

INFORME DE GESTIÓN SOGC

E.S.E. Universitaria del Atlántico

CONFORMACIÓN DE EQUIPOS SOGC

E.S.E Universitaria del Atlántico



**1. El Sistema Único de
Habilitación**

(Res.1441 mayo/13)



**2. La Auditoria para el
Mejoramiento de la
Calidad de la Atención de
Salud**



**Componentes
del SOGCS**

**4. El Sistema de
Información para la
Calidad**

**3. El Sistema Único de
Acreditación**



**COMPONENTES
DEL
SOGC**

VOLUNTEER

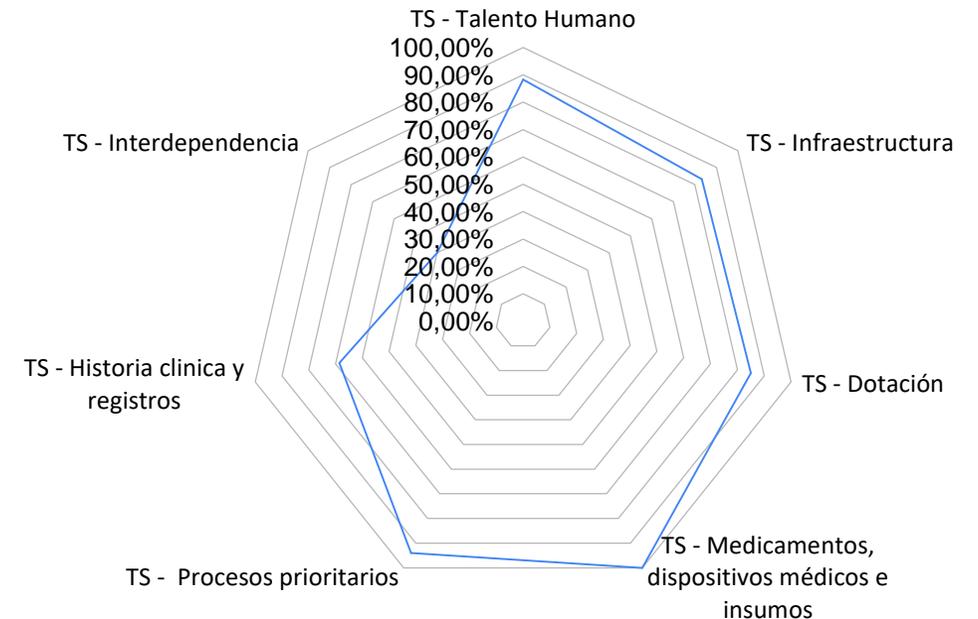


Autoevaluación 3100 de 2019

CACE Alta complejidad

Todos los servicios

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Total criterios	C	NC	NA	Cumplimiento
TS - Talento Humano	21	15	2	4	88,24%
TS - Infraestructura	167	74	13	78	83,15%
TS - Dotación	52	34	6	12	85,00%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	50	0	1	100,00%
TS - Procesos prioritarios	91	63	4	24	94,03%
TS - Historia clínica y registros	50	24	11	15	68,57%
TS - Interdependencia	5	2	3	0	40,00%

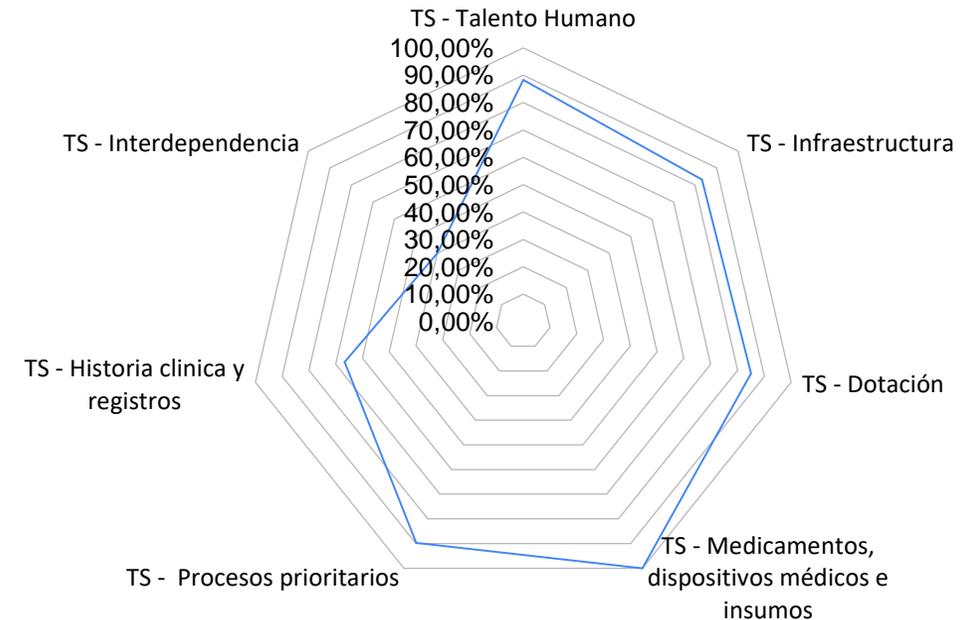


Autoevaluación 3100 de 2019

CACE Mental

Todos los servicios

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Total criterios	C	NC	NA	Cumplimiento
TS - Talento Humano	21	15	2	4	88,24%
TS - Infraestructura	167	74	13	78	83,15%
TS - Dotación	52	34	6	12	85,00%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	50	0	1	100,00%
TS - Procesos prioritarios	91	61	7	23	89,71%
TS - Historia clínica y registros	50	24	12	14	66,67%
TS - Interdependencia	5	2	3	0	40,00%

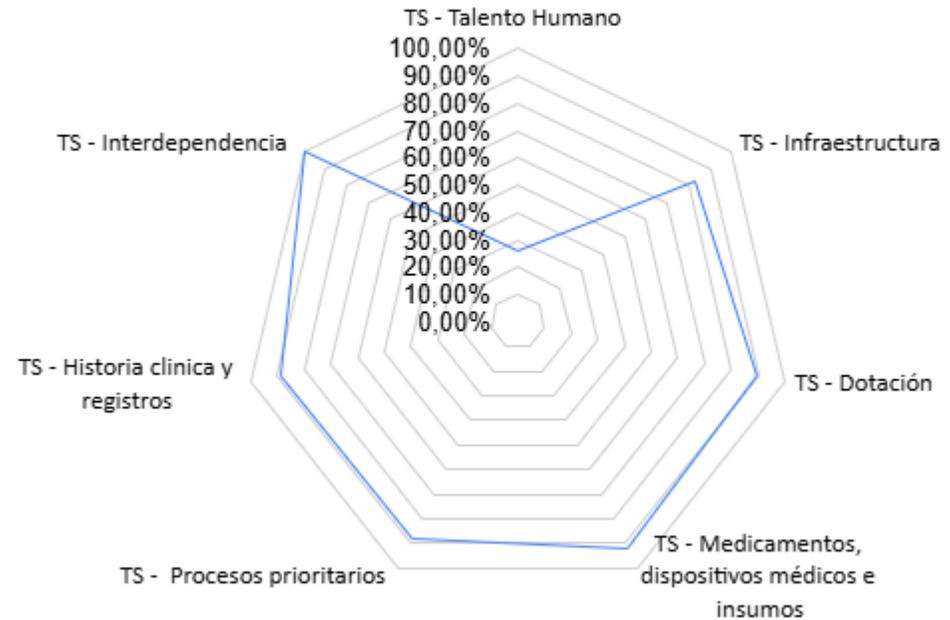


Autoevaluación 3100 de 2019

CACE Pediátrico

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Total criterios	C	NC	NA	Cumplimiento
TS - Talento Humano	21	5	0	2	26,32%
TS - Infraestructura	167	74	14	78	83,15%
TS - Dotación	52	26	3	23	89,66%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	36	3	12	92,31%
TS - Procesos prioritarios	91	61	8	22	88,41%
TS - Historia clínica y registros	50	23	3	24	88,46%
TS - Interdependencia	5	5	0	0	100,00%

Todos los servicios

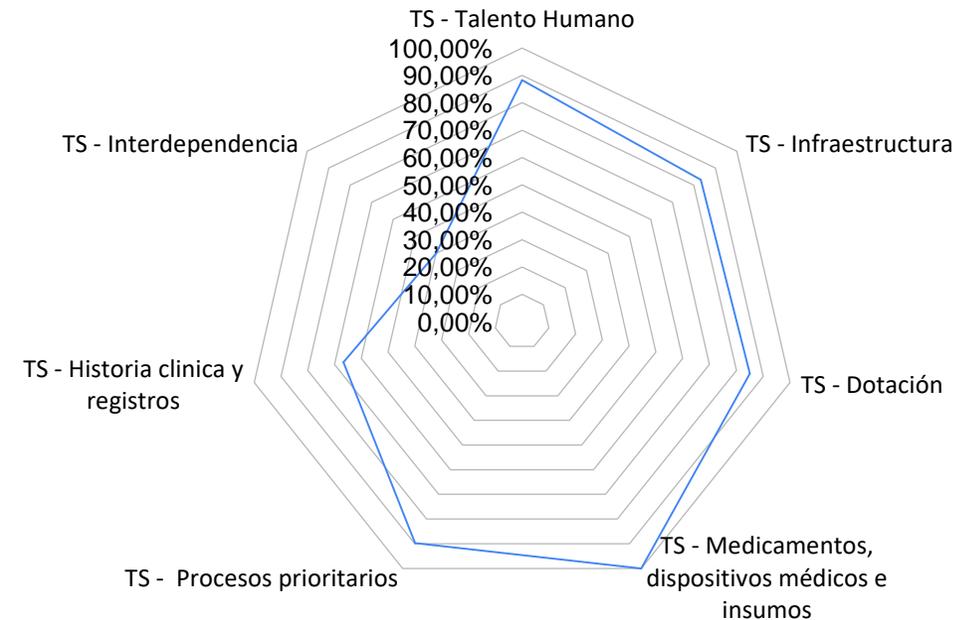


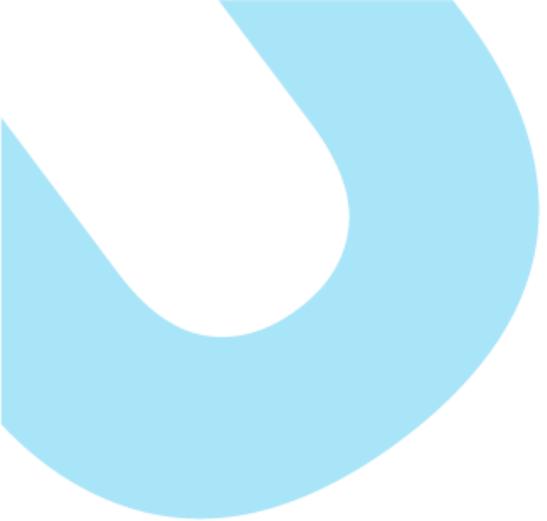
Autoevaluación 3100 de 2019

CACR Sabanalarga

Todos los servicios

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Total criterios	C	NC	NA	Cumplimiento
TS - Talento Humano	21	15	2	4	88,24%
TS - Infraestructura	167	74	13	78	83,15%
TS - Dotación	52	34	6	12	85,00%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	50	0	1	100,00%
TS - Procesos prioritarios	91	61	7	23	89,71%
TS - Historia clínica y registros	50	24	12	14	66,67%
TS - Interdependencia	5	2	3	0	40,00%





Autoevaluación 3100 de 2019

CACR Soledad



Mejoras realizadas SOGC Ese Universitaria del Atlántico

Diagnostico ESE UNA	EJECUTADO	10/07/2024 presentación de diagnostico ESE UNA
Necesidades en el Sistema de gestión documental de la ESE UNA (Acta)	EJECUTADO	12/07/2024 Identificación de necesidades del sistema de gestión documental (Acta)
Estructuración del Equipo de trabajo Calidad	EJECUTADO	
Verificación de avances de la revisión de los documentos normalizados actualmente en la ese universitaria del atlántico	EJECUTADO	18/07/2024 Se realiza reunión de seguimiento realizando verificación de los documentos existentes en el listado maestro de documentos (Acta)
Desarrollar documento las pautas para las buenas prácticas en la producción documental y en el diligenciamiento de documentos y formatos	EJECUTADO	29/07/2024 Se recibe procedimiento via cooreo de pautas para el diligenciamiento de formatos, planillas, guías, registros físicos por la funcionaria Aracelys Vargas para VoBo



Verificación capacidad instalada

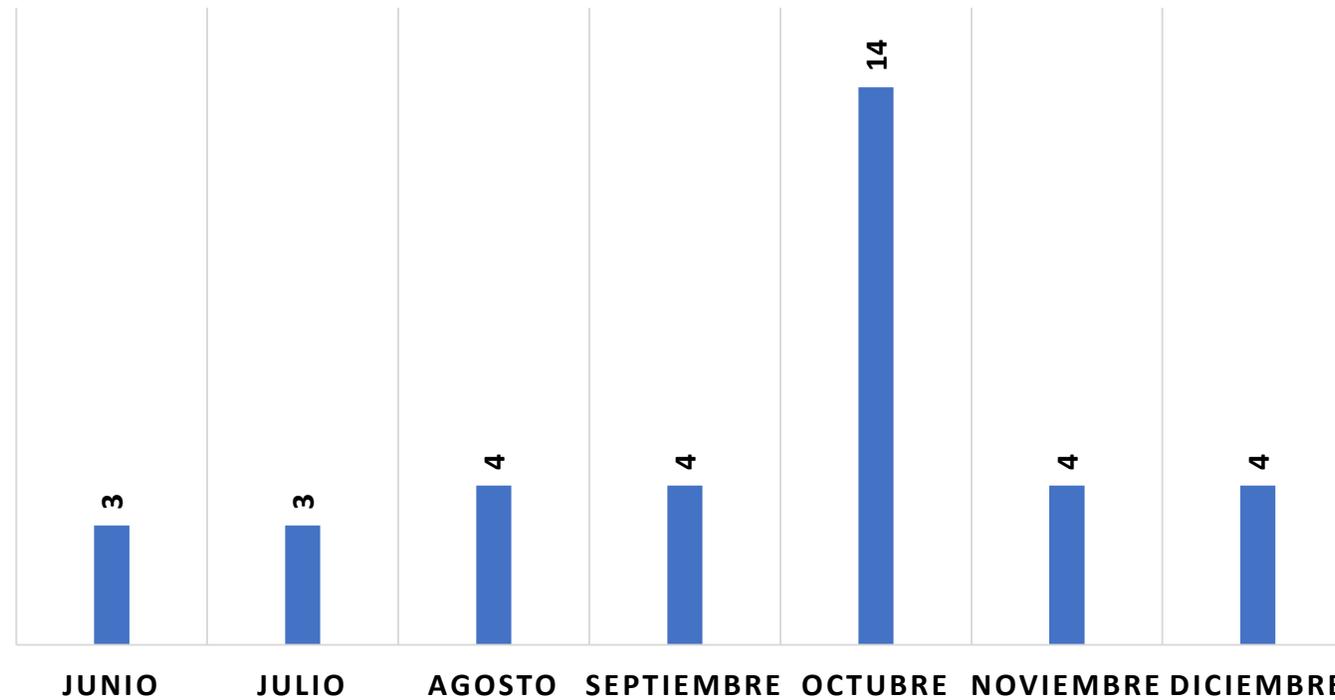
SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA A CORTE DE DICIEMBRE DE 2024						
CAMAS EN EL GRUPO INTERNACION						
	CACE MENTAL	CACE ACA	CACE PEDIATRICO	CACR SOLEDAD	CACR SABANALARGA	TOTAL
Adultos		115		50	54	219
Cuidado Intermedio Adulto		7		2		9
Cuidado Intensivo Adulto		21		12		33
Incubadora Intermedia Neonatal		5				5
Incubadora Intensiva Neonatal		10				10
Incubadora Basico Neonatal		5				5
Cuna Intermedia Neonatal		5				5
Cuna Intensiva Neonatal		5				5
Intensiva Pediátrica			9			9
Intermedia Pediátrica			5			5
Pediátrica			52	21	18	91
Salud Mental Adulto	105					105
Salud Mental Pediátrico			16			16
TOTAL	105	173	82	85	72	517

Verificación capacidad instalada

GRUPO DE ATENCION INMEDIATA					
CAMILLAS DE URGENCIAS	CACE MENTAL	CACE ACA	CACE PEDIATRICO	CACR SOLEDAD	CACR SABANALARGA
Observación Adultos Hombres	3		3	6	4
Observación Adultos Mujeres	3		4	10	18
Observación Pediátrica			15	8	7
Servicio de Atencion del Parto		1		1	1
Servicio de Urgencias	1		1	1	1
TOTAL	7	1	23	26	31

Visitas recibidas

VISITAS RECIBIDAS



NOVEDADES REPS

AGOSTO

JULIEANNIE RUIZ
Jefe de Garantía de Calidad
Secretaría de Salud Distrital

Asunto: Reportes de Novedades ESE Universitaria del Atlántico - Apertura de servicios CACE Alta - CACE Pediátrico - CACE Mental

Cordial saludo.

Por medio de la presente, y, en cumplimiento con la Resolución 3100 de 2019 de acuerdo al numeral 10.5 se reportan las siguientes novedades efectuadas en las sedes de la ESE Universitaria del Atlántico en el Departamento:

CACE Alta: Apertura de neurología - fisioterapia- psicología

CACE Pediátrico: Cirugía Plástica y Estética Quirúrgico y Ambulatorio- Fisioterapia

CACE Mental: Apertura Fisioterapia

Asunto: Reportes de Novedades- Apertura de servicios CACR Sabanalarga

Cordial saludo.

Por medio de la presente, y, en cumplimiento con la Resolución 3100 de 2019 de acuerdo al numeral 10.5 se reportan las siguientes novedades efectuadas en las sedes de la ESE Universitaria del Atlántico en el Departamento:

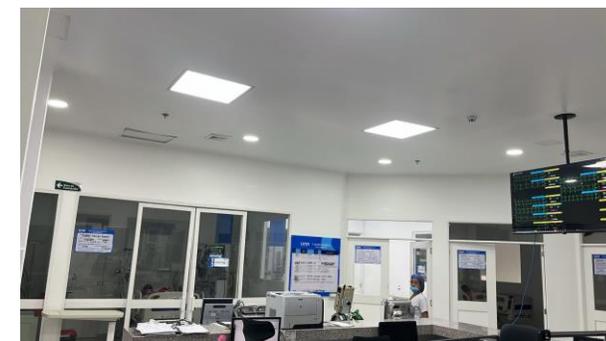
CACR Sabanalarga: imágenes ionizantes y fisioterapia

Apertura UCI Soledad



Apertura UCI Alta complejidad

Neurocirugía



CONCEPTO SANITARIO



CACE PEDIATRICO

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
63%	FAVORABLE	95%-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	✓
	DESFAVORABLE	< 49.9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS			

CACR SABANA LARGA

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
95%	FAVORABLE	95%-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	✓
	DESFAVORABLE	< 49.9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS			

CACE ALTA

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
73%	FAVORABLE	95%-100%	✓
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	✓
	DESFAVORABLE	< 49.9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS			
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS			
Se debe ajustar el establecimiento a la normalidad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.			
✓ SE PROHIBE LA TENENCIA DE ANIMALES DOMÉSTICOS (GATOS) EN ÁREA ASISTENCIALES.			
✓ CORREGIR LOS HALLAZGOS REGISTRADOS Y PLASMADOS EN LA PRESENTE ACTA.			

CACE MENTAL

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
56%	FAVORABLE	95%-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	✓
	DESFAVORABLE	< 49.9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS			
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS			
Se debe ajustar el establecimiento a la normalidad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.			

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Total de Procesos Identificados: los procesos están identificados de acuerdo al mapa de procesos institucional E.S.E. UNA.

MAPA DE PROCESOS



Imagen 1 Mapa de procesos tomado de página web

Número total de procesos: 23 procesos

Procesos estratégicos: 4

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

Se registran en la base documental de Garantía de calidad la siguiente documentación clasificada

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL



MACROPROCESO	PROCESO	YY	SUBPROCESO AL QUE PERTENECE
MISIONAL	Ingreso	AM	Admisiones
		RC	Referencia y contrarreferencia
	Prestación de servicios	CE	Consulta externa
		FS	Fisioterapia
		UR	Urgencias
		ID	Imágenes diagnosticas
		LB	Laboratorio clínico
		ND	Nutrición y dietética
		FA	Servicio farmacéutico
		IC	Internación
		UC	Unidad de cuidados intermedios e intensivos
		RE	Unidad Renal
		QX	Quirúrgicos
		ET	Esterilización
		TR	Transporte asistencial
Sistemas de información y atención al usuario	AU	Sistemas de información y atención al usuario	
Docencia e investigación	DI	Docencia e investigación	

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

	Seguimiento	SG	Seguimiento
ESTRATEGICO	Planeación del modelo de prestación	MP	Planeación del modelo de prestación
	Planeación estratégica	PE	Planeación estratégica
	Planeación financiera	PF	Planeación financiera
EVALUACIÓN Y CONTROL	Control interno	CD	Control interno
	Monitoreo y evaluación	ME	Monitoreo y evaluación
APOYO	Gestión financiera	TE	Tesorería
		FA	Facturación
		PR	Presupuesto
		CT	Cartera
		CB	Contabilidad
	Gestión de planta y tecnología en salud	GA	Gestión Ambiental
		AA	Gestión de almacén
		RF	Gestión de infraestructuras física y activos fijos
		GB	Gestión de Ingeniería biomédica
	Gestión de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)	GI	Gestión de información
		GT	Gestión de tecnologías

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Gestión del talento humano	SE	Selección
	CT	Capacitación
	ED	Evaluación y desempeño laboral
	BS	Bienestar social e incentivos
	IR	Inducción y reintucción

Gestión del talento humano	SE	Selección
	CT	Capacitación
	ED	Evaluación y desempeño laboral
	BS	Bienestar social e incentivos
	IR	Inducción y reintucción

Gestión contractual	CO	Contratación
Gestión Jurídica	JU	Jurídica
Gestión de calidad	GC	Garantía de la calidad
Gestión de mercados	CL	Gestión comercial
Gestión integral de Riesgos en Salud	RI	Gestión de Riesgos
	SP	Seguridad del paciente
	VE	Vigilancia epidemiológica
	TS	Aseguramiento y trabajo social

Tabla 1 Manual para elaboración y control de documentos

Caracterizaciones de procesos:

Total de subprocesos: 50

Subprocesos documentados: 2

Porcentaje de actualización: $(50 / 25) * 100 = 50\%$

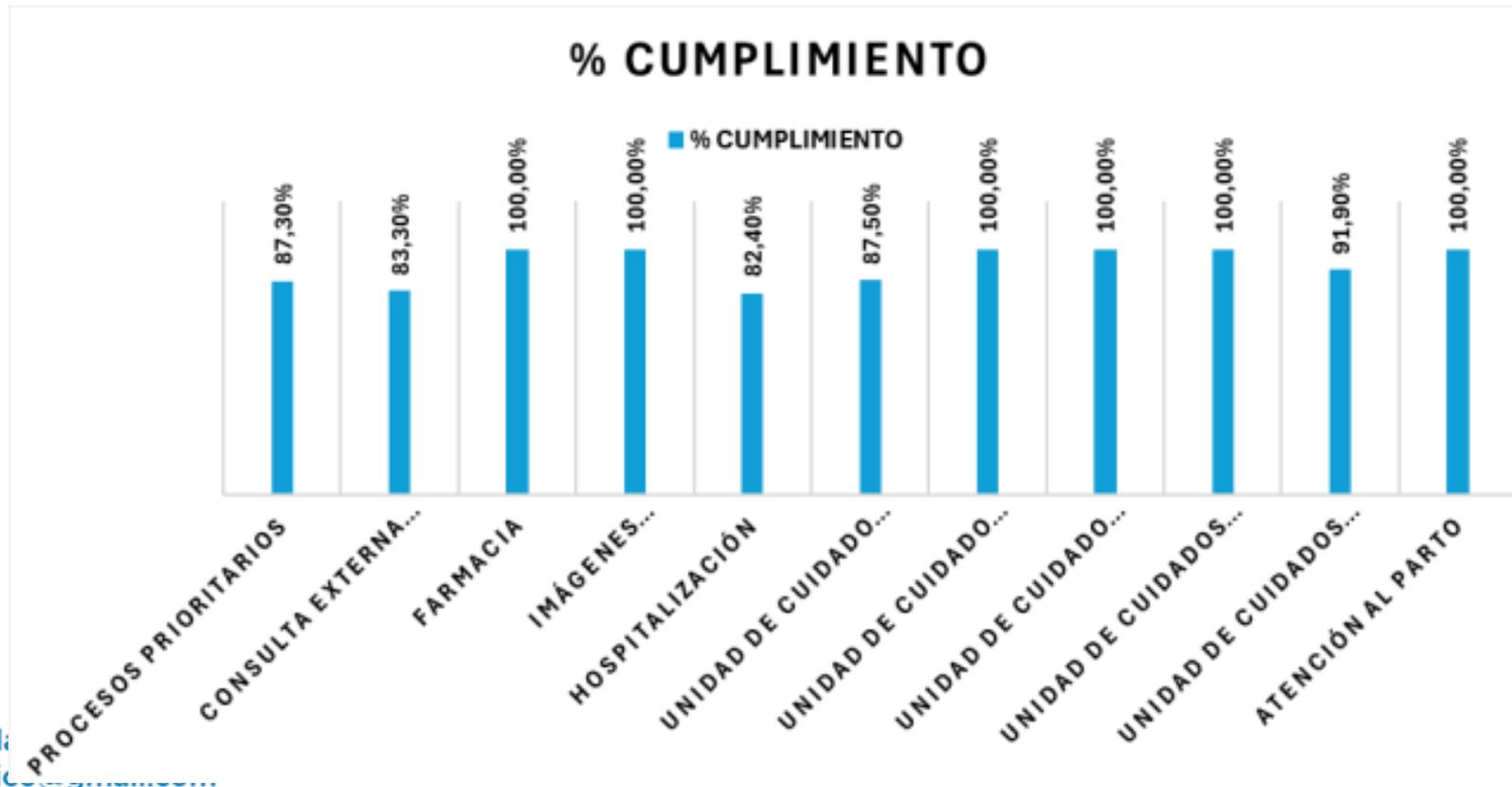
Detalle: Se ha logrado documentar 25 caracterizaciones de los Subprocesos, lo que representa un avance del 50% respecto al total de subprocesos identificados para caracterización. La actualización se ha centrado en los procesos más críticos, quedando pendiente **25 procesos por caracterizar**

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Procedimientos documentados de los procesos misionales (Requeridos por la Norma 3100)

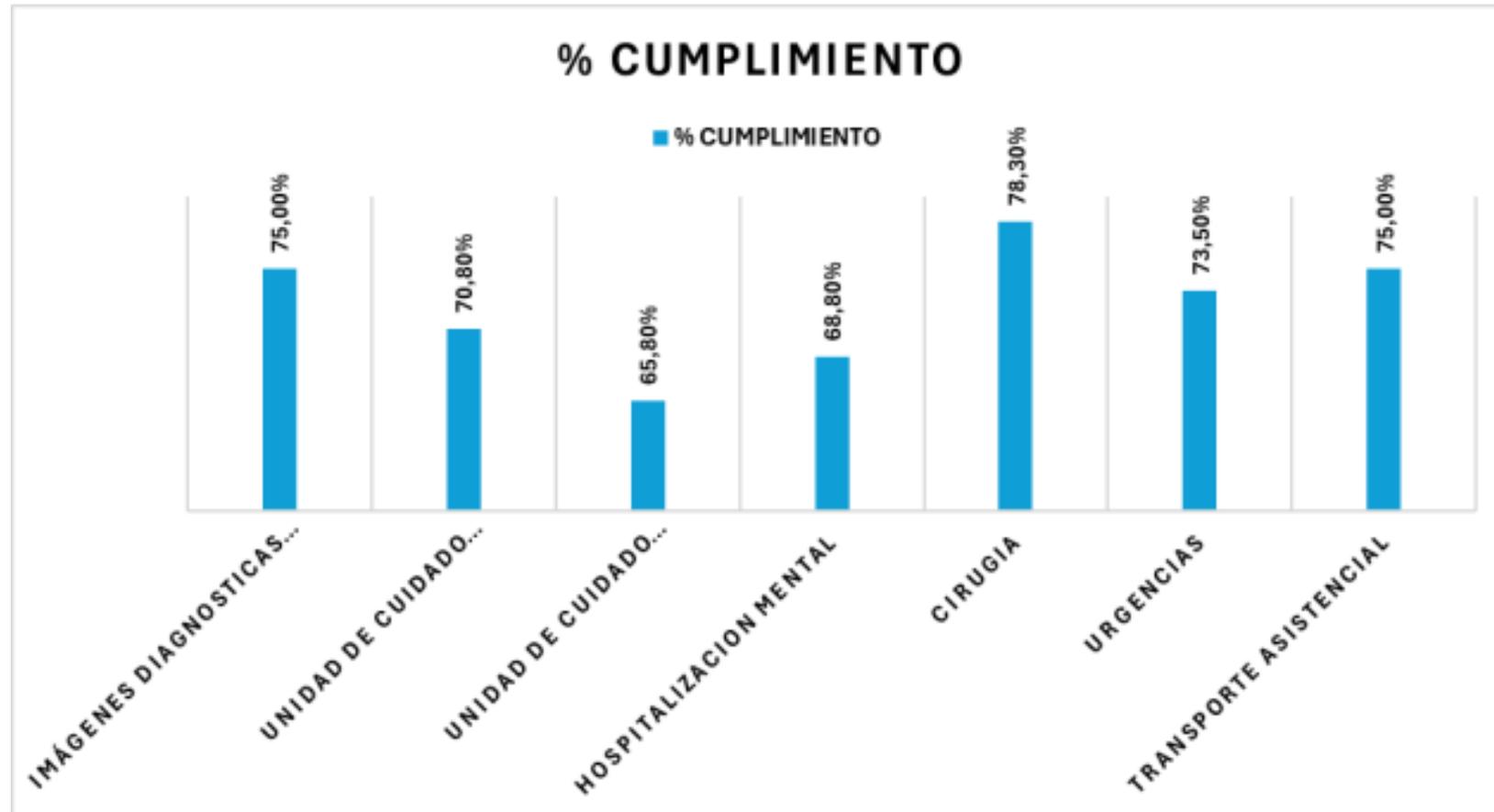
Procedimientos requeridos por la Norma 3100 de 2019 de acuerdo con los servicios habilitados en las 5 sedes.

Procesos documentados entre 80% y 100%



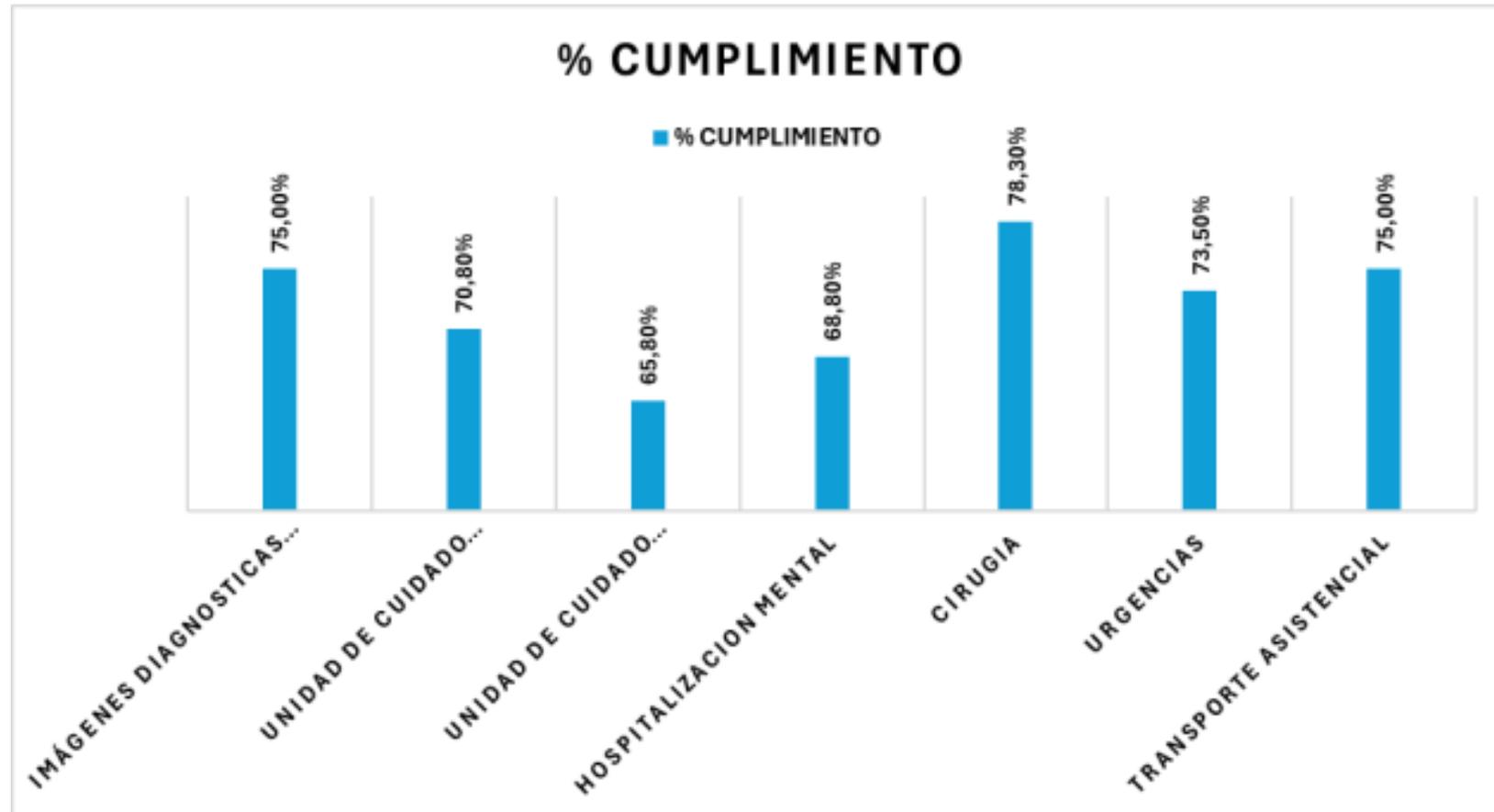
SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Procesos documentados entre 50% y 79%



SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Procesos documentados menores al 49%



SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Procedimientos documentados: 363

• Porcentaje de actualización: $(460 / 363) * 100 = 79\%$

• Detalle: Se han documentado 363 procedimientos relacionados con los procesos misionales, lo cual corresponde a un avance del 79%. Actualmente se está en proceso de completar la documentación de los procedimientos faltantes de los subprocesos.

Procedimientos documentados de los procesos de apoyo:

MARCROPROCESO	APOYO							
Cuenta de CODIGO	Etiquetas de columna							
Etiquetas de fila	FORMATO	GUIA DE MANEJO	INSTRUCTIVO	MANUAL	PROCEDIMIENTO	PROTOCOLO	Total general	
GESTION DE CALIDAD		4					4	
GESTIÓN DE PLANTA Y TECNOLOGIA		3				1	4	
GESTION DEL RIESGO		11	7	2	11	5	36	
GESTION FINANCIERA						1	1	
GESTIÓN LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES		4					4	
TALENTO HUMANO		6					6	
Total general		28	7	2	11	6	55	

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

En total, se han documentado 55 documentos en el último semestre del año 2024, lo que representa un importante avance en la formalización y mejora de los procesos en los diferentes procesos de apoyo.

AÑO	DOC ACTUALIZADOS
2021	6
2022	24
2023	23
2024	55
TOTAL	121

Tabla 7 Relación documentos actualizados por año

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Procedimientos documentados de los procesos misionales

MARCROPROCESO	(Varios elementos)								
Cuenta de CODIGO	Etiquetas de columna	FORMATO	GUIA CLINICA	GUIA DE MANEJO	MANUAL	PLAN DE CONTINGENCIA	PROCEDIMIENTO	PROTOCOLO	Total general
DOCENCIA E INVESTIGACION							3		3
INGRESO							1		1
PRESTACION DE SERVICIOS		26	6	13	4	4	4	7	64
SEGUIMIENTO		11							11
SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO		4							4
Total general		41	6	13	4	4	8	7	83

Para el año 2025, se ha programado la elaboración de los procesos estratégicos, así como la evaluación y control de estos, con el objetivo de fortalecer nuestra estructura organizacional y asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos.

SharePoint

Buscar en este sitio

Uña e . s . e | UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO

Gestión de la Calidad

Inicio Conversaciones Teams Documentos Bloc de notas Páginas ... Editar

Grupo privado No se sigue 8 miembros

+ Nuevo elemento Detalles de la página Análisis

Publicado el 29/12/2024 Compartir Editar

GESTIÓN DE PROCESOS

- CARACTERIZACION DE PROCESOS
- PROC. PRIORITARIOS

LINK DE INTERES

- GLPI
- DIRECTORIO DE CORREOS...
- DINAMICA WEB

SISTEMA DE INFORMACIÓN

- 2. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD
- 4. REPS

GESTIÓN DE CALIDAD

- CAJA DE HERRAMIENTA...
- 1. GESTIÓN DE PROCESOS
- SOGC
- REPORTES ENTES EXTERNOS 2024
- 9. RESOLUCIONES ESCANEADAS
- 5. COMITES INSTITUCIONALES
- CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO
- SOPORTES DE SOCIALIZACIONES
- NOVEDADES REPS
- PAMEC

VISITA ENTES EXTERNOS

- INFORMACIÓN DE AUDITORIAS
- INFORMACION ENTREGADA
- 10. SOPORTES DE VISITAS ENTES EXTERNOS
- PLANES DE CONTINGENCIA

LINK TEMPORALES



Estos documentos se pueden encontrar, en el siguiente enlace adjunto:

https://atlanticogov-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/gestiondeprocesos_eseuniversitariadelatlantico_gov_co/EqsQDpa3bKZNv-q4eYCU9SEBhylctJy1AunxsFVL1MW0ng?e=yrUmQp

NORMOGRAMA

N°	CONTENIDO	EAPB	PERIODICIDAD	NORMA
1	INDICADORES PRIORIZADOS: MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGÍA, PEDIATRÍA Y OBSTETRICIA	NUEVA EPS	MENSUAL	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
2	INDICADORES DE OPORTUNIDAD EN CITAS	NUEVA EPS	MENSUAL	RESOLUCIÓN 1552 DE 2013
		CAJACOPI	MENSUAL	
		COOSALUD	MENSUAL	
		SANITAS	MENSUAL	
		SALUD TOTAL	MENSUAL	
3	INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD	MUTUALSER	MENSUAL	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
		NUEVA EPS	MENSUAL	
		FOMAG	MENSUAL	
		CAJACOPI	MENSUAL	
		COOSALUD	MENSUAL	

3	INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD	MUTUALSER	MENSUAL	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
		NUEVA EPS	MENSUAL	
		FOMAG	MENSUAL	
		CAJACOPI	MENSUAL	
		COOSALUD	MENSUAL	
		4	INDICADORES: UNIDAD TÉCNICA DE ANÁLISIS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y DESEMPEÑO - UTAGR D	
5	INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD		TRIMESTRAL	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
6	SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA - SIHO		TRIMESTRAL	DECRETO 2194 DE 2004

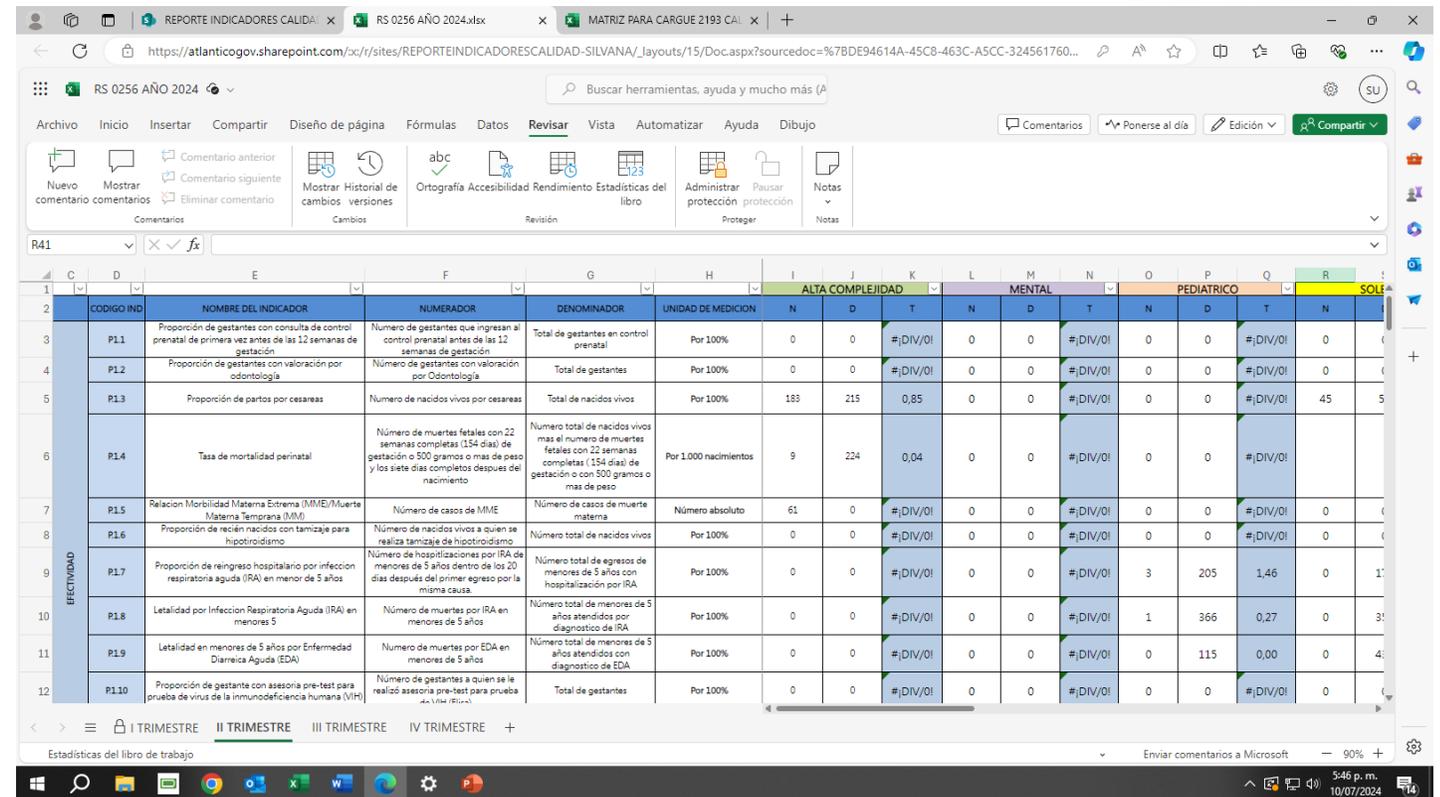


SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Sistemas de información para la calidad

El programa cuenta con 2 referentes del sistema de información de calidad, quienes velan por el cumplimiento del reporte a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, quienes garantizan la obtención de información y garantizando la calidad del dato.

La consolidación entre las 5 sedes se maneja a través de un sharepoint compartido con cada uno de los referentes quienes mensualmente van suministrando la información para el cargue trimestral.



C	D	E	F	G	H	I ALTA COMPLEJIDAD			M MENTAL			O PEDIATRICO			R SOLI	
						N	D	T	N	D	T	N	D	T		N
2	CODIGO IND	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDICION											
3	P1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Número de gestantes que ingresan al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación	Total de gestantes en control prenatal	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0
4	P1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	Número de gestantes con valoración por Odontología	Total de gestantes	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0
5	P1.3	Proporción de partos por cesareas	Numero de nacidos vivos por cesareas	Total de nacidos vivos	Por 100%	183	215	0,85	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	45	5
6	P1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o 500 gramos o mas de peso y los siete días completos despues del nacimiento	Número total de nacidos vivos mas el numero de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o mas de peso	Por 1.000 nacimientos	9	224	0,04	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!		
7	P1.5	Relacion Morbilidad Materna Extrema (MME)/Muerte Materna Temprana (MMT)	Número de casos de MME	Número de casos de muerte materna	Número absoluto	61	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0
8	P1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	Número de nacidos vivos a quien se realiza tamizaje de hipotiroidismo	Número total de nacidos vivos	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0
9	P1.7	Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	Número de hospitalizaciones por IRA de menores de 5 años dentro de los 20 días después del primer egreso por la misma causa.	Número total de egresos de menores de 5 años con hospitalización por IRA	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	3	205	1,46	0	11
10	P1.8	Letalidad por infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	Número de muertes por IRA en menores de 5 años	Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de IRA	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	1	366	0,27	0	31
11	P1.9	Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	Numero de muertes por EDA en menores de 5 años	Número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico de EDA	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	115	0,00	0	41
12	P1.10	Proporción de gestante con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Número de gestantes a quien se le realizó asesoría pre-test para prueba de VIH (R=1)	Total de gestantes	Por 100%	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0

Sistemas de información para la calidad

Cabe resaltar, que es una estrategia nueva que se implementó este 2024, para el trabajo en tiempo real, minimizando así la aglomeración de correos y dar trazabilidad a cada una de las sedes en cuanto al reporte oportuno.



REPORTE INDICADORES CALIDAD | MATRIZ PARA CARGUE 2193 PRO | RS 0256 AÑO 2024.xlsx

https://atlanticogov.sharepoint.com/.../Doc.aspx?sourcedoc=%7BB0953233-8BB7-4103-A7A0-C952F816696E%7D...

MATRIZ PARA CARGUE 2193 PRODUCCIÓN

Buscar herramientas, ayuda y mucho más (Alt + Q)

Archivo Inicio Insertar Compartir Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Ayuda Dibujo

Comentarios Ponerse al día Edición Compartir

O31 X fx +=SUMA(I31:N31)

Variable	CACR SOLEDAD							CACE ALTA						
	Pob. Pobre No Aseg.	No POSS	Sub	Cont	Poblacion extranjera (No asegurada)	Otros	TOTAL	Pob. Pobre No Aseg.	No POSS	Sub	Cont	Poblacion extranjera (No asegurada)	Otros	TOTAL
3 Dosis de biológico aplicadas	0	0	0	0	0	0	0	57	0	403	53	0	0	513
4 Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Otros controles de enfermería de P/yP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1	0	0	18
8 Consultas de medicina general urgentes realizadas	56	0	2608	634	48	0	3346	4	0	165	27	7	2	205
9 Consultas de medicina especializada electivas realizadas	7	0	766	100	4	0	877	80	0	403	54	71	13	621
10 Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	10	0	559	112	8	0	689	1	0	0	1	0	0	2
11 Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	0	0	11	1	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0
12 Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 Total de tratamientos terminados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 Sellantes aplicados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 Partos vaginales	1	0	20	2	7	0	30	3	0	39	3	6	0	51
19 Partos por cesárea	0	0	36	3	13	0	52	5	0	158	24	21	3	211

Estadísticas del libro de trabajo

Enviar comentarios a Microsoft 100% +

5:51 p. m. 10/07/2024

OP: CALIDAD DEL DATO

- En algunos servicios y/o áreas no llevan un estadístico **manual** de la producción realizada. No permite comparar la calidad del dato que arroja el software Dinámico
- No hay oportunidad de tiempos de reporte de las áreas que suministran datos y/o estadísticos para la construcción de indicadores. Puesto a que ocasiones las EPS solicitan los reportes los 2 o 5 primeros días del mes.
- Fallas en la digitalización manual en el software dinámica, al momento de registrar locación del paciente, diagnóstico, servicio de egreso, entre otros.

Por ejemplo:

CENTRO ATENCION	CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA REGIONAL SOLEDAD - CAGR SOLEDAD	C	D	E	F	G	H	I
1								
2								
3	Eligibles de fila							
4	1040 HOSPITALIZACION PEDIATRIA CACE PEDIATRICO							
5	1041 HOSPITALIZACION PEDIATRIA CACE PEDIATRICO							
6	PEDIATRIA 10-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
7	PEDIATRIA 1-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
8	PEDIATRIA 2-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
9	PEDIATRIA 3-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
10	PEDIATRIA 4-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
11	PEDIATRIA 5-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
12	PEDIATRIA 6-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
13	PEDIATRIA 7-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
14	PEDIATRIA 8-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
15	PEDIATRIA 9-HOSPITALIZACION CACE SOLEDAD							
16	Total general							60

Egresos de la sede soledad del mes de junio, en donde acostaron a pacientes en el servicio de la sede pediátrica, así como este hay muchos ejemplos afectan la calidad de la información, como en el caso de las morbilidades de pacientes que egresan con diagnósticos “Z” y “R” en el servicio de hospitalización, alterando el estadístico del perfil epidemiológico y/o la clasificación del tipo de egreso del paciente sea obstétrico, quirúrgico, no quirúrgico o de salud mental.



CRONOGRAMA 2025



UNIVERSITARIA
DEL ATLÁNTICO



ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
PLAN AUDITORIA DE PROCESOS

CODIGO: CR-GC-025

VIGENCIA: Febrero 2023

VERSION: 02

AREA		OFICINA DE GESTION DE CALIDAD					AÑO:		2025												TOTAL EJECUTADO ANUAL	FECHA DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		
No.	ESTANDAR	MACROPROCESO	PROCESO	ACTIVIDAD	AUDITADO	RESPONSABLE DE LA AUDITORIA	CONTROL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					
1	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Atencion al Usuario	Revisar el despliegue de D y D (Actualizar instrumentos y canales)	Oficina OGC, Atencion al usuario	Oficina OGC	Programado										1		1	2				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion																0%	
2	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	APOYO	Seguridad del Paciente	Evaluar la estructura del Programa de Seguridad del Paciente	Seguridad del paciente	Oficina OGC	Programado							1						1				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion																0%	
3	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Admision	Dar seguimineto al procedimiento de admision	Urgencias	Oficina OGC- Seguridad del paciente	Programado									1				1				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion																0%	
4	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Admision	Revisar las estrategias implementadas para minimizar las posibles barreras de acceso, en ambas sedes	Hospitalizacion	Oficina OGC- Seguridad del paciente	Programado											1		1				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion																0%	
5	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Admision	Verificar la aplicación de la guía de identificación del paciente en cuanto a la priorizacion de la atencion en los diferentes servicios.	Salud mental	Oficina OGC- Seguridad del paciente	Programado								1					1				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion															0%		
6	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Admision	Verificar la aplicación de mecanismos redundantes de identificación del usuario utilizados para evitar la suplantacion	Hospitalizacion	Oficina OGC- Seguridad del paciente	Programado								1		1			2				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion															0%		0%
7	SOGC / SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	MISIONAL	Hospitalizacion	Evaluar la ejecucion del protocolo de presentacion del equipo medico que va a estar a cargo del usuario.	Hospitalizacion	Oficina OGC- Seguridad del paciente	Programado								1					1				
							Ejecutado																	0
							% de Ejecucion															0%		



GRACIAS

“Las empresas excelentes no sólo creen en la excelencia, también en la mejora continua y el cambio constante.”

Tom Peters