la información en la institución.	Gerencia de la información
Estándar 145. Código: (GI6) Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:	no existe un mecanismo definido	NO EXISTE	Definir un mecanismo para transmitir los datos y la información.	Gerencia de la información

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 146. Código: (GI7) Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:	Si existe proceso y se sistematiza la informacion y se ha capacitado al personal pero el proceso no esta documentado	NO EXISTE	Diseñar el proceso a traves del cual se esta sistematizando la informacion en la institucion.	Gerencia de la informacion
Estándar 147. Código: (GI8) Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	No existe mecanismo definido	NO EXISTE	Definir un mecanismo para consolidar e integrar la informacion asistencial y administrativa en la institucion.	Gerencia de la informacion
Estándar 148. Código: (GI9) La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:	Si se garantiza la seguridad y la accesibilidad a los registros clinicos, la calidad de los registros es medida pero no se realizan acciones de mejora a las desviaciones encontradas.	NO EXISTE	Se garantiza la seguridad y accesibilidad es necesario realizar la medicion de la calidad de los registros medicos, hacer un proceso estandarizado y establecer acciones de mejora a las desviaciones encontradas.	Gerencia de la informacion
Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	No existe	NO EXISTE	Diseñar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de informacion de la organización.	Gerencia de la informacion

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 150. Código: (GI11) Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.	No existe un listado de acronimos o siglas definidas por la institucion.	NO EXISTE	Establecer un listado de acronimos o siglas que se usaran en los registros de la institucion	Gerencia de la informacion
Estándar 151. Código: (GI12) La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.	La toma de decisiones en los proesos si se fundamenta en la informacion recolectada, analizada, validada y procesada, pero esto no esta en un proceso estandarizado	NO EXISTE	Estandarizar un proceso que permita a la gerencia la toma de decisiones de acuerdo a la informacion que se recolecta, valida, analiza y se procesa en la organización.	Gerencia de la informacion
Estándar 153. Código: (GIMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta	se han estabecido acciones de mejora pero no teniendo en cuenta los criterios del estandar	NO EXISTE	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estandar.	Gerencia de la informacion

**ANEXO. 10 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío**

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la	La solución afecta a un número de usuarios y/o	
1	Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios	Elaborar un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de acuerdo a los criterios del estándar	4	3	3	36
2	Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	Estandarizar la divulgación, funcionamiento y evaluación del plan estratégico, teniendo en cuenta la priorización ejecución y evaluación de objetivos, la formulación participativa.	4	3	3	36
3	Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	Realizar la evaluación periódica del plan estratégico implementando acciones de mejora.	5	3	3	45
4	Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	Formular una política institucional a través de la cual la dirección promueva desarrolle y evalúe el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	5	5	5	125

**ANEXO. 10 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío**

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la	La solución afecta a un número de usuarios y/o	
5	Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada 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.	Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.	5	3	5	75
6	Estándar 80. Código: (DIR.6) La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	Diseñar la política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población del municipio de Cajibío, sin discriminación.	2	5	3	30
7	Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	Elaborar el proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. Garantizando la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas del punto de atención Cajibío.	3	5	5	75

**ANEXO. 10 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío**

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la	La solución afecta a un número de usuarios y/o	
8	Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento	Elaborar el modelo de prestación de servicios de la ESE centro 1, punto de atención Cajibío y socializarlo, tener en cuenta la normativa (Política nacional de prestación de servicios de salud)	3	3	3	27
9	Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización	Incluir en el proceso de inducción al personal Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, socializar el proceso, implementarlo e iniciar mediciones para hacer respectivo	5	5	5	125
10	Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	Elaborar procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva,	2	3	3	18
11	Estándar 85. Código: (DIR11) En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente	Elaborar un proceso de referencia y contrarreferencia que incluya el trabajo con la red de prestadores contratada por las diferentes EPS	3	3	5	45

**ANEXO. 10 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío**

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la	La solución afecta a un número de usuarios y/o	
12	Estándar 86. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye	Elaborar un documento descriptivo del proceso de relacion docencia servicio, de acuerdo al direccionamiento estrategico de la institucion incluyendo, Experiencia docente, Políticas de formación y educación continuada, Políticas de investigación ,Plan de desarrollo docente, Definición clara de roles, Asignación de responsabilidades, Definición de recursos aportados por las partes, Evaluación de competencias, Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.	3	3	5	45
13	Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Incluir en las oportunidades de mejora relacionadas con este proceso, el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad, La comunicación de los resultados.	3	5	5	75

**ANEXO. 10 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA ESTANDARES DE
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío**

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la	La solución afecta a un número de usuarios y/o	

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	5	42%
MEDIA	6	50%
BAJA	1	8%
TOTALES	12	100%

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	Rediseñar el proceso de atención al cliente incluyendo al cliente externo y al cliente interno, incluyendo una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores, un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.	3	3	5	45
2	Estándar 89. 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.	Diseñar, socializar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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.	4	5	5	100
3	Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Diseñar una política organizacional para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	3	5	3	45

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
4	Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.	Diseñar un sistema de gestion del riesgo, que responda a la política organizacional, e incluya los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.	5	3	5	75
5	Estándar 92. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	Diseñar un proceso para la referenciacion en el que se priorizan las prácticas que son objeto de referenciación y contenga una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).	3	1	3	9
6	Estándar 93. Código: (GER.6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	Integrar al proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades, Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación; Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	3	3	5	45
7	Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	Rediseñar un proceso estructurado consistente con los valores, mision y vision de la organizacion, el cual provea orientacion para el proceso de atencion al cliente y su familia, diseñar un sistema para la monitorizacion, estandarizacion y metodo de seguimiento del proceso e implementarlo	3	3	5	45

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
8	Estándar 95. Código: (GER.8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	ESTABLECER INDICADORES PARA REALIZAR SEGUIMIENTO Y MEDICION A CADA UNO DE LOS PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN, ELABORAR UNA POLITICA DONDE SE ESTABLEZCA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PERMANENTE DE LA GERENCIA CENTRANDOSE EN LA CONSECUION DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION CENTRADOS EN EL PACIENTE.	3	3	3	27
9	Estándar 96. Código: (GER.9) La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	Diseñar e implementar la política de humanizacion , rediseñar el codigo de etica, el codigo de buen gobierno, incluyendo en estos la Dignidad personal, la privacidad, la seguridad, el respeto y la comunicación.	4	3	5	60

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
10	Estándar 97. Código: (GER.10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	Diseñar e implementar una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo, que incluya la protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes, un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar, un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, y personal en práctica formativa. Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos. Diseñar una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas, diseñar un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.	3	3	5	45

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
11	Estándar 98. 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.	Rediseñar el proceso de asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano, donde se establezca la revisión de prioridades en el plan estratégico, la evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención, la evaluación de los recursos disponibles, el balance oferta-demanda, el análisis de los presupuestos y la evaluación de costos.	3	5	3	45
12	Estándar 99. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	Diseñar e implementar un proceso para la protección y el control de los recursos, articulando la gestión del riesgo el cual incluya la monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo, la monitorización y gestión de la cartera, el análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros, la evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos, el análisis de la productividad, el análisis de costos, la gestión de inventarios, la gestión de seguros, el fomento de la cultura del buen uso de los recursos, la aplicación del código de ética en el uso de los recursos, la auditoría y mejoramiento de procesos, el seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros, la auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.	3	5	5	75
13	Estándar 100. Código: (GER.13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio.	NA				0

ANEXO 11
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
14	Estándar 101. Código: (GER.14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.	Diseñar un proceso para la relacion docencia asistencial, el cual permita la evaluacion de la relacion docencia servicio, practicas formativas y la investigacion.	4	5	5	100
15	Estándar 102. Código: (GERMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares,	La gestion de las oportunidades de mejora debe basarse en el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, la implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad y se debe realizar la comunicación de los resultados.	3	3	3	27

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	4	27%
MEDIA	9	60%
BAJA	2	13%
TOTALES	15	100%

ANEXO 12
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 103. 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.	DEFINIR Y SOCIALIZAR UNA POLITICA QUE INVOLUCRE EL BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DEACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	4	5	5	100
2	Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano.	REDEFINIR EL PROCESO PARA LA PLANEACION DEL TALENTO HUMANO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	4	3	5	60
3	Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención	Elaborar un proceso de planeacion del talento humano iniciando por el area asistencia donde se identifiquen requisitos y perfil del cargo, Identificación de los patrones de carga laboral del empleo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales, Cambios en la oferta y / o demanda de servicio; Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera; Supervisión de personal en entrenamiento; asignación de reemplazos en casos de inducción, reintroducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos.	3	5	5	75
4	Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias	Diseñar un proceso que garantice competencias para las actividades a desarrollar en el talento humano de la institucion, incluir verificacion de competencias del personal en seguridad del paciente, humanizacion, gestion del riesgo y gestion de la tecnologia y el mejoramiento.	4	3	5	60

ANEXO 12
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
5	Estándar 107. Código: (TH5): Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización	Diseñar el proceso de revision de hojas de vida del personal, incluir los procedimientos de revision que se hacen actualmente y que no estan incluidos en un proceso como tal.	5	5	5	125
6	Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización	Elaborar planes de capacitacion para el programa, identificando las necesidades de capacitacion del personal socializar el plan de capacitacion e implementarlo e incluir un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.	5	3	3	45
7	Estándar 109. Código: (TH7) La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.	Diseñar un prceso de evaluaclon por competencias que permita evaluar las competencias del colaborador desde el proceso de selección, evaluar y documentar el desempeño del colaborador durante un periodo de prueba cuando aplique, que permita evidenciar el mejoramiento de la competencia y el desempeño y ser revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización. y donde se especifique la forma de retroalimentar a la persona evaluada y la forma en qeu se dara a conocer el sistema de evaluaicon al colaborador o al personal en periodo de prueba.	4	3	5	60

ANEXO 12
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
8	Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	Diseñar una estrategia que garantice el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores, la cual incluya la certificación periodica del cumplimiento de las responsabilidades a su cargo, entrenamiento periodico en las fases o proceso de atencion, entrenamiento periodico en seguridad del paciente, entrenamiento en humanizacio del servicio, entrenamiento periodico en habilidades comunicativas, entrenamiento periodico en enfoque del riesgo , entrenamiento periodico en gestion de tecnologias, entrenamiento periodico en protociolos y guias de atencion, entrenamiento a los estudiantes en los temas mencionados anteriormente.	4	3	5	60
9	Estándar 111. Código: (TH9) La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	Diseñar e implementar una estrategia de comunicación efectiva entre los puntos de atencion de la ESE centro 1 e incorporarla en la política de talento humano.	3	3	3	27
10	Estándar 112. Código: (TH10) En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	Diseñar e implementar la evaluación de la cultura organizacional, identificando los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados y priorizando acciones de mejora para impactar la transformación cultural.	3	3	5	45

ANEXO 12
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
11	Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	Diseñar e implementar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores incluyendo como mecanismos el trato humano cálido, cortés y respetuoso, la consideración del entorno personal y familiar, el análisis del panorama de riesgos, las remuneraciones, incentivos y bienestar, la medición de fatiga y estrés laboral, la carga laboral, turnos y rotaciones, el ambiente de trabajo, el abordaje de la enfermedad profesional, la preparación para la jubilación y el retiro laboral, el mejoramiento de la salud ocupacional.	5	3	5	75
12	Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	Diseñar un proceso sistematico que evalúe periodicamente la satisfaccion de los colaboradores y el clima organizacional. Generar plan de mejoramiento y hacer seguimiento.	4	5	5	100
14	Estándar 115. Código: (TH13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima	Diseñar un proceso estandarizado que planee, implemente, evidencie el seguimiento, la evaluacion y el analisis del costo - beneficio de la relaicon docencia servicio e investigacion en la baja complejidad.	4	5	3	60
15	Estándar 116. Código: (TH14) Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.	Planear, diseñar e implementar un proceso para la supervision, asesoria, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en practicas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.	4	5	3	60

ANEXO 12
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
16	Estándar 117. Código: (TH15) Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.	Planear el numero de personas en practica formativas por usuario, teniendo en cuenta el derecho del paciente a su privacidad, dignidad y seguridad.	4	3	3	36
17	Estándar 118. Código: (THMCC1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.		3	3	3	27

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	5	31%
MEDIA	11	69%
BAJA	0	0%
TOTALES	16	100%

ANEXO 13
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:	Elaborar un proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente físico que se genera EN los procesos de atención por los clientes internos y externos, donde incluya enfoque de riesgo, evaluación y mejoramiento a la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres y garantice la protección a los usuarios y colaboradores.	4	5	5	100
2	Estándar 120. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	Elaborar un proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	4	3	5	60
3	Estándar 121. Código: (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:	Crear una política de gestión ambiental en donde se haga énfasis en el cuidado ecológico y todo lo que involucra su impacto en nuestra organización	4	3	5	60
4	Estándar 122. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran	Realizar un proceso en donde se realice de manera organizada evaluaciones concernientes a disminuir el impacto ambiental en nuestra organización, consensando tanto a los usuarios como colaboradores del buen uso de los desechos ya que estos nos permite disminuir los factores de riesgo en nuestra Institución.	4	3	5	60
5	Estándar 123. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	Planificar ejercicios de emergencias y desastres con el objetivo de mirar las falencias de la Institución cuando estos eventos se presenten y priorizarlas.	4	5	5	100

ANEXO 13
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
6	Estándar 124. Código: (GAF6) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:	Evaluar lo procesos relacionado con los cambios referentes a la evacuacion y reubicacion de los usuarios.	4	3	5	60
7	Estándar 125. 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:	Diseñar un proceso en el cual le permita a los usuarios q se encuentren dentro de la Institucion tomar salidas de emergencias, de tal manera que se realice un proceso de evacuacion mas rapido.	4	3	5	60
8	Estándar 126. Código: (GAF8) La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	Formular una politica de no fumador que aplique tanto a los usuarios como a los colaboradores de la Institucion.	4	3	5	60
9	Estándar 127. Código: (GAF9) La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:	Diseñar un proceso que garantice condiciones de privacidad, respeto, comodidad, para una atencion humanizada.	4	3	5	60
10	Estándar 128. Código: (GAF10) En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	Definir los planes de contingencia para las adecuaciones y remodelaciones a la planta fisica, importantes para la seguridad de los q se encuentran dentro de esta, con el fin de evitar accidentes de trabajo de los mismos y tambien de los usuarios.	4	3	5	60

ANEXO 13
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
11	Estándar 129. Código: (GAFMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estandar.	4	3	3	36

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	18%
MEDIA	9	82%
BAJA	0	0%
TOTALES	11	100%

ANEXO 14
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 130. Código: (GT1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	Elaborar un proceso estandarizado que permita la planeacion, evaluacion y gestion de la tecnologia	4	3	5	60
2	Estándar 131. Código: (GT2) La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:	Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la adquisicion, incorporacion, monitorizacon, control y reposicion de la tecnologia.	4	3	5	60
3	Estándar 132. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:	Diseñar , implementar y evaluar un proceso para el uso seguro de la tecnologia	4	5	5	100
4	Estándar 133. Código: (GT4) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la monitorizacon y control de la tecnologia.	4	5	3	60
5	Estándar 134. Código: (GT5) La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:	Documentar en un proceso estandarizado de acuerdo a los criterios para el mantenimiento interno.	4	5	5	100

ANEXO 14
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
6	Estándar 135. Código: (GT6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:	Definir una política para la renovación de la tecnología	4	3	5	60
7	Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	Desde el punto de atención Piendamó la gerencia debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. Establecer mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	3	3	3	27
8	Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	Diseñar un proceso que permita la evaluación Costo beneficios del uso de tecnología de las sedes de la ESE centro 1	3	3	3	27

ANEXO 14
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
9	Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	Incorporar el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	3	3	5	45
10	Estándar 139. Código: (GTMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estandar.	3	3	3	27

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	20%
MEDIA	8	80%
BAJA	0	0%
TOTALES	10	100%

ANEXO 15
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 140. Código: (GI1) Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:	Diseñar un proceso que permita identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información que se brinda a usuarios y familiares	3	3	5	45
2	Estándar 141. 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:	Diseñar un proceso que permita planear la gerencia de la información.	4	3	5	60
3	Estándar 142. 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.	Definir indicadores de gestión de los procesos que permitan tomar acciones de mejora a las desviaciones encontradas en los procesos	3	5	4	60
4	Estándar 143. Código: (GI4) La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:	Definir en un proceso estandarizado los criterios para adquirir nuevas tecnologías.	4	3	3	36
5	Estándar 144. Código: (GI5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información	Definir y Documentar con las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la seguridad de la información en la institución.	4	5	5	100

ANEXO 15
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
6	Estándar 145. Código: (GI6) Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:	Definir un mecanismo para transmitir los datos y la información.	3	5	3	45
7	Estándar 146. Código: (GI7) Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:	Diseñar el proceso a través del cual se esta sistematizando la información en la institución.	3	3	3	27
8	Estándar 147. Código: (GI8) Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	Definir un mecanismo para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa en la institución.	3	3	3	27
9	Estándar 148. Código: (GI9) La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:	Se garantiza la seguridad y accesibilidad es necesario realizar la medición de la calidad de los registros médicos, hacer un proceso estandarizado y establecer acciones de mejora a las desviaciones encontradas.	4	5	5	100

ANEXO 15
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
10	Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	Diseñar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de informacion de la organización.	4	5	3	60
11	Estándar 150. Código: (GI11) Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.	Establecer un listado de acronimos o siglas que se usaran en los registros de la institucion	4	3	3	36
12	Estándar 151. Código: (GI12) La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.	Estandarizar un proceso que permita a la gerencia la toma de decisiones de acuerdo a la informacion que se recolecta, valida, analiza y se procesa en la organización.	4	3	3	36

ANEXO 15
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
13	Estándar 152. Código: (GI13) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	Diseñar un proceso que permita desplegar la información de la organización a clientes externos e internos	3	3	3	27
14	Estándar 153. Código: (GIMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estándar.	3	3	3	27

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	14%
MEDIA	12	86%
BAJA	0	0%
TOTALES	14	100%

ANEXO 16. ANALISIS CUALITATIVO EVALUACION DE
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO CONTINUUAO DE LA
CALIDAD. ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío.

ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

LIDER: KELLY BENAVIDEZ

NTE PLANEACION: HECTOR SARMIENTO

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
	CÓMO ESTA LA INSTITUCION HOY CON RESPECTO AL ESTANDAR	AQUELLO QUE GENERE VALOR AGREGADO PARA EL HOSPITAL Y NO SEA OBLIGATORIO POR LEY	LO QUE FALTA PARA COMPLETAR EL CICLO PHVA DENTRO DEL ESTANDAR	EL PROCESO QUE TIENE RELACION DIRECTA CON LA MEJORA
Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:	El proceso de MCC no refleja planeacion.	NO EXISTE	Rediseñar el proceso de MCC incluyendo la planeacion de acuerdo a los criterios del estandar	MCC
Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:	No existe evidencia de identificacion de oportunidades de mejora tras un proceso de planeacion.	NO EXISTE	En el rediseño del proceso de MCC, en la planeacion, identificar oportunidades de mejora e implementarlas de acuerdo a los criterios del estandar	MCC

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
Estándar 156. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	La institucion cuenta con un con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, pero no se incluye el enfoque de riesgo. No hay Retroalimentacion a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones	NO EXISTE	Diseñar un metodo formal y permanente de evaluacion, ecoleccion de ynformacion y analisis de resultados incluyendo el enfoque de riesgo, evidenciar la retroalimentacion del proceso de de MCC a los organos de direccion, a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora.	MCC
Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran	No se Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades. No existe evidencia de Información sobre las estrategias adoptadas para el logro	NO EXISTE	Evidenciar la comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente, a sus familias, a la comunidad y otras entidades del logro de resultados.	MCC
Estándar 158. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos,	Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen	NO EXISTE	Mantener los resultados del MCC en la institucion asegurandolo a traves la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	MCC

ANEXO 17
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
1	Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:	Rediseñar el proceso de MCC incluyendo la planeacion de acuerdo a los criterios del estandar	3	5	3	45
2	Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:	En el rediseño del proceso de MCC, en la planeacion, identificar oportunidades de mejora e implementarlas de acuerdo a los criterios del estandar	3	3	3	27
3	Estándar 156. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	Diseñar un metodo formal y permanente de evaluacion, recoleccion de informacion y analisis de resultados incluyendo el enfoque de riesgo, evidenciar la retroalimentacion del proceso de de MCC a los organos de direccion, a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora.	4	3	5	60
4	Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran	Evidenciar la comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente, a sus familias, a la comunidad y otras entidades del logro de resultados.	4	5	5	100

ANEXO 17
MATRIZ DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCION Cajibío

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
			Riesgo para usuarios y/o colaboradores	NO intervenir en la solución representa costo para la Institución	La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores	
5	Estándar 158. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	Mantener los resultados del MCC en la institucion asegurandolo a traves la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	5	3	5	75

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	40%
MEDIA	3	60%
BAJA	0	0%
TOTALES	5	100%



ANEXO 18
FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO
FORMULACION DEL PLAN

ESE CENTRO 1 - PUNTO DE ATENCION DE CAJIBIO

REFERENTE DE PLANEACION: DR. HECTOR SARMIENTO COORDINADOR PUNTO DE ATENCION Cajibío
FECHA: JUNIO DE 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	QUE	COMO	POR QUE	DONDE	QUIEN	CUANDO	
						CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 1. Código: (AsDP1) 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.	Definir y socializar una politica que involucre el bienestar del talento humano deacuerdo a los criteriosd ele estándar.	1.Promover el conocimiento y cumplimiento de deberes y derechos en el cliente interno y externo, Implementando otros medios de comunicación para la difusión compresión de los derechos y deberes a los usuarios por diferentes medios. 2.Para personas con discapacidades o limitaciones, crear estrategias para garantizar la comprensión del contenido de los deberes y derechos de los usuarios. 3. Incluir los derechos y deberes del Paciente dentro de los ítems de las encuestas de satisfacción al usuario	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 4. Código: (AsDP4) La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	Redefinir el proceso para la planeacion del talento humano , deacuerdo a los criterios del estándar.	1.Diseñar los mecanismos para asegurar que la atención extra institucional ambulatoria o interinstitucional prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante(criterios)	Fortalecer la política de Seguridad de pacientes y garantizar su despliegue en toda la organización, tendien do en cuenta los criterios del estandar.	1.Fortalecer el seguimiento a las acciones de mejora de los eventos adversos analizados en la institucion. 2.Promover una cultura de reporte voluntario de eventos adversos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.	seguridad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	Desplegar la política de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medición de la cultura de seguridad (que incluya la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas).	1.Socializar la política de seguridad del paciente a todo el personal de la institución. 2.Fortalecer los reportes de eventos adversos, educar a todo el personal de salud y que haya mayor compromiso de aplicar lo aprendido para evitarlos eventos adversos. 3.Realizar seguimiento al plan de acción derivado de los comités de seguridad.	seguridad	Coordinación del punto de Atención Cajibío	Coordinador del punto de atención Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Elaborar una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud, teniendo en cuenta : procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad	1.Diseñar la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud. 2.Crear compromiso a todo el personal de la institución, usuarios de adquirir una verdadera cultura de seguridad y humanización. 3.Fortalecer las buenas prácticas en la seguridad de la paciente.	seguridad	Coordinación del punto de Atención Cajibío	Coordinador del punto de atención Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 8. 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.	Diseñar mecanismos para garantizar al 100% el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, además evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	1.Fortalecer el proceso de información a los pacientes y su familia sobre aspectos administrativos y asistenciales. 2.Establecer mecanismos de evaluación inicial de las necesidades de los pacientes. 3. Continuar con encuestas de satisfacción, documentar la toma de acciones que demuestran su reducción.	accesibilidad	Coordinación del punto de Atención Cajibío	Coordinador del punto de atención Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad.	Diseñar mecanismos para evaluar la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención, evaluar periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad.	1.Diseñar un instrumento para Supervisar el cumplimiento de los tiempos estandarizados para la atención en consulta por paciente, y tomar correctivos en caso que de presta en dificultades o no cumplimiento a la norma. 2.Concertar con el area de contratacion la posibilidad de contratar mas personal medico, enfermería ya que no es suficiente para la demanda de pacientes que consultan en la institución. 3.Definir los mecanismos para la búsqueda de las Historias Clínicas y entrega oportuna al personal medico, de enfermería, odontología, con el fin de agilizar, controlar la atención y asistencia y de esta forma identificar los inasistentes.	accesibilidad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 16. 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.	Estandarizar 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.	1.Fortalecer el proceso de información con el AREA DEL SIAU, a los pacientes y su familia sobre aspectos administrativos y asistenciales en el servicio de hospitalización, urgencias, consulta externa. 2.Documentar el proceso de asignación de citas, registro, admisión, preparación del usuario, desarrollar acciones de mejora cuando sea necesario. 3.Elaborar una cartilla Guía de Atención al usuario que incluya el proceso de facturación, tarifas y cuotas moderadoras para entregar al paciente en el momento de la admisión. La organización distribuye dicha información a : (Ej.: portería, recepción, profesionales, auxiliares, etc.). 4.Fortalecer el proceso de presentación de los compañeros de habitación con una orientadora durante el proceso de hospitalización. 5.Diseñar el proceso de TRIAGE en la institución. Programar jornadas de vacunación simbólica sobre cumplimiento de derechos y deberes de los usuarios con la participación del cliente interno. 6.Diseñar un mecanismo de identificación del usuario a través de un brazalete que se coloque en uno de los miembros superiores	accesibilidad	Coordinación del punto de Atención Cajibío	Coordinador del punto de atención Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 17. Código: (AsREG2) Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	Estandarizar la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	1.Documentar el proceso de información a los pacientes y su familia sobre aspectos administrativos y asistenciales. 2.diseñar una cartilla Guía para el paciente hospitalizado incluir la observación de no traer objetos de valor en la institución. 3.fortalecer el proceso de vigilancia ej: Implementación de cámaras de seguridad en todos los servicios. 4.Implementar un proceso de asesoría para resolución de inconvenientes cuando los pacientes carezcan de algún soporte o no cumplan con todos los trámites administrativos convenientes. Documentar el proceso de control para el ingreso y salida de maletines. 5.Promover la comunicación con el usuario y su familia acerca de la rutina de atención diaria y del personal clave de contacto durante la atención.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención	Diseñar guías y los protocolos en os procesos asistenciales, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	1.Documentar las guías y los protocolos en los cuales se establece las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. 2.Socializar las guías y los protocolos a todo el personal de la institución. Revisar y ajustar las guías de atención y protocolos con los líderes de los procesos	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	Diseñar mecanismos para evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud,teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	1. Documentar el proceso de evaluación para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. 2.Formular estrategias para asegurar la continuidad del tratamiento mediante la comunicación interinstitucional. 3. Generar la cultura de autocuidado en los usuarios y su familia. 4. Establecer o diseñar estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas.	oportunidad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 21. Código: (AsEV3) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	Diseñar mecanismos en la institucion para identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología	1. Diseñar los protocolos de aislamiento, la organización debe Garantizar que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología. 2.Crear el comité de infecciones en la institución. Disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales. 3.Diseñar estrategias para la identificación al ingreso del paciente, en la cual se valora los riesgos que se pueden presentar de acuerdo a la patología y condición clínica del paciente, entre los que se incluye las infecciones Intrahospitalarias. (ej. una manilla de identificación, registrar en la Historia clínica y Kardex de Enfermería. 4. Plantear en la institución que debe existir habitaciones de aislamiento en el área de urgencias, hospitalización con el fin de garantizar la privacidad, respeto de la dignidad de los pacientes que requieren aislamiento conservando su seguridad y manejo conveniente. 5.Diseñar un folleto dirigido al paciente y familia, con información precisa sobre medidas preventivas en infecciones nosocomiales en el paciente y su familia en lengua indígena	oportunidad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	Diseñar mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad a la poblacion bajo su responsabilidad, ademas diseñar los procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud su poblacion.	1.Establecer los grupos poblacionales y definir enfoque de riesgo. 2. Priorizar los riesgos críticos. 3. Documentar los procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población. 4. Establecer mecanismos y documentar los mecanismos para educar sobre autocuidado, corresponsabilidad a los usuarios. 5.Diseñar un folleto con los cuidados pertinentes teniendo en cuenta los diferentes grupos poblacionales. 6. Diseñar un plan de cuidados ambulatorio de acuerdo a las 10 primeras causas de morbilidad por consulta externa	oportunidad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 23. 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)	Estandarizar el proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluya implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.Teniendo en cuenta los criterios del estandar.	1.Diseñar un documento en el cual se encuentra el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y que sea socializado por los funcionarios de cada área. 2. Rediseño de la guías de práctica clínica en las cuales deben contener los criterios del estandar. 3.la organización desarrollará un formato de guías de manejo práctico, adaptado a la institución, y fácil de verificar para determinar la adherencia a las guías de práctica clínica teniendo en cuenta implementación, desarrollo y seguimiento de estas. 4. Fortalecer la estrategia de Autoreporte de incidentes y posibles eventos adversos con el personal Asistencial y Administrativo que labora en la Institución.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 26. Código: (AsPL5) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología 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.	Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluir la implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos, teniendo en cuenta los criterios del estandar	1.Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidados para cada paciente en el servicio de imagenología 2.definir mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico. 3.diseñar mecanismos de alarma para resultados críticos. 4. diseñar un instrumento para seguimiento al proceso de planeación de la atención y cuidados para cada paciente en el servicio de imagenología. 5.Fortalecer la cultura del registro en la historia clínica de los resultados de los exámenes solicitado	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 27. 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.	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, teniendo en cuenta los criterios del estandar	1. Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en el laboratorio clínico. 2.Certificar que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. 3. diseñar mecanismo para garantizar la comunicación oportuna de los resultados. 4. diseñar mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. 5.diseñar mecanismos de alarma para resultados críticos.	oportunidad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 30. Código: (AsPL9) La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	Diseñar mecanismos donde la institucion garantice al paciente y su familia que son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	1. Diseño del proceso de plan de cuidados en el proceso de atención. 2.Generar la cultura de autocuidado en los usuarios y su familia. 3.Promover la comunicación con el usuario y su familia acerca de la patología y autocuidado en casa. 4.Diseño de uno la cartilla GUIA DEL CLIENTE INTERNO, la cual será evidencia de la información y comunicación hacia el paciente y su familia. 5.Diseñar un instrumento donde se registre las acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen(criterios)	Establecer los procesos estandarizado que garanticen prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Teniendo en cuenta los criterios dele estándar.	1.Diseñar un proceso estandarizado que garantice la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario, donde se incluye los criterio del estándar.	efectividad	Coordinación del punto de atención	Coordinador del punto de atención	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Diseñar un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario, tendien en cuenta los criterios del estandar.	1. Diseñar el plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia, tendiendo en cuenta los criterios del estándar.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 74. Código: (AsMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares	Implementación de oportunidades de mejora priorizadas,es procesos y grupos de estándares realizar el seguimiento a los resultados del mejoramiento, La comunicación de los resultados	1.Dar a conocer a la institución el proceso organizacional del mejoramiento continuo tendiendo en cuenta la priorización de los estándares de acreditacion. •2.Diseñar estrategias para el iniciar con la ejecucion de los diferentes actividades establecidas en el PAMEC. 3. Fortalecer la operatividad de los comités y sus reuniones periódicas ayudan al Funcionamiento y ha superar limitantes en los procesos desarrollados en el hospital, 4.Informar a la comunidad en general, sobre los procesos y resultados obtenidos, con la intención de hacerlos más participes en sus aportes y actividades planteadas en el plan de mejoramiento de la institución.	efectividad	Coordinación del punto de Atencion Cajibío	Coordinador del punto de atencion Cajibío	9 de julio de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la	Formular una política institucional a través de la cual la dirección promueva desarrolle y evalúe el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores,	Diseñar una política institucional para promover, desarrollar y evaluar acciones orientadas a la atencion centrada en el usuario y su familia el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.		Coordinacion del punto de atencion	Coordinador del punto de atencion Cajibío	Julio de 2012	Octubre de 2012
		Presentar la politica a la junta directiva para que emita un acto administrativo para su implementacion.				15 de octubre de 2012	30 de octubre de 2012

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
transformación cultural y la responsabilidad social.	la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	Socializar al cliente interno y al cliente externo de la institucion la politica y las lineas de accion mediante las cuales se pondra en marcha.				1 de noviembre de 2012	30 de noviembre de 2012
		Medir grado de conocimiento que tiene el cliente interno y el cliente externo tiene de la politica				1 de diciembre de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada 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.	Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.	Diseñar la politica institucional de atecion humanizada y respeto hacia el paciente, promoviendo su privacidad y dignidad.		Coordinacion del punto de atencion	Coordinador del punto de atencion Cajibío	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Presentar la politica a la junta directiva para que emita un acto administrativo para su implementacion.				15 de octubre de 2012	30 de octubre de 2012
		Socializar al cliente interno y al cliente externo de la institucion la politica y las lineas de accion mediante las cuales se pondra en marcha.				1 de noviembre de 2012	30 de noviembre de 2012
		Medir grado de conocimiento que tiene el cliente interno y el cliente externo tiene de la politica				1 de diciembre de 2012	30 de diciembre de 2012
Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos	Elaborar el proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. Garantizando la viabilidad financiera de la organización a través de la	Elaborar con los integrantes de la junta directiva el proceso para establecer los parametros a partir de los cuales se ejecutara el plan estrategico y el plan operativo anual.		Coordinacion del punto de atencion	Coordinador del punto de atencion Cajibío	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Socializar el proceso a los colaboradores.				1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización	Incluir en el proceso de induccion al personal Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, socializar el proceso, implementarlo e iniciar mediciones para hacer respectivo seguimiento.	Incluir en el proceso de induccion al personal el funcionamiento del programa de seguridad del paciente, humanizacion de la atencion, gestion del riesgo y gestion de la tecnologia		Coordinacion del punto de atencion	Coordinador del punto de atencion Cajibío	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Socializar a los colaboradores el funcionamiento de los programas incluidos en el proceso de induccion					
		Implementar lo incluido en el proceso en el proceso en al induccion al personal nuevo, personal en periodo de prueba y personal de relacion docencia asistencial.					

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	Incluir en las oportunidades de mejora relacionadas con este proceso, el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad, La comunicación de los resultados.	Realizar el seguimiento a las oportunidades de mejora de este grupo de estándares evidenciando la remocion de barreras de mejoramiento, seguimiento a los resultados verificando el ciclo PHVA y comunicando los resultados a la organización.		Coordinacion del punto de atencion	Coordinador del punto de atencion Cajibío	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
Estándar 89. 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.	Diseñar, socializar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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.	Diseñar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento liderada por los colaboradores del proceso asistencial en la institucion con el fin de desarrollar en el usuario y su familia competencias sobre el autocuidado de su salud a traves del entrenamiento en actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad.		Coordinacion del punto de atencion Cajibío	Coordinador Equipo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Socializar la estrategia con los colaboradores del proceso de atencion al cliente asistencial.					
		Capacitar al grupo de colaboradores del proceso de atencion al cliente asistencial en entrenamiento al usuario y su familia en actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad implementadas en la estrategia					
		Evaluar el grado de conocimientos de los colaboradores en la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento.					
		Implementar la estrategia con un primer grupo de usuarios.					

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.	Diseñar un sistema de gestion del riesgo, que responda a la política organizacional, e incluya los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.	Diseñar el sistema de gestion del riesgo de acuerdo a la política de la organización, incluyendo los riesgos relacionados con la atencion en salud, los riesgos estrategicos y los riesgos administrativos		Coordinacion del punto de atencion Cajibío	Coordinador Equipo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Socializar el sistema de gestion dell riesgo con los colaboradores de la institucion.					
Estándar 99. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	Diseñar e implementar un proceso para la proteccion y el control de los recursos, articulando la gestion del riesgo el cual incluya la monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo, la monitorización y gestión de la cartera, el análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros, la evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos, el análisis de la productividad, el análisis de costos, la gestión de inventarios, la gestión de seguros, el fomento de la cultura del buen uso de los recursos, la aplicación del código de ética en el uso de los recursos, la auditoría y mejoramiento de procesos, el seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros, la auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.	Diseñar con la junta directiva y los encargados de presupuesto de la ESE centro 1, un proceso para la proteccion y el control de los recursos, incluyendo el procedimiento para la monitorizacion del presupuesto, el procedimiento para la monitorizacion y la gestion de cartera, el procedimiento para el analisis sistematico y gestion sobre los resultados de indicadores financieros, el procedimiento para la evaluacion del impacto del plan estrategico y de los planes operativos, el procedimiento para el analisis de la productividad, el procedimiento para el analisis de costos de gestion de inventarios, el procedimiento para la gestion de seguros, un procedimiento o una estrategia para l fomento de la cultura del buen uso de los recursos, con la aplicacion del codigo de eticaen el uso de los recursos.		Coordinacion del punto de atencion Cajibío	Coordinador Equipo de apoyo		
Estándar 101. Código: (GER.14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.	Diseñar un proceso para la relacion docencia asistencial, el cual permita la evaluacion de la relacion docencia servicio, practicas formativas y la investigacion.	Diseñar el proceso de relacion docencia asistencial		Coordinacion del punto de atencion Cajibío	Coordinador Equipo de apoyo		
		Socializar el proceso de relacion docencia asistenciala los colaboradores de la institucion					
		Implementar el proceso de relacion docencia asistencial.					
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para	DEFINIR Y SOCIALIZAR UNA POLITICA QUE INVOLUCRE EL	Diseñar una politica que involucre el bienestar del talento humano.					

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	POLITICA QUE INVOLUCRE EL BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DEACUERDO A LOS CRITERIOS DEL ESTANDAR	Presentar la politica a gerencia para que genere <u>acto administrativo para la adopcion.</u> Socializar la politica a la junta directiva y a los colaboradores de la institucion.		Coordinacion punto de atencion Cajibío	Coordinador grupo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención	Elaborar un proceso de planeacion del talento humano iniciando por el area asistencial donde se identifiquen requisitos y perfil del cargo, Identificación de los patrones de carga laboral del empleo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales, Cambios en la oferta y / o demanda de servicio; Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera; Supervisión de personal en entrenamiento; asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos	Elaborar un proceso para la planeacion del talento humano iniciando por el area asistencial identificando: requisitos y perfil del cargo, Identificación de los patrones de carga laboral del empleo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales, Cambios en la oferta y / o demanda de servicio; Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera; Supervisión de personal en entrenamiento; asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos socializar el proceso con los colaboradores de la institucion.		Coordinacion punto de atencion Cajibío	Coordinador grupo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
Estándar 107. Código: (TH5): Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización	Diseñar el proceso de revision de hojas de vida del personal, incluir los procedimientos de revision que se hacen actualmente y que no estan incluidos en un proceso como tal.	Diseñar el proceso de revision de hojas de vida, en el cual se incluyan las acciones que actualmente se hacen del procedimiento y que no estan <u>estandarizadas.</u> Socializar a los colaboradores de la institucion el proceso		Coordinacion punto de atencion Cajibío	Coordinador grupo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	Diseñar e implementar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores incluyendo como mecanismos el trato humano cálido, cortés y respetuoso, la consideración del entorno personal y familiar, el análisis del panorama de riesgos, las remuneraciones, incentivos y bienestar, la medición de fatiga y estrés laboral, la carga laboral, turnos y rotaciones, el ambiente de trabajo, el abordaje de la enfermedad profesional, la preparación para la jubilación y el retiro laboral, el mejoramiento de la salud ocupacional.	Diseñar una estrategia para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores, incluyendo como mecanismos en esta estrategia el trato calido, cortes y respetuoso, la consideracion del entorno personal y familiar, incluir e analisis del panorama de riesgos que actualmente se hace, remuneraciones, incentivos y bienestar, medicion de la fatiga y estres laboral, ambiente de trabajo.		Coordinacion punto de atencion Cajibío	Coordinador grupo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Diseñar un proceso sistematico que evalue periodicamente la satisfaccion de los colaboradores y el clima organizacional					

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	INSTANCIA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	CUANDO	
						INICIO	FIN
Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	Diseñar un proceso sistematico que evalúe periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Generar plan de mejoramiento y hacer seguimiento.	Elaborar un instrumento qu permita evaluar la satisfaccion de los colaboradores y el clima organizacional		Coordinacion punto de atencion Cajibío	Coordinador grupo de apoyo	1 de julio de 2012	15 de diciembre de 2012
		Socializar el proceso y el instrumento a traves del cual se evaluara periodicamente la satisfaccion de los colaboradores y el clima organizacional.					
		Realizar la primera evaluacion de la satisfaccion de los colaboradores y el clima organizacional.					

MEDICION	INDICADOR		META	
	INDICADOR		META	
	INDICADOR		META	