E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIQUIA. **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION AUTOEVALUACION - AÑO 2019 EVALUACION CUALITATIVA EVALUACION CUANTITATIVA** MPLEMENTACION Y ANALISIS EVALUATIVO MATRIZ DE PRIORIZACION RESULTADOS. VALOR FINAL. **ENFOQUE** DESPLIEGUE **ESTANDARES A** TOTAL CALIFICACION GLOBAL DEL **EVALUAR** Apropiacio ESTANDAR (Coloque la meno OPORTLINIDADES DE MEJORA por el Client Interno y/o SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Man RIFSGO VOLUMEN COSTO FORTALEZAS TOTAL ralificacion obtenida en cad Evaluado medición (debilidades) Guias, Protocolos y Otros) (1, 3, 5) (1, 3, 5)(1, 3, 5) uno de los 10 criterios de Externo evaluacion) Tomado de la Resolucion No. 2082 del 29 de Mayo de 2014 GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES. DERECHOS DE LOS PACIENTES Estandar 1. Codigo: (AsDP1) La La institución ha desarrolla ealizar las líneas estratégicas del plan de desarrollo ncluyendo en la plataforma estratégica el continuo organización cuenta con una estrategias en las encuestas de de los principios y valores aplicables a todos los declaración de los derechos y deberes satisfacción de cada servicio, para refuerzo y trabajo sobre la declaración de los derechos funcionarios de la ESE, este código fue adoptado de los pacientes incorporada en el identificar el grado de conocimiento y deberes de los pacientes en la ESE, estableciendo mediante resolución. También se crea por act de los usuarios sobre sus derechos políticas que garantice su cumplimiento en toda la administrativo el comité de ética. de direccionamien estratégico de la organización, que y deberes. Pertinentes de cada organización pertinente de cada área. Evaluar medir la aplica al proceso de atención al cliente, área: la institución actualmente no adherencia a estas actividades pertinentes a cada área El personal ha sido entrenado en el ha implementado herramientas para de la institución. Diseñar una metodología que permita contenido de la declaración de los medir la adherencia a estas pacientes y cuenta con herramientas actividades en las áreas de la medir el grado de conocimiento y satisfacción de lo usuarios en cuanto al cumplimiento de sus derechos y deberes. Diseñar una metodología que permita medir para evaluar que estos comprenden grado de conocimiento y satisfacción de los usuario siguen sus directrices. Los paciente que van a ser atendidos conocen en cuanto al cumplimiento de sus derechos y deberen la institución omprenden el contenido de 1 1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2,9 Realizará una inducción y reinducción a todo o declaración de sus derechos y deberes personal de la ESE sobre la declaración de lo derechos y deberes de los pacientes. Diseñar una metodología que permita medir el grado de conocimiento y satisfacción de los usuarios en cuanto cumplimiento de sus derechos y deberes en nstitución. La institución evaluara periódicamente cuando se produzcan cambios en el personal, conocimiento y aplicabilidad de la declaración de lo derechos y deberes de los usuarios. Estándar 2. Código: (AsDP2). NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL institucion realiza proyectos organización cuenta con un codigo d ódigo de ética v del buen gobierr participes tanto los funcionarios como los usuarios. Buen Gobierno del hospital articulados con el direccionamien ealizaran los talleres y reuniones programadas con l tica y un codigo de buen gobie articulados con el direccionamien tratégico liga de usuarios y junta directiva, se cumplirá con estrategico, se evalua su cumplimient El código de ética v un código del cronograma establecido de capacitaciones interna v se actualiza cuando es necesario. buen gobierno se desarrollo con para todos los empleados del Hospital, se designará u todos los integrantes del comité uncionario gestor de ética, que realice la inducción directivo de la institución reinducción del código de ética. La institución ha desarrollado La ESE implementará una estrategia de evaluación 1 3 1 3 3 3 3 3 3 2 3,2 strategias en las encuestas de sobre el conocimiento aplicabilidad que tienen los satisfacción de cada servicio, para funcionarios sobre los derechos y deberes de lo identificar el grado de conocimiento pacientes, diseñando indicadores que evidencier de los usuarios sobre sus derechos nuestro compromiso, igualmente para nuestros usuario deberes. implementaremos metodologías que nos permitan sabe el grado de satisfacción de estos sobre sus derechos y deberes en el hospital. Estándar 4. Código: (AsDP4) La En la formulación estratégica, Formular, crear e implementar modelos de contratos organización asegura que para todos los política de calidad y los principios que permitan garantizar que para todos los usuarios, Desarrollo Institucional 2016 - 2020, Plan o atiende, valores, así como en el modelo d ndependiente de las modalidades de contrato de venta Gestion Gerencial. independientemente de la modalidad de atención se tiene establecido la contratación de servicios, se cumplan de igua venta o conttratacion de los servicios, se prestación de servicios sin ningú anera los estándares de acreditación que apliquen no de discriminación os servicios prestados. mplen de igual manera lo tandares de adreditacion qu Modelos de contrato que garanticen los estándares o acreditación, modelos de verificación de los contrato apliquen a los servicios prestados. 3 3 3 27 2 3 3 3 3 3 3 3 2 3 2 2,8 con los estándares de acreditación, implement mediante capacitación participativa dichos modelos. La ESE evaluara periódicamente y en form narticinativa que dichos modelos de contratos esté cumpliendo con los estándares de acreditación va se por un modelo de verificación o por evaluación de lo contratos. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada	Politica de Seguridad del Paciente Implementada. capacitaciones.	La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar	Documentos de la Política de Seguridad del																I 7
La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de	Implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de	implementación de una política de calidad y garantizar su despliegue en toda la organización mediante una																	
Seguridad de pacientes y garantiza su		estructura funcional , implementación de estrategias																	
despliegue en toda la organización	de seguridad y otos	para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que																	
		incentive el reporte voluntario de eventos, identificación																	
		de riesgos asistenciales y la definición de barreras que		5	5	5	125	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
		lleven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias		3	3	3	123	3	-	-	-	-	4	-	٠	3	3	_	3,3
		de tendencias hacia la mejora y el desempeño																	
		superior.no todos los funcionarios estan a la par con																	
		esta politica, muchos la desconocen y quienes la																	
		conocen no la aplican																	
Estándar 6. Código: (AsSP2)	Proceso en plena implementacion	Desplegar la política de seguridad de pacientes en la	Documentos de la Politica de Seguridad del																
La política de seguridad de pacientes se	en e hospital EL PROGRAMA DE	generación y la medición de la cultura de seguridad	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de																
modición do la cultura do conuridad	HA MANEJADO DE MANERA	(incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que	v otos																
(que incluye la medición del clima de	SUPERFICIAL, DONDE SE DAN	defina las herramientas) y la conformación del comité	y 0.00																
seguridad), la implementación de un	PAUTAS DE MANEJO EN FORMA	de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de																	
programa de Seguridad (que defina las	DE SEGURA PARA EL PACIENTE,	un sistema de búsqueda de factores de riesgos y		5	5	5	125	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	3.4
herramientas) y la conformación del	PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLÍTICA COMO TAL	eventos adversos.la investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles.			·	•	120	•	-	-		-	•		_	•	•	_	•, .
comité de seguridad de pacientes.	POLITICA COMO TAL	Además La organización identificara si la actual																	
		atención es consecuencia de un evento adverso,																	
		independientemente de donde se haya prestado la																	
		atención precedente.																	
Estándar 7. Código: (AsSP3)	Proceso en plena implementacion	Implementar la totalidad de las recomendaciones que le	Documentos de la Politica de Seguridad del																
La organización implementa la totalidad	en e hospital EL PROGRAMA DE	sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de																l
de las recomendaciones que le sean	SEGURIDAD DEL PACIENTE SE	en seguridad del paciente en la atención en salud:	identificacion del paciente, rondas de seguridad																
aplicables de la Guía técnica de	MA MANEJADO DE MANERA	procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la	y otos																l
	DALITAS DE MANIETO EN EODMA	actuación de los profesionales e involuerar los																	
nrocesos institucionales seguros	DE SEGURA PARA EL PACIENTE,	pacientes y sus allegados en su seguridad.																	
procesos asistenciales seguros,	DONDE SE EDUCA AL PACIENTE			_	_	_	405	_			_	_		_	_	_		_	
prácticas que mejoren la actuación de	Y ACOMPANANTE SOBRE LOS			5	5	5	125	2	4	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3,0
los profesionales, e involucrar los	CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER DURANTE LA																		
pacientes y sus allegados en su seguridad.	HOSPITALIZACIONPARA EVITAR																		
seguridad.	EVENTOS ADVERSOS, PERO SIN																		
	SOCIALIZACION DE LA POLITICA																		
	SOCIALIZACION DE LA POLITICA																		
ACCESO	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL																		
Estándar 8. Código: (AsAC1)	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica	Garantizar el acceso de los usuarios, según las																	
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion		de etica y buen gobierno, reforma fisica del																
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO.	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Resgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional																
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	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO REALIZANDO CAMBIOS FISICOS	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Resgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de meioramiento. La oroanización	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional																
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 desarrolan acciones de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticen el	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional																
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	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO GUE AVIUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturates) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional																
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 desarrolan acciones de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidados y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, u	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional																
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 desarrolan acciones de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, acinistrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
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 desarrolan acciones de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBRIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENOISA HACE FALTA EN	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar policas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios desarrollar programas de evaluación de las barregarans de evaluación de las barregaransidos y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación confinua para el usuario y los empelados	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
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.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HAOCE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes pericularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y capacitación continua para el usuario y los empelados de la SES. Definir estrategias de medición de demanda	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS CUE AVIDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD SERVICIO DE HOSPITALIZACION V URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreas de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación confirma para el usuario y los empelados de la ESE. Definir estrategias de medición de demarda de la ESE. Definir estrategias de medición de demarda el acceso de la ESE. Definir estrategias de medición de demarda.	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS OUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HAOCE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes pericularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la SES. Definir estrategias de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de los usuarios, sogún las diferentes particularidades y	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los ousuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS OUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HAOCE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y be empelados de la ESE. Definir estrategias de medición de demanticativa de la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, así mismo evaluara las	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Cédigo: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garanitza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalútan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 9. Código: (AsAC2)	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
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 desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 9. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garanitza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 9. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garanitza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalútan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5		125	_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
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 desarrolan acciones de mejoramiento. 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	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de etica y buen gobierno, reforma fisica del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades evaluaria has barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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 evaluain als barreras del acceso. Se evaluain als barreras del acceso. Se evaluain als barreras del acceso. Se edesarrollan acciones de mejoramiento.	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILOS PACIENTES CON MOVILORA REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARRANDAS DE SEGURIDAD MOVILIZACION, MEJORAR EN MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la ESE. Defini estrategias de medición de demanda insatifischa la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización dela miplementar políticas, normas guias que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de caceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y los empelados de la SED. Definir estrategias de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las ESE adferentes particularidades y características de los usuarios, así mismo evaluar las barreras de acceso que tiene el usuaria y según estas desarrollara planes de mejoramiento.	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garaniza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 9. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención del ruisa de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que lega a	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, agográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar politicas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes perícularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y bos empelados de la SES. Edirin estrategia de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de tos usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas desarrollara planes de mejoramiento.	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades evacaretristicas de usuarios. Se evaluan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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 evaluan las barreras del acceso Se evaluan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que lega a la organización hasía su ejereso, en sus	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticación debe particularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación confinua para el usuario y los empelados de la SES. Definir estrategias de medición de demanda insatisficha la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, así mismo evaluara las barreras de acceso que tene el usuaria y según estas desarrollara planes de mejoramiento	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garaniza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 9. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención del rasidad y de ruías de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que lega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Resgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar politicas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes perícularidades y características de los usuario, desarrolar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrolar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y bos empelados de la SES. Edirin estrategia de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de tos usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas desarrollara planes de mejoramiento.	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"			NO APLICA	A NUESTRO HO	ISPITAL											
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de usuarios. Se evaluan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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 evaluan las barreras del acceso. Se evaluan las barreras del acceso se desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que lega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto darministrativo y asistencial; es conocido darministrativo y asistencia; es conocido	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guias que garanticade el acceso de los usuarios, según las diferentes pericularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación contínua para el usuario y los empelados de la SES. Defini estrategias de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particulariades y características de los usuarios, según las diferentes particulariades y características de los usuarios, según las diferentes particulariades y características de los usuarios, según las diferentes particulariades y características de los usuarios, según las diferentes particulariades y características de los usuarios, según estas desarrollara planes de mejoramiento el usuario desde que loga a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo de la estanción del usuario desde que loga a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativa que leven al conocimiento y administrativo de lo organización; y a la sistencial x dendiristrativo de organización; y a la disciencia x dendiristrativo de organización; y a la	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"	5	5			_	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso de susuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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 desarrolan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarización el cíclo de atención del usuario desde que lega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido dor todo el personal asistencial;	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Resgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar politicas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes perícularidades y características de los usuario, desarrolar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrolar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y bos empelados de la SES. Edirin estrategia de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizara el accesos de tos usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas desarrollara planes de mejoramiento.	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"			NO APLICA	A NUESTRO HO	ISPITAL											
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan ción de la composición de la composición de la composición de la composición 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 verifica de conocimiento y se verifica de conocimientos y se verifica de conocimientos de organización; se verifica de conocimientos de organización; se verifica de conocimientos de conocimientos de conocimientos de conocimientos de verifica de conocimientos de conocimientos de verifica de conocimientos de conocimientos de conocimientos de verifica de conocimientos de cono	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Resgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar politicas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes perícularidades y características de los usuario, desarrolar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrolar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y bos empelados de la SES. Edirin estrategia de medición de demanda insatisfocha la ESE garantizara el accesos de tos usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas desarrollar aplanes de mejoramiento.	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"			NO APLICA	A NUESTRO HO	ISPITAL											
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y caracteristicas de susuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrolan acciones de mejoramiento. 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. Se evalúan las barreras del acceso. Se evalúan acciones de mejoramiento. Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que lega a la la organización hasía su egreso, en sus diferentes momentos de contacto por todo el personal asistencial y administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se	SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL Modelo de Atencion, reforma fisica del hospital, cultura de atencion generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO. REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS ESTADIOTOS. CON MOVILIDAD REDIUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URCENCIAS HACE FALTA EL LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrolar acciones de mejoramiento. La organización dela entre de acceso de los usuarios, según las diferentes pericularidades y características de los usuario, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación contínua para el usuario y los empelados de la SES. Definir estrategia de medición de demanda insatisfacha la ESE garantizara el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, según estas desarrollar planes de mejoramiento Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que loga a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y assistencia; Reatizar actividades participativas que leven al conocimiento y despiración participativas que leven al conocimiento y den individual de programa diferentes momentos de contacto administrativo y assistencia; Reatizar actividades participativas que leven al conocimiento y den individual de programa de conocimiento este por parte de ellos así un como la implementación de acciones frente a las como la implementación de acciones frente a las	de elica y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Instilucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditacion en Satud"			NO APLICA	A NUESTRO HO	ISPITAL											

Estándar 11. Código: (AsAC4)	En el momento de la asignación de	Documentar la manera como se garantiza el derecho	Asignación de citas por XENCO. Asignación por																
		del usuario a solicitar la atención con el profesional de	cuadro de turno y sistematizado del el recurso																
organización garantiza el derecho del	escoger al médico tratante	la salud de su preferencia.	humano. Planillas de asignación de citas																
usuario a solicitar la atención con el																			
profesional de la salud de su						_		_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
preferencia que se encuentre entre las				1	1	1	1	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2,4
opciones ofertadas por la institución																			-
prestadora. Cuenta con un sistema que																			
permite verificar la disponibilidad de																			
dicho profesional y la oportunidad de su																			
atención																			
Estándar 12. Código: (AsAC5)	La organización programa la	Cumplir a cabalidad el cuadro de turnos, evitar cambios	Programación de cuadro de turnos, sistema de																
La organización programa la atención	atención de acuerdo con los	en la programacion y mantener el recurso humano	asignación de citas																
de acuerdo con los tiempos de los	tiempos de los profesionales	suficiente para evitar sobrecarga laboral en los																	
profesionales y, para respetar el tiempo	teniendo en cuenta el tiempo que se	medicos.																	
de los usuarios, realiza la programación	requiera para la realización de cada																		
teniendo en cuenta el tiempo que se	uno de los procesos de atención;																		
requiera para la realización de cada uno	teniendo en cuenta la capacidad																		
de los procesos de atención; esto lo	instalada, el análisis de demanda																		
hace teniendo en cuenta la capacidad	por servicios y ios procesos de			-		_	45	_				•	_	_		•	_	_	
				5	3	3	45	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
servicios y los procesos de atención;	para verificar su Se toman																		
instalada, el analisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa	correctivos frente a las desviaciones																		
cumplimiento en el marco de criterios de	de mejoramiento irente a ias																		
calidad. Se toman correctivos frente a	desviaciones encontradas,																		
las desviaciones encontradas.																			
1					Ī									l					Ī
5 ./																			
Estándar 13. Código: (AsAC6)	La institución tiene definidos los				Ī						1		1	l	I				Ī
La organización define los indicadores	indicadores de oportunidad para los	indicadores y hacer participes a los responsables en el	tecnicas. Planes de mejoramiento																
y estándares de oportunidad para los	servicios, realiza el seguimiento y	seguimiento y formulación de los planes de mejora													I J		l J		
servicios ambulatorios y de respuesta	rormula los planes de mejora														I J		l J		
hospitalaria con los que cuenta y se	cuando se encuentran diferencias			_	I .	_			!								!		
encuentran dentro de o supera los	entre la calidad observada y la			5	3	5	75	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3,7
umbrales definidos en el Sistema de	esperada																		-
Información para la Calidad.																			
Estándar 14. Código: (AsAC7)	La institución cuenta con diferentes	Fortalecer los mecanismos de interacción con los	Portafolio de servicios. Página Web. Carteleras y																
La organización garantiza la		usuarios, mejorar la conectividad a través de medios	plegables, oficina del SIAU, voz a voz y demas.																
información al usuario sobre los	usuarios su portafolio de servicios y	electrónicos, página web interactiva y medios de																	
servicios que presta. En los casos en	la forma en cómo se puede acceder	comunicación																	
los cuales el usuario no tiene derecho, la	a ellos																		
información debe ser explícita en				1	3	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,4
relación con la forma para acceder a la							-	_											,
prestación de tales servicios no																			
cubiertos.																			
Estándar 15. Código: (AsAC8)	La ESE tiene estandarizado el	Socializar los mecanismos de asignacion de citas con	Cuadro de turnos de medicos y odontologos.																
Se tiene estandarizada la asignación	proceso de asignación de citas y	la comunidad en general.	, ,																
de citas y autorización de las mismas a	admisión del usuario	*																	
los usuarios que requieran de sus				3	1 1	1	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3,2
servicios.						•	J	•	-			-			I ~	•	Ŭ	_	0,2
REGISTRO E INGRESO.		-			-														
	I - FOE # : ! : : :	Detained of comments do 1.7.	Decrees de standiés con la 17 1 1 1																
	La ESE tiene estandarizado el	Mejorar el componente de información al usuario sobre	Proceso de atención y asignación de citas.																
Está estandarizado el proceso de	proceso de asignación de citas y	el proceso de atención, requisitos, costos y demás.			Ī						1		1	l	I				Ī
asignación de citas, registro, admisión	AUTHISION DE DE LIZACE	Desarrollar actividades para verificar el cumplimiento de			Ī									l					Ī
y preparación del usuario, mediante el	DROCESO DEDO NO TENESCO	lo estandarizado y formular planes de mejora cuando																	
que se le orienta sobre qué debe hacer	PROCESU, PERU NU IENEMOS	sean perunentes		-			405	_	_	_	_	_	_	_		_		_	
durante la atención. Se evalúa su	SOCIALIZADO EL PROCESO	1		5	5	5	125	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
cumplimiento y se desarrollan acciones	CONO IAL				Ī						1		1	l	I				
de mejora cuando es necesario.					Ī						1		1	l	I				Ī
					Ī						1		1	l	I				Ī
Estándar 17. Código: (AsREG2)	Proceso en tramite de formulacion				Ī									l					Ī
Se tiene estandarizada la información	para comenzar con su despliegue	momento de ingreso al servicio.	de hospitalizacion.		Ī									l					Ī
	en el hospital.	Garantizar un proceso para proveer información al		3	1	3	9	2	4	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2,8
al servicio del usuario y su familia		usuario y su familia en lo relacionado con sus		9	I '		,	_	, T	, i	٠	٠	٠	"		J		-	2,0
		necesidades de su atención o preocupación por los																	
		niveles de calidad provistos.																	
Estándar 18. Código: (AsREG3)	Se han elaborado guías de																		
En los servicios asistenciales se cuenta		requiere la institución evaluar la vigencia y actualización			Ī									l					Ī
con las guías y los protocolos, con	desactualizadas SE DEBEN	de las guías Actualizar las obsoletas y elaborar las			Ī									l					Ī
critorine evolícitos en los que se	REALIZAR RETROALIMENTACION	nuevas que sean requeridas Realizar la socialización de			Ī									l					Ī
establecen las necesidades de	CONTINUAS DE ESTAS GUIAS Y	las guías realizar auditorías para verificar la adherencia		_	I .				_	_	_	-	_	_		-	_	-	
preparación previa del paciente para la	CENTRALIZAR LA INFORMACION	a las guías formular acciones correctivas cuando no se		5	5	5	125	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
realización de cualquier intervención.	DONDE TODO EL PERSONAL			_	I -	1		_						Ī	I .				l ′
	SEPAY ACCEDA A DICHA				Ī						1		1	l	I				Ī
	INFORMACION																l J		
																	l J		
EVALUACION DE NECESIDADE	S AL INGRESO.																		

Estándar 19. Código: (AsEV1) La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	NO EXISTEN	Definir las estrategias para determinar cuáles son las necesidades de información de los usuarios. Definir una estrategia para hacer participe al usuario y du familla del proceso de atención mediante e conocimiento de su enfermedad, plan de manejo, nesgos y complicaciones y prondesto. dejar la evidencia de que estas necesidades de información son valoradas adecuadamente por e equipo de salud.	con los usuarios.	1	3	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presis, garantiza que equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se idenfician y evalidad 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.	Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente	Desarrollar estrategias de atención integral de los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Evaluar el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y medir la acherencia de los usuarios y los resultados en salud. las actividades de PyP en la Institución son precupantes, y a que la puerta para cumplir con estas es la atención y conocimiento del personal medico y lamentablemente desconocen totalmente la guia que orienta a cumplimiento de dichas actividades.	Informes de los programas de P y P.	3	1	3	9	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
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.	Se aplican las guías de atención en lo relacionado con el aistamiento	Garantizar el respeto a la dignidad del paciente en caso de requerir aislamiento. Actualizar las guias de atenciór en lo relacionado con el aislamiento. Activar y garantizar la operación del colte de infecciones intrahospitalarias. Diseñar campañas educativas para la familia y acompañantes de pacientes que requierer aislamiento.) 	5	1	3	15	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3,1
PLANEACION DE LA ATENCIO																			
Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupo poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgoe en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	en salud son planificadas de acuerdo al riesgo de la población asignada	atención en salud con enfoque de riesgo, priorizando la atención de riesgos críticos, medir el impacto y establecer correctivos a que haya lugar.	estrategia APS Renovada	1	3	3	9	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
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 seguirimento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta	Existen guías de atención pero están desactualizadas	Actualizar las guias de atención con la mejor evidencio posible, definir la medodolgía mediante la cual la institución adopta o formular guias si no está er capacidad de elaborarías. Definir la forma de evaluar la adherencia y la periodicidad de las auditorias	causas de consulta medica.	5	3	3	45	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3,0
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.		Realizar campañas masivas de educación e información a los usuarios, en el momento mismo de la atención odontológica y a grupos poblacionales.	Programas de P y P	3	3	1	9	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
servicios adontalógicos 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.	atención de odontología y estas se aplican en la práctica cotidiana.	Establecer mecanismos de auditoria para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología		5	5	3	75	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	adecuadamente, con responsable del servicio, procesos documentados y area específica para la prestacion del servicio.	Definir el mecanismo para generar alertas frente a resultados críticos		5	3	3	45	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
Estándar 27. Código: (ASPL6) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio cilicitos implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los citicioses.	la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los	Definir los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de eximense y los procedimientos y las decisiones clínicas. Definir los mecanismos para generar alertas frente a resultados críticos	Guías de laboratorio manual de procesos	5	3	1	15	3	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2,9

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 intenenciones	NO EXISTEN	Estandarizar los puntos clave del cuidado y estatamiento, idenficar el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. Definir y documentar la Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido	NO EXISTEN	5	3	3	45	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,3
Estándar 29. Código: (ASPL8) La organización planea, desplega 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 atlende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población susaría.	Se tiene en fruncimiento los programas de P y P.	Establecer y estandarizar procesos de seguimiente para verificar los resultados de los Programas de P y P formular correctivos cuando haya lugar a elfo.	Manual de P y P. Normas Tecnicas. Informés de actividades.	5	3	3	45	3	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	3,3
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 desarrolar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	Implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad y otos	Mejorar el proceso de comunicación con los pacientes y realizar seguirriento a las condiciones de salud de los pacientes atendidos.	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otos	5	3	1	15	2	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2,9
consentimiento informado. Al momento de solicitar el consenimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficion de los procedimientos planeados y los de los procedimientos planeados y los del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	cumplimiento en la realización de consentimiento informado para procesos asistenciales que lo requieran.	Mejorar el proceso de implementación de consentimiento informado por todos los servidores publicos asistenciales del hospital cuando aplique, concientizar al personal medico de la importancia de sete documento, y que debe estar totalmente dilegenciado al momento de terminar la consulta, esta no debe completarse en los servicios que requieran el documento para realizar el procedimiento.		5	3	1	15	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,0
atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como	política de calidad que se enfocan al respeto de la dignidad humana, como eje trazador del Manual de	Establecer los mecanismos para garantizar e despilegue de la política y su cabal aplicación a despilegue de la política y su cabal aplicación a proceso de atención, en el se respeten aspectos como usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus imputetudes en condiciones de privacidad. La privacidad es respetada mientras e usuario se baña, se desenuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación). Se setuda, previene e interviene toda forma de discriminación. Confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración a traensifiri fiormación doloros apara el paciente y sus familiares Tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas		3	3	3	27	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6
Estándar 33. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	se cuenta con la guías de atención en las que se incluye el manejo y asesoria farmacológica		Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	1	15	2	4	4	3	3	3	3	2	2	3	2	2,9
Estándar 34. Código: (AsPL13) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento, lo anterior se acomparia de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritica, si su patología o condición clínica lo ameritan.	en la mejor evidencia plasmada en las guías y la investigación diagnóstica hace parte de las actividades profesionales	Definir y aplicar regias que condicionan cómo sor solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo sor torradas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados. garantizar la seguridad en la atención, que los resultados están acompañados de una interpretación, en leta legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados.		5	3	5	75	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0

Estándar 35. Código: (AsPL14)	El proceso de laboratorio clínico se	Actualizar al personal que transporta muestra en	Guías clínicas y manuales.																
El laboratorio clínico, cuando la	encuentra estandarizado y la	a aspectos técnicos pertinentes.																	
organización realice la toma de	remisión de muestras se realiza	Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado																	
muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o	cumpliendo con las normas tecnicas	Establecer planes de mejoramiento cuando sea																	
interinstitucional, debe contar con		perunente.																	
procesos basados en buenas																			
prácticas, que garanticen la				5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2,9
seguridad, la conservación, la				3	3	3	75	2	4	4	3	3	3	3	3				2,9
calidad, la confiabilidad y la																			
confidencialidad de las mismas de																			
acuerdo con la condición clínica del																			
usuario.																			
Estándar 36. Código: (AsPL15)	El proceso de laboratorio clínico se	Actualizar la estandarización del proceso de laboratorio	Guías clínicas y manuales																
La organización garantiza que en el	encuentra estandarizado y la	clínico.	, and the second																
laboratorio clínico, patología e	remisión de muestras se realiza	Estandarizar el proceso de solicitud de pruebas de																	
imagenología se asignan y conocen	cumpliendo con las normas técnicas	alaboratorio y Rayos x, llevando registro de las que no																	
los responsables de los procesos y		cumplan con lo criterios establecidos.																	
se cuenta con protocolos que definen		Establecer mecanismos para garantizar la		_			_	_					•	_	•	_	_	_	
criterios explícitos		correspondencia entre las muestras o los resultados		5	1	1	5	2	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
		con la identidad del usuario.																	
		Realizar gestión de riesgos y eventos adversos en																	
		imagenología y laboratorio, así como la gestión de los eventos adversos.																	
1	ĺ	Realizar seguimiento a los indicadores de calidad en los procesos de ayudas diagnosticas.	1		Ī														
Estándar 37. Código: (AsPL16)	El proceso de laboratorio clínico e	Definir e implementar un mecanismo para la garantía de	Facturacion en XENCO ADVANCED entrena		i				1										
La organización cuenta con	imagenología se encuentrar	la confidencialidad de los resultados y de la información	personal de los resultados de avudas																
mecanismos estandarizados de	estandarizados.	relacionada con las ayudas diagnosticas. Implementar			Ī														
reporte y entrega de resultados de	1	un Proceso de almacenamiento y conservación de			Ī														
ayudas diagnósticas (laboratorio clínico,	ĺ	reporte original, aun cuando los resultados escritos			Ī														l
patología, imágenes) que garanticen la		sean una trascripción o grabación y esta no sea		5	1	5	25	2	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,8
confiabilidad v la confidencialidad en el		realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes.		•				_	-	•		•	•	•	•	_	_	_	_,0
manejo de la información.		Realizar asesoría permanente a los profesionales que lo																	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		requieran para la correcta interpretación de los																	
		resultados.																	
Estándar 38. Código: (AsPL17)	Se cumple con los programas de	A partir de los resultados de los controles de calidad	El laboratorio cuenta con un programa de control																
		definir planes de intervención cuando sean requeridos.	de calidad interno y externo.	-			-	•	-		4	4	_	4	_	_	_	_	2.0
de control de calidad interno y externo	laboratorio			5	1	1 1	5	2	5	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3,6
reconocido y probado.																			
	So questo con una Balitica de	Actualizar los quios do atanción a elaborar los que as	Documento con la Bolitica de Comunidad del																
Estándar 39. Código: (AsPL18)	Se cuenta con una Politica de	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no	Documento con la Politica de Seguridad del																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos	Seguridad del Paciente que le	e existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos	e existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y s eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e l antibióticos. Actualizar y socializar la guía para e	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e l antibiólicos. Actualizar y socializar la guía para e aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad,	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2.8
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	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y seventos adversos. Establecer una guía para el manejo e antibióticos. Actualizar y socializar la guía para e aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e l'antibióticos. Actualizar y socializar la guía para e aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los descripciones y los estableces y los estable	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
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	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y seventos adversos. Establecer una guía para el manejo e antibióticos. Actualizar y socializar la guía para e aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
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	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias ventros adversos. Establecer una guía para el marejo e antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el asistamiento hospitalario y las guías de Bioseguiridad, aseo y desirrección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de estertización, aseo, lavandería hospitalaria.	Documento con la Politica de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con proceso estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guias o protocolos	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias ventros adversos. Establecer una guía para el marejo e antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el asistamiento hospitalario y las guías de Bioseguiridad, aseo y desirrección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de estertización, aseo, lavandería hospitalaria.	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
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 EJECUCION DEL TRATAMIEN	Seguridad del Paciente que la quunta a evtant los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y centros adversos. Establecer una guía para el manejo e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el asisamiento hospitalario y las guías de Bloseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de estentización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1)	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud.	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias sementos adversos. Establecer una guía para el menejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el medi- alsialmiento hospitalario y las guías de Bioseguriad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos adanción del usuario. Los procesos son basados en guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estáte un plan de cuidado y	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es jejecutado por un equipo	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias sementos adversos. Establecer una guía para el menejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el medi- alsialmiento hospitalario y las guías de Bioseguriad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandañzado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del tousurio. Los procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera	Seguridad del Paciente que le apunta a evtan los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es jecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias sementos adversos. Establecer una guía para el menejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el medi- alsialmiento hospitalario y las guías de Bioseguriad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
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 guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Esiste un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera presental es aplisis de riseno, y las riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de aplicans de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de riterans de aplisis de riterans de riterans de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de riterans de aplisis de riterans de aplisis de riterans de	Seguridad del Paciente que le apunta a evatu los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y con capacidad técnica y	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias sementos adversos. Establecer una guía para el menejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el medi- alsialmiento hospitalario y las guías de Bioseguriad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandañzado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del tousurio. Los procesos son basados en guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpor de manera integral el análisis de riesgo y las encesidades del paciente y su familia	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias sementos adversos. Establecer una guía para el menejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el medi- alsialmiento hospitalario y las guías de Bioseguriad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con processo estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN 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 procesos de acestrado acestración del contractor de c	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenad y con capacidad técnica y con capacidad terinaca científica con suficiencia de censonal para ejecutar el tratamiento enersonal para ejecuta	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias eventos adversos. Establecer una guia para el manejo e antibióricos. Actualizar y socializar la guía para el asistamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirriección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida:	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el asistemiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con processo estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN 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 procesos de acestrado acestración del contractor de c	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipi interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad ternica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se pormueve y evalúa el ofrecida. Se pormueve y evalúa el oriceda.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el asistemiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promuseve y estalia e de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promuseve y estalia e trabajo en equipo y la interacción	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el asistemiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el asistemiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promuseve y estalia e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que le profesional tratante Garantiza que por pofesional tratante Garantiza que el profesional tratante Garantiza que le profesional tratante Garantiza que el profesional de Garantiza que el pro	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el asistemiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento de responsables de tratamiento	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariar seventos adversos. Establecer una guía para el marie o la articular y socializar la guía para el maciona salsamiento hospitalario y las guías de Bioseguíada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento. Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (ASPL18) La organización cuenta con procesos estandalizado 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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisias de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdiscipliranto de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad de cregonadad de rieda de la interacción de cregonadad de rieda de la interacción de cregonadad de rieda de de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a de de provee información básica de de de de provee información básica de	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariar seventos adversos. Establecer una guía para el marie o la articular y socializar la guía para el maciona salsamiento hospitalario y las guías de Bioseguíada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento. Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
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 tusuario. Los procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisia de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de quipo interfácipinario requerido para	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de senvicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promuseve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su famila com resultado	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariar seventos adversos. Establecer una guía para el marie o la articular y socializar la guía para el maciona salsamiento hospitalario y las guías de Bioseguíada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento. Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso sen atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN 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 de equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipc interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratario Garantiza que el profesional trataci usuario y su familia como resultado de su atención.	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariar el elemento adversos. Establecer una guía para el marie po el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el macione adistinente hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento. Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantiza a prevención y el control de las infecciones durante el proceso se atención del teusario. Los procesos son basados en guias o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de culadad 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. Estándar 41. Código: (AsEJ2)	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la:	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el estabilidad aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Cádigo: (asEJ1) Enecesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipc interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad ternica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida ofrecida. Se promueve y evalua e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional trataci usuario y su familia como resultado de su ausuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación o enformación pertinente educación en en en en en en en en en en en en en en e	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariars) e semois adversos. Establecer una guía para el marie o el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el maciada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario.	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Cádigo: (asEJ1) Enecesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. TO Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipc interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad ternica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida ofrecida. Se promueve y evalua e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional trataci usuario y su familia como resultado de su ausuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación o enformación pertinente educación en en en en en en en en en en en en en en e	osistan reactivar el comité de infecciones hospitalariars) e semois adversos. Establecer una guía para el marie o el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el maciada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario.	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Cádigo: (asEJ1) Enecesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida de responsables de tratamiento de acuerdo con la complejida de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante forecida. Se promueve y evaluía el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante que su se provee información básica usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la enformación perfinente sobre el proceso natural de le enformación per de le sato actual de le enformación per de le sato actual de le enformación per de le proceso natural de	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCIÓN DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidac ofrecida. Se promueve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia como resultado de su atención.	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.																
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCIÓN DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejida ofrecida. Se pormueve y evalua el trabaja en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante rovee información básica usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben le educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. El esquema terapéutico y los medicamentos que se los los medicamentos que los medicamentos que los los los los los los los los los los medicamentos que los	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCIÓN DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promueve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la prescriben, resultados de los del prescriben, resultados de los del prescriben el enternedad y el estado actual de la enfermedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la enfermedad y el estado act	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCIÓN DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinanto de salud entrenado y con capacidad técnica y con capacidad técnica y con capacidad técnica de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofercida. Se pormueve y evalua en trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratario de su estancia que el profesional tratario de su susurio y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben le educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. El esquema terapéutico y os medicamentos que es prescriben, resultados de los medicamentos que es prescriben, resultados de los precedimentos o los procedimientos	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 40. Código: (AsEJ1) Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario, y su familia reciben la	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeida ofrecida. Se promueve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la prescriben, resultados de los del prescriben, resultados de los del prescriben el enternedad y el estado actual de la enfermedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la presente el enternedad y el estado actual de la enfermedad y el estado act	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias e sentres adversos. Establecer una guía para el marie po e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masione el antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el masiamiento hospitalario y las guías de Bioseguida aseo y desirfección. Establecer mecanismos y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace enfasts en las información que se edebe trindar a usuario la Enfaste en la sinformación que se edebe trindar a usuario en las información que se edebe trindar au usuario en las información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindar au fusuario en las información que se edebe trindar au fusuario en la información que se edebe trindar au fusuario que se edebe trindario que se edebe trindar au fusuario que se edebe el esta de fusuari	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garanizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpor de manera integral el análitis de riesgo y las encesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para la fin. Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidac ofrecida. Se promueve y evalúa e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben le educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la e	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y enentos adversos. Establecer una guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibiócios. Actualizar y socializar la guía para el mada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace efiatas en la información que s se debe brindar al usuario y su familia.	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con proceso estandarizado que garanizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN 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. Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son	Seguridad del Paciente que la quenta evatura los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben le educación e información perfinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el made poe antibiódicos. Actualizar y socializar la guía para el establecidos y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de estertización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace énfasis en la información que s se debe brindar al usuario y su familia. Establecer un sistema periódico de evaluación interna sistemática de una muestra de historias clínicas sistemática de una muestra de historias clínicas sistemática de una muestra de historias clínicas	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente. Historia clínica. Guías de atención.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpor de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin. Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de	Seguridad del Paciente que la que la aquinta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de senvicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeio de con el compeio de acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e de acuerdo con la compeio de acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e acuerdo se información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la enfermedad	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y enentos adversos. Establecer una guía para el manejo e antibidécos. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibidécos. Actualizar y socializar la guía para el mada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace efinass en la información que s se debe brindar al usuario y su familia. Establecer un sistema periódico de evaluación interne sistemática de una muestra de historias clínicas metalzada por parse para efectos de monitorización y internacion evaluar e de la social de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular de la social de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular del para esta de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular del para esta del para ental del para entre ental del para ental del	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente. Historia clínica. Guías de atención.	5	3	5	75	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
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 EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpor de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin. Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándarers de	Seguridad del Paciente que la apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y con capacidad técnica y centre de acuerdo con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofercida. Se promueve y evalua e trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento Garantiza que el profesional tratante provee información básica a usuario y su familia como resultado de su atención y su familia reciben le educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enferrendad y el estado actual do la misma. El esquemento para el considerados de los misma. El esquemento que y especialmento que el estado actual do la misma. El esquemento resultados de los medicacións en considerados de los misma. El esquemento que se prescriben, resultados de los misma. El esquemento que se prescriben, resultados de los mismas el caludados de los procedimientos diagnósticos. Se cuenta con guias de atención por servicios se realiza seguirriente a los indicadores de calidad y se toman correctivos cuando así ses	esistan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una giúa para el manejo e antibidiscos. Actualizar y socializar la guía para el mada de asea y desirfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esteritización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace értasis en la información que se debe brindar al usuario y su familia. Establecer un sistema periódico de evaluación interne sistemática de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías mejoramiento de las quías mejoramiento de las quías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mejoramientos de las procesos de atención o las guías mententes de las procesos de atención o las guías mententes de las procesos de atención o las guías de las procesos de actención o las guías de las procesos de actención o las guías de las procesos de catención o las guías de las procesos de actención o las guías de las procesos de actención o las guías de las procesos de actención o las guías de las delegas de actención o las guías de las procesos de las delegas de actención o las guías delegas delegas de las delegas de actención o las guías delegas	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente. Historia clínica. Guías de atención.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con proceso estandarizado que garanizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos EJECUCION DEL TRATAMIEN Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las encesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación de equipo interdisciplinario requerido para tal fin. Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándarers de	Seguridad del Paciente que la que la aquinta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de senvicio de salud. Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la compeio de con el compeio de acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e de acuerdo con la compeio de acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e acuerdo con la compeio de ofrecida. Se promueve y evalúa e acuerdo se información básica a usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia como resultado de su atención. El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la enfermedad	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y enentos adversos. Establecer una guía para el manejo e antibidécos. Actualizar y socializar la guía para el manejo el antibidécos. Actualizar y socializar la guía para el mada aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterifización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan Establecer mecanismos de verificación para evaluar e cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace efinass en la información que s se debe brindar al usuario y su familia. Establecer un sistema periódico de evaluación interne sistemática de una muestra de historias clínicas metalzada por parse para efectos de monitorización y internacion evaluar e de la social de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular de la social de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular del para esta de la debida de una muestra de historias clínicas entalzada por parse para efectos de monitorización y calcular del para esta del para ental del para entre ental del para ental del	Paciente. Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente. Historia clínica. Guías de atención.	5	3	5	75	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0

Estándar 43. Código: (AsEJ4)	Estandarización de los procesos de																		
La organización tiene estandarizado	atención y guías basadas en	de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia	de atencion a victimas de abuso sexual y maltrato												I	I			1
	evidencia científica	intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje	familiar.																
identificación de víctimas de maltrato		y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades																	
infantil, abuso sexual o violencia		pertinentes. Establecer y capacitar en la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad																	
intrafamiliar. Define y adopta criterios		cadena de custodia establecida por la autoridad competente, incluyendo la seguridad y conservación de		5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
para su abordaje y manejo inicial,		pruebas legales. Capacitar a los funcionarios para que		J	l '	3	23	_		-	_			,	l J	I -	_		3,0
notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería		estén en capacidad de detectar los casos de maltrato																	
psicológica y espiritual (atendiendo sus		infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.																	
creencias religiosas).																			
,																			
Estándor 44 Cádigo: (AsE IF)	NO EXISTEN	Establecer mecanismos para garantizar que durante la	NO EVISTEN			—				—	—				 	 	—		
Estándar 44. Código: (AsEJ5) La organización tiene procesos	NO EXISTEN	ejecución del tratamiento se le informe al usuario que	NO EXISTEN																
estandarizados para garantizar que		tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una																	
durante la ejecución del tratamiento el		segunda opinión calificada de su condición médica.																	
usuario tiene el derecho, si así lo solicita		Establecer mecanismos para que durante el tratamiento	ı l												I	I			Ī
o requiere, a una segunda opinión		incluya estrategias de humanización de la atención.		3	1	1	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,4
calificada de su condición médica.				•			"	-	-	Ŭ			_	_	ı -	ı ~	_		- ,-
Este derecho debe ser informado a																			
través de cualquier mecanismo con que																			
cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.																			
Estándar 45. Código: (AsEJ6)	Programas de P y p funcionando de																		
	acuerdo a la normatividad vigente	imparte educación a los usuarios (incluyendo																	
estandarizadas de educación en		indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema																	
salud a los usuarios, las cuales		proactivo de mercadeo o información a los potenciales		3	3	3	27	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3
responden a las necesidades de la		usuarios. Definir los parámetros que serán utilizados para definir las necesidades de educación en salud e	1	3	ა	ა	27	2	4	4	4	3	3	ა	l ³	I -			٥
población objeto.		para definir las necesidades de educación en salud e incluirlas en el contenido de las guías de atención.	1																
		and a second residuo de las guias de diención.																	
EVALUACION DE LA ATENCION	N																		
Estándar 46. Código: (AsEV1)	Recurso Humano preparado en la	Fortalecer el proceso de seguimiento a las condiciones	Historia Clinica correctamente diligenciada																
La organización garantiza que revisa	atencion de los servicios de salud.	de los pacientes atendidos en el hospital.																	
el plan individual de atención y sus	los cuales son consignados en la																		
historia clínica y los registros	seguimiento a la evolucion de la condicion clinica del paciente.			_			!	_	_		_		_	_	l _	I _	_		
asistenciales de una forma sistemática y periódica. lo cual permite calificar la	condicion cimica dei paciente.			5	3	3	45	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6
efectividad, la seguridad, la oportunidad																			
y la validez de la atención a través de la																			
información consignada y ajustar y																			
mejorar los procesos.																			
Ecténdos 47 Cédigo: (AcEVO)	Co roolizo do uno mo	Estandarizar un procesa que gerenties -1it	Decuments Manual del SIAII bires de												1				
		Estandarizar un proceso que garantice el monitoreo sistemático y periódico de los comentarios de los																	
estandarizado que monitorias	sugerencias, queja v reclamos de	usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes	atencion al usuario, encuestas de satisfacion																
sistemática y periódicamente los	los usuarios. Se encuentra	personales, felicitaciones, quejas y reclamos.																	
comentarios de los usuarios	reglamentado y opera el comité de	Definir un mecanismo para responder en forma																	
	ética hospitalaria	oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la	ı l																
solicitudes personales, felicitaciones,		institución sobre el comportamiento o tendencia de																	
quejas y reclamos de los usuarios y		proceso.		3	3	3	27	2	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	3,5
cuenta con un mecanismo para			l l	-	1	1 -		_		I .		_	1		l -	I -		1 - 1	- ,-
responder en forma oportuna y efectiva																			
y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o																			
institución sobre el comportamiento o tendencía del proceso y la intervención																			
implementada para su meioramiento.																			
ропольное рего за појоганионо.			1																
Fatir day 40 Odd (4 Fig.	NO EVICTEN	Estandarizar al proposa doti-d	NO EVICTEN No so si suite el escente de								_						_		
Estándar 48. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una	NO EXISTEN	Estandarizar el proceso de consultadores crónicos, que incluya una definición interna de lo que constituye ser																	
La organización cuenta con una definición interna de lo que constituve		un consultador crónico de un determinado servicio, e																	
ser un consultador crónico de un		incluya procesos establecidos para cuantificar y	argorno.												I	I			Ī
determinado servicio, y tiene procesos		generar acciones encaminadas a evaluar y controlar ta	l l																
establecidos ara cuantificar y generar		situación.		1	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
accionesencaminadas a evaluar y		Garantizar que el personal asistencial conozca la		'	' '	3	3	1					_		l '	I '	'	' '	1,0
controlar tal situación.		definición y el proceso de consultadores crónicos.																	
		Establecer mecanismos para verificar que el persona																	
		que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.	1																
		uenniuo por la organizacion.																	
Estándar 49. Código: (AsEV4)	Se cuenta con proceso	Garantizar que se desarrollen en forma sistemática y	Proceso estandarizado							i					i e	i			
La organización que presta servicios de	estandarizado y se realiza	permanente mecanismos de evaluación de la efectividad																	
odontología garantiza que se desarrollen	seguimiento mediante indicadores	y la continuidad del proceso de odontología. Establecer	1																
en forma sistemática y permanente	de calidad	mecanismos de auditoría para medir la adherencia a		-	١ .	_		•		_	_		_		١ .		_	!	
mecanismos de evaluación de la		plan de tratamiento y ampliar los indicadores mas allá		5	3	3	45	2	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,7
efectividad y la continuidad del		de los obligatorios.																	
proceso de atención al paciente en																			
salud oral			1																
SALIDA Y SEGUIMIENTO		=	<u> </u>		-						_		_	_	-		_		

Estándar 50. Código: (AsSAL1)	NO EXISTEN	Estandarizar el proceso para el egreso de los	NO EXISTEN																
La organización cuenta con un proceso		pacientes, que garantice al usuario y su familia la																	
estandarizado para el egreso de los	•	adecuada finalización de la atención y su posterior																	
pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la		seguimiento. Definir las Estrategias para identificar las necesidades																	
atención y su posterior seguimiento.		y planear un continuo de cuidados al paciente después																	
atericion y su posterior seguirilento.		del egreso.																	
		Establecer estándares de tiempo para los procesos																	
		relacionados con el egreso del paciente, incluida la		3	3	3	27	2	4	4	3	3	2	3	3	2	2	2	2,8
		facturación de los servicios. Establecer un Plan de cuidado escrito que incluye la		_							_	_		_					,-
		explicación acerca de los cuidados que debe seguir																	
		una vez egrese, incluyendo información de los																	
		medicamentos y su administración, uso de equipos																	
		médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles																	
		complicaciones, si aplica.																	
		. ,																	
Estándar 51. Código: (AsSAL2)	Como entidad estatal, la ESE realiza	Fortalecer las relaciones con las ligas de usuarios y	Plan de Desarrollo. Plan Operativo. Programa de																
coordinación con otras	concertada con entes territoriales	espacios de participación comunitaria en los que se de la oportunidad de coordinar las actividades de	APSI																
organizaciones y comunidados	Entidades administradoras d	planeación																	
relevantes en la prevención de	planes de beneficios y parte			3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7
protección y mejoramiento de la salud	coherente con esta planeación																		
de la población a la que presta sus																			
REFERENCIA Y CONTRARRES																			
Estándar 52. Código: (AsREF1)	Se aplican procedimientos para l	Actualizar, socializar y hacer seguimiento a la aplicación de las guías, con criterios explícitos de qué	Guías de atención y manual de referencia y																
En caso de que sea necesario referir a			contra referencia																
los usuarios entre servicios o entre	TIENE SOCIALIZADO LA MANERA	tipo de casos se remite, cuándo se remiten, por qué se]																
aplicación de varios criterios de calidad	DE HACERLO, PERO NO SI	upo de casos se remite, culando se remiten, por que se, remiten y a dónde se remiten. Brindar información clara y completa al usuario y su familía sobre el proceso de remisión y los																	
, , omenes de sellede.	TIENE ESTANDARIZADO EL SITIO	familia sobre el proceso de remisión y los																	
	DONDE SE PUEDE ACCEDER A	i procedimientos administrativos a seguir para obtener el		5	5	-	405	•	4	4	4	4	3	3	3	2	3	2	2.2
	DICHA INFORMACION EN CASO DE QUE SE REQUIERA	servicio donde se refiere al usuario. Garantizar que los profesionales que remiten a sus		Э	9	5	125	2	4	4	4	4	3	3	3	2	3	2	3,2
	DE QUE SE REQUIERA	usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de																	
		la atención y que dicha información quede incorporada																	
		en los registros médicos del paciente.																	
		Evaluar la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites.																	
		tramites.																	
Estándar 53. Código: (AsREF2)	Se aplican procedimientos para l		Guías de atención y manual de referencia y																
Para remisiones a servicios	referencia de paciente	información es necesaria para solicitar los exámenes de																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, a disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	Información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la como procedimientos para solicit																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resolitados se le entregan al																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, asi como quien cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la reperaración para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solició el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán directamente, informar al interesado cuándo se tendrán																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnósitos, ala como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrám los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo sor resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo.																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, asi tomo quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega.																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de dagnósitos, al como quián cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenos. para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y apletar mecanismos de alarma para resultados pofinir y apletar mecanismos de alarma para resultados																	
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámmens de diagnósitos, al como quián cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenos. Defirir los mecaniamos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se lentregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Defirir y applacir mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la nofificación ugente y confidencia al profesional tratante, a la nofificación	contra referencia																
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	Información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, asi como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susaniro y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplicar mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas institución y a los responsables de los programas	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnósitos, así como quián cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al exuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuado se tendrán sor resultados de los dexámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismo de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	Información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, asi como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susaniro y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplicar mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas institución y a los responsables de los programas	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la experaración para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la clus. Definir en qué casos los resultados se entregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplicar mecanismos de alarma para resultados enticos y se desarrollar medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional y tartane, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desiraciones encortieradas.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Defirir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, los disponibilidad para la torna optuna de exámenes, los procedimientes para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se le entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de tendrán para su recolección o entrega. Defirir y aplacim encanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación Defirir y aplacim encanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación ugente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertitencia de las remisiones y se torna correctivos de las desviaciones encontradas. Defirir los mecanismos para verificar la completatu y oporturidad de entrega de medicamentos a los oporturidads de entrega de medicamentos a los oporturidads de entrega de medicamentos a los oporturidads de entrega de medicamentos a los	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruír al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la que solicitó el entregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán os resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplaciar mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desarcolar encontradas. Definir o semicamismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Defirir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna portuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Defirir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación perinten y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se torna correctivos de las desviaciones encontradas. Defirir los mecanismos para verificar la complettud y oporturidad de entrega de medicamentos a los usuarios.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruír al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la que solicitó el examen fuera de la profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán so resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplaciar mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofificación gentre y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las deviaciones encontradas. Definir o semaneramismos para ventificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los por el personal de la organización, para remitir los por el personal de la organización, para remitir los	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al susuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrismo para su recolección o entrega. Definir y apidera mecanismo se asuma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación pelínir y apidera mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación ugente y contridencia al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encorriamentos a los susuarios. Establecer procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pacientes a programas especíales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Defirir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, los preparación para la torna de contra de exámenes, los esponibilidad para la torna optornua de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se le entregan al suario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados do los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Defirir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación pelherir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas espocíficos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Defirir los mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pecientes a programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnósitos, ala como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de oxámenes y los procedimientos para solicitar locita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendriano para su recolección o entrega. Definir y apidar mecanismo para su recolección o entrega. Definir y apidar mecanismo se alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofificación ugente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. Definir pomecanismos para verificar la competitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Defirir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, los preparación para la torna de contra de exámenes, los esponibilidad para la torna optornua de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se le entregan al suario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados do los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Defirir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación pelherir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas espocíficos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Defirir los mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pecientes a programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnósitos, ala como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de oxámenes y los procedimientos para solicitar locita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendriano para su recolección o entrega. Definir y apidar mecanismo para su recolección o entrega. Definir y apidar mecanismo se alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofificación ugente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. Definir pomecanismos para verificar la competitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismo para su recolección o entrega. Definir y explera mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la notificación y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completitu y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos or el perangen de la organización, para remitir los pacientes programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:	referencia de paciente estandarizados y formalizados	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismo para su recolección o entrega. Definir y explera mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollar medidas para la notificación y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completitu y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos or el perangen de la organización, para remitir los pacientes programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratorio se realizan conforme a l	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de solimenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismo para su recolección o entrega. Definir y explera mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación ugente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el pera programas especiales de promoción y prevención. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el pera programas especiales de promoción y prevención.	contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplaque, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesiten	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnástico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna optor de des exámenes, los disponibilidad para la torna optornua de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en que casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán tos resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entregan al contra de la composición de el composito de la composición de la composición de el composito de la composición de el composito de la composición de el composito de la compo	contra referencia Guías de atención de laboratorio	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los evámenes, la disponibilidad para la toma de los evámenes, la disponibilidad para la toma de los evámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el evamen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrá nos resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación perinte y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los mecanismos para verificar la completud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir opreciención personal de la organización, para remitir periorinos para informar al profesional o institución que nos remite pacientes, sobre su manejo y evolución.	contra referencia Guías de atención de laboratorio	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesitemente in referir una muestra de un usacio entre la red a un laboratorio de diferente la red de la red la r	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Defirir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna de los exámenes, la disponibilidad para la torna portuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Defirir en qué casos los resultados se le entregan al susario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. Informar al interesado cuándo se tendrá nos resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Defirir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación perindicidad para la notificación o perindirectamente informar al interesado cuándo se tendrá mugente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se torna correctivos de las desviaciones encontradas. Defirir los mecanismos para verificar la completut y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir pacientes procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir pacientes procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir pacientes procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir pacientes procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir concidente para la consecuente de programas especiales de promoción y exención.	contra referencia Guías de atención de laboratorio	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según aplaque, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de 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, eservicios o artor arganización diferente, eservicios o artor arganización diferente,	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnástico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes instruir al paciente sobre la preparación para la torna optornua de exámenes, los preparación para la torna optornua de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en que casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el exame directamente, informar al interesado cuándo se tentrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entregan al cusuario y/o al profesional que solicitó el exame directamente, informar al interesado cuándo se tentrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entregan. Definir y aplicar mecanismos de alarma para resultados refisicos y es desarrolar medidas para la nofilidado resistación y a los responsables de los programas especificos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se torna correctivos de las desaluciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la competitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir be susuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el persona de la organización, para remitir be pacientes a programas especiales de promoción y prevención que nos remite pacientes, sobre su manejo y exolución, cuando y dónde se remiten muestras de laboratorio: micro de cara por cuando y dónde se remiten, entre otros. Establecer modera entre entren, entre otros. Establecer modera entre entre entre entre proceso de laboratorio: micro de cara formación de usuario, cuando y dónde se remiten, entre otros. Esta documentación necesaria que respalde este proceso.	Contra referencia Guías de atención de laboratorio																
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesitem referir una muestra de un usacio entre la red a un laboratorio de diferente complejiado, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberan organizar los siguientes	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evalmenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los evalmenes, la disponibilidad para la toma como como consecuencia disponibilidad para la toma como consecuencia disponibilidad para la toma como consecuencia de la como directamenta. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación perinte y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los mecanismos para informar al profesional o institución que nos remite pacientes, sobre su manejo y evolución. Actualizar los protocolos y definir criterios explicitos para los casos que se remiten muestras de laboratorio: motivos de referencia, fechas, lugares, información de usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaládados por la existencia de la documentación reformación clara y completa al usuario o su diminis abreto porcodemientes darministrativos a seguir	Contra referencia Guías de atención de laboratorio	3	5	3	45	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Para remisiones a servicios específicos, según apáque, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de 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, eservicios o actar organización diferente, eservicios o actar organización diferente,	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de dagnástico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes instruir al paciente sobre la preparación para la torna optoma de seximenes, la preparación para la torna optomuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en menta para solicitar la cita. Definir en que casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tentrán tos resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entregan al cual de la composita de l	Contra referencia Guías de atención de laboratorio																
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesitem referir una muestra de un usacio entre la red a un laboratorio de diferente complejiado, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberan organizar los siguientes	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evalmenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los evalmenes, la disponibilidad para la toma como como consecuencia disponibilidad para la toma como consecuencia disponibilidad para la toma como consecuencia de la como directamenta. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y cuál se el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacer mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la notificación perinte y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toma correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los mecanismos para informar al profesional o institución que nos remite pacientes, sobre su manejo y evolución. Actualizar los protocolos y definir criterios explicitos para los casos que se remiten muestras de laboratorio: motivos de referencia, fechas, lugares, información de usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaládados por la existencia de la documentación reformación clara y completa al usuario o su diminis abreto porcodemientes darministrativos a seguir	Contra referencia Guías de atención de laboratorio																
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesitem referir una muestra de un usacio entre la red a un laboratorio de diferente complejiado, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberan organizar los siguientes	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién ouenta con privilegios para solicitar dichos exámenes, la diagnóstico, así como quién ouenta con privilegios para solicitar dichos exámenes, in preparación para la torna de los exámenes, los preparación para la torna de los exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y code en terregan directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados do los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación perinte y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se torna correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los projectivas de entrega de medicamentos a los usuarios. Actualizar los protocolos y definir criterios explicitos para los casos que se remiten muestras de laboratorio: motivos de referencia, fechas, lugares, información de usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se persepada des prococios. Bindiar información clara y completa al usuario os usuarios.	Contra referencia Guías de atención de laboratorio																
Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional de laboratorio o sus directivas necesioner referir una muestra de un sucario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberan organizar los siguientes	referencia de paciente estandarizados y formalizados Los procedimientos de Laboratori se realizan conforme a I setastablecido en las quiás de atenció	información es necesaria para solicitar los evámenes de diagnóstico, así como quién ouenta con privilegios para solicitar dichos exámenes, la diagnóstico, así como quién ouenta con privilegios para solicitar dichos exámenes, in preparación para la torna de los exámenes, los preparación para la torna de los exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al susurio y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados de los exámenes y code en terregan directamente. Informar al interesado cuándo se tendrán sor resultados do los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplacim encanismos de alarma para resultados críticos y se desarrolar medidas para la nofficación perinte y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se torna correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explicitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los projectivas de entrega de medicamentos a los usuarios. Actualizar los protocolos y definir criterios explicitos para los casos que se remiten muestras de laboratorio: motivos de referencia, fechas, lugares, información de usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respatádos por la existencia de la usuario, cuándo y donde se persepada des prococios. Bindiar información clara y completa al usuario os usuarios.	Contra referencia Guías de atención de laboratorio																

Estándar 55. Código: (AsREF4)	El hospital realiza las gestiones par	Establecer un mecanismo, al egreso del proceso de	Derechos y deheres de los nacientes carteleras										1	1	1				
En imagenología se cuenta con un		s atención al usuario en imagenología, para informar	VOZ a VOZ.																
proceso o mecanismo, al egreso de	pacientes en lo referente de l	sobre los trámites que se deben realizar en caso de																	
proceso de atención al usuario, para	informacion que requiere a	necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con																	
informar sobre los trámites que se	momento de la salida del servicio	otro prestador.																	
deben realizar en caso de necesitar un																			
proceso de remisión o solicitud de cita									_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
con otro prestador. Este proceso podrá				3	3	3	27	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
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.																			
Estándar 56. Código: (AsREF5)	Proceso realizado acorde al manua	Desplegar el manual de referencia y contrarreferencia	Manual de referencia y contrarreferencia																
En los servicios de habilitación y		a del hospital al mayor numero de empleados asistencial.																	
rehabilitación se cuenta con un	del hospital												Ī	I	I	i			
mecanismo al egreso del proceso de	•			5	_	4	45	•	4	4	•	_	١ ،	_			_	_	2.0
atención al usuario para informar a				5	3	1	15	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
paciente sobre los trámites que se	1																		
deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	1																		
Estándar 57. Código: (AsREF6)	NO EXISTEN	Establecer estándares de tiempo para los procesos	NO EXISTEN																
La organización cuenta con		relacionados con el egreso del paciente, incluida la																	
estándares establecidos de tiempo		facturación de los servicios. Garantizar la monitorización periódica del cumplimiento de estos																	
para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la		estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de																	
facturación de los servicios. Se		los mecanismos correctivos.																	
garantiza la monitorización periódica																			
del cumplimiento de estos estándares y				3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,5
el diseño, la aplicación y la evaluación																			,
de los mecanismos correctivos, cuando	•																		
se observe un patrón de comportamiento	•																		
deficiente frente al estándar establecido.																			
SEDES INTEGRADAS EN RED																			
Estándar 58. Código: (AsSIR1)																			
Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y e																			
diseño está en función de ofrecer						NO APLICA	NUESTRO HO	DSPITAL											
facilidades de atención al paciente y su																			
familia.																			
Estándar 59. Código: (AsSIR2)																			
Si la red de prestación cuenta con una	i																		
diferenciación explícita de servicios por								ADDITAL.											
cada prestador, esta información debe						NO APLICA A	A NUESTRO HO	JOPHAL											
ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.																			
, ,																			
Estándar 60. Código: (AsSIR3)																			
Para el caso anterior, la gerencia de la	4																		
red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para																			
disenados e implementados para determinar los mecanismos de																			
referencia y contrarreferencia entre los						NO APLICA	NUESTRO HO	OSPITAL											
diferentes prestadores, los cuales	:																		
aseguran la coordinación y la	i																		
continuidad del proceso de atención de																			
usuario.																			
Estándar 61. Código: (AsSIR4)	t																		
La red cuenta con un proceso	•																		
centralizado de monitorización de la																			
calidad de las historias clínicas y de los	:																		
resultados clínicos obtenidos,	1																		
incluyendo el análisis de eventos	1					NO APLICA	NUESTRO HO	SPITAL											
adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en	1																		
cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman																			
hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones																			

Estándar 62. Código: (AsSIR5)		
Existe un proceso de direccionamiento		i
estratégico central para la red. único.		1
compartido entre todos, el cual incluye la	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
comparido entre todos, el cual incluye la		1
descripción clara de cuál es el papel de		1
cada uno de los prestadores de la red		1
en la consecución de los logros		1
comunes. Existen planes operativos de		1
los procesos e incluyen la contribución	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	1
de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes	NO APLICA A NUESTRO MOSPITAL	1
estratégico general. Los planes		1
operativos cuentan con metas e		1
indicadores que permiten evaluar la		1
gestión de cada sede. Se toman		1
correctivos frente a las desviaciones		1
detectadas.		1
		i l
		4
Fatinday Co. Cádinay (A-CIDO)		
Estándar 63. Código: (AsSIR6)		1
El direccionamiento estratégico, en sus		ı I
objetivos y estrategias, establece cómo	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
se genera la	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
sinergia y coordinación en torno al		ı I
paciente entre los diferentes	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	1
prestadores. La gerencia de	NO APLICA A NUESTKU MUSPITAL	ı I
la red cuenta con mecanismos para	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
demostrar los resultados de dicha	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
sinergia. El sistema de	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	ı I
información debe proveer los datos para		1
la evaluación de estos mecanismos.	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, 1
Estándor 64 Cádi (A-CIDT)		
Estándar 64. Código: (AsSIR7)	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, 1
Los sistemas de información de la red	l l	ı I
deben garantizar que se cuenta con una		1
base de datos		1
unificada de los registros y las	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	1
atenciones de los pacientes, a la cual		1
puede tener acceso cada uno		1
de los diferentes prestadores en el sitio		1
donde se presta la atención a los		1
pacientes.		
Estándar 65. Código: (AsSIR8)		1
Cuando se tengan varias sedes y el		1
usuario pueda consultar en varias de		1
ellas, debe existir un sistema para que la		1
historia clínica se comparta y se	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	1
consolide luego de cada visita del		1
paciente, sin importar si la información		1
está en medio magnético o físico		i l
(papel) Estándar 66. Código: (AsSIR9)		
Estándar 66. Código: (AsSIR9)		i l
Los registros que son usados en los		1
procesos de atención a los pacientes		1
deben estar estandarizados, incluidos	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
los acrónimos a ser usados tanto en la		ı I
parte médica como en la administrativa.	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
Los registros deben garantizar su	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	1 1
completitud, independientemente de		
donde se reciba y atienda el paciente, y	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
debe facilitar la coordinación y		1
continuidad de los cuidados del mismo.	l de la companya de	1 1
		1
	l de la companya de	<i>i</i> 1
Fatinday 07 Old 11 Old 12		
Estándar 67. Código: (AsSIR10)	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	1 1
Independientemente de la información		, l
que se genere y almacene en cada uno	l l	ı I
de los prestadores	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información		
recolecta, procesa y analiza información	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	, I
de sus prestadores a nivel central. Los	NO APLICA A NUESTKU MUSPITAL	, l
análisis deben poderse desagregar	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
desde el desempeño en conjunto de la	l l	, I
red hasta el desempeño individual de	l l	ı I
cada prestador.		<i>i</i> 1
	l de la companya de	, I
Fatinday CO Códi (1 CIPA)		
Estándar 68. Código: (AsSIR11)		, l
La gerencia de la red garantiza, para	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
aquellos casos en los que el paciente es	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
visto con un enfoque integral de	l la companya di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managantan di managanta	, I
atención por varios prestadores de la	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL	, I
red, que en cada una de estas	·····	, l
atenciones se evalúe el estado de salud	l l	, I
del mismo y esta información quede	l de la companya de	, I
consignada en los registros clínicos.		1
1		4 I

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.						NO APLICA	A NUESTRO H	OSPITAL											
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.						NO APLICA	A NUESTRO H	OSPITAL											
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 plantificados, las políticas rganizacionales y las exigencias de la careditación.						NO APLICA	A NUESTRO H	DSPITAL											
Estandar 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						NO APLICA	A NUESTRO HO	OSPITAL											
grado de complejdad de los orsaladores. 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						NO APLICA	A NUESTRO H	DSPITAL											
sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios. ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			
Estándar 74. Código: (AsMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apiliquen al grupo de estándares se desarrollan teniendo en cuenta algunos criterios de calidad.				3	3	1	9	3	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	3,0
			PROMEDIO DE LA CALIFIC	CACION	DEL GF	RUPO DI	EESTAN	IDARES ASISTE	NCIALE	S.									2,94
ESTANDARES DE DIRECCI	ONAMIENTO																		
Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.	En el proceso de planeación formulación estratégica se validad numisión y la visión, verificando que sean coherentes con la realidad que plante en el análisis de lo contextos, con los objetivo institucionales, las expectativas de la sociedad y lo clientes externos e particular. En la práctica se realiza revaluació permanente de los objetivos y limistón institucional de acuerdo co los cambios del entorno, embargo no se documenta est análisis ni los cambios conceptuale en el direccionamiento.	la · Inclurí en la valoración de la plataforma estratégica na apectos relacionados con la responsabilidad que la institución tiene frente a los clientes internos y los indemosas para que sea coherente con estos fines. la · Documentar como el enfoque gerencial responde a los in caraticios del entorno y se dan caraticios de hecho en la in plataforma estratégica.	de ética y buen gobierno. Plan de gestion gerencial, planes operativos.	3	1	3	9	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3,6
estratégico. Su formulación está	capacitación y sensibilización a lo líderes de los procesos para qu formulen y ejecuten planes d acción que desplieguen y cumpla con lo establecido en el plan d	on da ue co	Actas de reuniones y talleres de planeación. Actas de comités	3	1	3	9	3	5	5	4	4	4	4	3	4	3	3	3,9

Estándar 77. Código: (DR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	Planes Óperativos y el Plan de Gestion de la Gerencia	de los procesos se Involucren y se responsabilizan del despliegue y seguirrien la direccionamiento estratégico, incluye la asignación del tempo, la capacitación y la evaluación. Garantizar el desplegue del plan de desarrollo a cada uno de los responsables de los procesos, fortabeiendo la capacitación y las curuinones por áreas. Establecer un mecanismo de difusión de la plataforma estratégica a los clientes externos.	de comites y otros.	3	1	1	3	2	5	5	4	4	4	4	3	4	3	3	3,9
y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en	garantía de la calidad, que busaca satisfacer las expectativas de los usuarios mediante el cumpliento de cada uno de los cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, con énfasis en el componente de	mejoramiento y seguridad en la atención a cada una de las áreas operativas, insistiendo en la humanización del servicio, el uso adecuado y pertinente de los recursos en general y de la tecnología en particular, buscando crear una cultura del servicio.	garantía de la calidad. Evaluación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, Pamec, habilitación, información	3	3	1	9	2	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,9
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.	planeación estratégica y la definición de políticas el respeto políticas el respeto política el respeto política el respeto política el definidad humana y el buen trato.	tomar correctivos frente a desviaciones detectadas	usuarios, estándares de habilitación, políticas para el manejo de las instalaciones.	3	5	3	45	2	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3,8
Estándar 80. Código: (DR.6) La organización tene 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 sive, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	formulación estratégica se validan la misión y la visión, las cuales sor coherentes con los objetivos institucionales y los problemas que debe resolver la institución, se tiene definidas y se aplican las políticas de calidad de prestación de		Plataforma estratégica. Modelo de atención	3	3	5	45	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3,4
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.	metodología y al aplica para hacer seguimiento al cumplimiento del plar de acción del plan de desarrollo, la viabilidad financiera se garantiza mediante la elaboración de presupuesto de inoresos y castos		Plan de desarrollo, informes de evaluación y seguimiento. Presupuesto para cada vigencia	5	1	3	15	3	5	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3,9
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.	los procesos asistenciales prioritarios, las cuales incluyen la verificación del cumplimiento de los	y a la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento.		5	3	3	45	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3,4

Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la	La organización implementa procesos de socializacion de las	a Formular las política en relación con la humanización s del servicio, gestión del riesgo y gestión de la	Manual de capacitacion, reuniones de personal, reuniones de comites y otros. Procesos de																
orientación al personal, la cual está	politicas institucionales a sus	s tecnología	induccion y reinduccion.	•	1	1		•	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3,5
alineada con el direccionamiento		formular y aplicar un plan de inducción y reinducción	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	3	1	1	3	2	э	э	4	3	3	3	3	3	3	3	3,5
estratégico de la organización.																			
Estándar 84. Código: (DIR10)	El Gerente realiza actividades de	e Formular y ejecutar un plan de capacitación y asesoría	Actas de Junta Directiva. Presentaciones de la																
Existen procesos y procedimientos		a la Junta Directiva, sobre funciones, políticas de		_			_	_		•	_	•	•	•		_	_	_	0.5
de asesoría y educación continuada a	Directiva	atención, normatividad, con la participación de los		3	1	3	9	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2,5
la junta directiva.		líderes de las áreas.																	
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						NO ARLICA	A NUESTRO H	COLLAGO											
onsecución de los logros comunes. Lo						NO AI LIOA	ANOLONION	JOITTAL											
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.																			
Estándar 86. Código: (DIR12)	El hospital tiene convenios con	Mantener actualizados los convenios docente	convenios firmados																
Existe un proceso para establecer los	varias instituciones educativas que	e asistenciales	ľ				I												
parámetros de la relación docencia-	permiten funcionar como escanario		ľ	3	1	1	27	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3,0
servicio, alineados con el	de pracitica a los estudiantes.							J	_	J		J	J	J		·	·	_	5,0
direccionamiento estratégico de la organización.	ĺ																		
organizacion.																			
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			
	La organización olinos	Socializar aun mas con todo el personal del hospital, los	Dian de Decarrollo Dian Occretivo Accest de				1			_						_	_	_	
Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de	La organización alinea su plataforma estrategica realizando	o procesos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC)					I												
mejora consideradas en el proceso	acciones de meiora permanentes	s	Implementacion del PAMEC y demas sistemas de																
organizacional de mejoramiento			gestion de la calidad.	3	3	3	27	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
continuo, que apliquen al grupo de	Continuo de la Calidad (MCC)		Ť	_	•	·		_	-	-	-	-	=	-	-	-	-	_	-,-
estándares se desarrollan teniendo en																			
cuenta algunos criterios.																			
		DD.	0MEDIO DE 1 4 041 IEIO40	10N DE		0 DE E0	TANDA	250 DE DIDEOG		ENTO									0.50
		PR	OMEDIO DE LA CALIFICAC	(()N ())E					TO SNI A MI	FNIO -									3,53
					LGKUF	OPLES	IANDA	VES DE DIVECC											
					LGRUF	O DL LS	IANDA	NES DE DINECO	OIVAIVII										0,00
					LGROF	O DL LS	TANDA	NES DE DINECC	JOHANI										0,00
ESTANDARES DE GERENO	CIA				LGKOF	O DL LS	TANDA	NES DE DIRECC	JOHAM										-,,,,
ESTANDARES DE GERENO Estándar 88. Código: (GER1)	Se ha definido dentro del proceso	Actualizar y documentar la estructura organizacional	La estructura organizacional: organigrama básico		I		I	LES DE DIRECC	I										0,00
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización	Se ha definido dentro del proceso gerencial la estructura	a (Organigrama) socializar la caracterización de los	y por unidades funcionales		LGKOF			NES DE DIRECC	IOIVAIIII										
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las	Se ha definido dentro del proceso gerencial la estructura organizacional basada en unidades	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos		LGKOF		TANDA	NES DE DIRECC	, orașiii										
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus	Se ha definido dentro del proceso gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitar	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores		LGKOF		TANDA!	NES DE DIRECC											
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y	Se ha definido dentro del proceso gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS		LGKOF		TANDA!	NES DE DIRECC											
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes		LGKOF	O DE ES	TANDA!	NES DE DINECCO											-
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 ja	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes		LGKOF	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	TANDA	NES DE DINECC	, orași										
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e	a (Organigrama) socializar la caracterización de los s procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes		LGKOF		TANDA!	NES DE DINECCO	- CIVAIIII										
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilita la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de procesos	Organigrama) socializar la caracterización de los sprocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo logistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes		1						3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade: funcionales (senvicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo logístico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes	3		3	9	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3,3
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilita ta identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sus características ha sido la características ha sido la celaboración del mapa de procesos que permite identificar tanto lo cientes internos y externos	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo logístico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade: funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los cientes internos y externo: institucionales. En la	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo logístico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la características ha sido la cultada de procesos que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En la caracterízación de cada proceso si institucionales.	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo logístico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En la caracterización de cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la ha incluido el desdoblamiento de la ha incluido el desdoblamiento de la	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la características ha sido la cultada de procesos que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En la caracterízación de cada proceso si institucionales.	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat a identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la elaboración del mapa de procesor que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En característicación de cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes ciadad que identifica cientes	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clerites y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales can can característica de cano la característica de procesos a ha incluido el desdoblamiento de la característica de desdoblamiento de la característica de desdoblamiento de la característica clientes internos y externos con sus internos y externos con sus internos y externos con sus	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes								3	4	3	3	3	4	3	2	
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la características ha sido la característica he mapa de procesos que permite identificar tanto loc identes internos y externos institucionales. En la caracterízación de leadad proceso se ha incluido el desdoblamiento de la caldad que identifica clientes internos y externos con su expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico. Servicio de los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 is efectividad de su respuesta a los efectividad de su respuesta a los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de su características ha sido la características ha sido la característica he mapa de procesos que permite identificar tanto loc identes internos y externos institucionales. En la caracterízación de leadad proceso se ha incluido el desdoblamiento de la caldad que identifica clientes internos y externos con su expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los grocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo bgistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados								3	4	3	3	3	4	3	2	
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y								3	4	3	3	3	4	3	2	
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la elanción, los colaboradores de la elanción los colaboradores de la elanción los colaboradores de la elanción los colaboradores de elanción elanción elanción e	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y								3	4	3	3	3	4	3	2	
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 ia efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y organización desarrollan en el usuario y	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de adención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y famila competencias sobre el	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y								3	4	3	3	3	4	3	2	
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre la estándar de su autoculadad de su salud mediante el autoculadad de su salud medi	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega vealúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y tamila competencias sobre el autoculdado de su salud mediante el autoculdado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcinales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. 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 autoculdado de sus alaud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la caracteristica del cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica cientes internos y externos con sus expectativas.	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo egistico.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de esuudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de los organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autoculdado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de la Enfermedad.	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos demanual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los clientes internos y externos características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica clientes internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo organización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo organización de los processos de la	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y ceráliz efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y tamila a competencias sobre el autoculdado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3)	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat la identificación de los clientes y proveedores internos y externos demanual de calidad y una de sucaracteristicas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En caracteristización de cada proceso se ha incluido el desdobámento de la calidad que identificar clientes internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de la definición del portafolio del definición del portafolio del del del definición del portafolio del	Organigrama) socializar la caracterización de los sorcessos y caracterizar los de gerencia y apoyo o glástico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	3	1	3	9	2	4	4									3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcinales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. 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 autoculdado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento de la salud y prevención de la Enformedad. Estándar 90. Código: (GER. 3)	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos demanual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos características ha sido la elaboración del mapa de proceso el ha incluido el desdoblamiento institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica cliente institucionales. En la característica y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o guistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	3	1	3	9	2	4	4		3			2	3	3	2	3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y revalúa identificado de su respuesta a los procesos. Estándar 99. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de lo organización desarrollan en el usuario y famila competencias sobre el autocuidado de su saltud mediared entrenamiento en actividades de Promoción de la saltud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, definir tipo, suficiencia, cobertura,	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat a identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracteristicas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En caracterización de cada proceso se ha incluido el desdósamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del portafolio de servicios se realiza del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicio se realiza del acuerdo a servicio se realiza del servicio se re	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o guistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	3	1	3	9	2	4	4						3			3,3
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. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueva, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de lo organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre autoculados de su salud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejádad y amplitud de los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar ia identificación de los clientes y proveedores internos y externos demanual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la característica ha sido la elaboración del mapa de proceso el ha incluido el desdoblamiento el calidad que identifica cliente institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica cliente internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios con la cercelivamente contratados con la efectivamente contratados con la	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o guistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	5	3	1	9	2	4	4	3	3	3	3	2		3	2	3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y revalúa ia efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 99. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de lo organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autoculdado de su salud medianto el entrenamiento en actividades de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura,	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitat a identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracteristicas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En caracterización de cada proceso se ha incluido el desdósamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del portafolio de servicios se realiza del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a la normatividad vigente servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicios se realiza del acuerdo a servicio se realiza del acuerdo a servicio se realiza del servicio se re	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o guistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion.	5	3	1	9	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,3
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. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueva, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de lo organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre autoculados de su salud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejádad y amplitud de los	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos demanual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la característica ha sido la elaboración del mapa de proceso el ha incluido el desdoblamento institucionales. En la característica de cada proceso se ha incluido el desdoblamento el calidad que identifica cliente internos y externos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios efectivamente contratados con la ERP.	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gostico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios.	5	3	1	9	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,3
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. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueva, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre untoculado de sus adud mediante el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizaciónales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejdad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar ia identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos ha incluido el desdoblamiento de la característicación de cada proceso se ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con sus expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el la definición de la cuerdo a la normatividad vigente el la delinición de la cuerdo a la normatividad vigente el la delinición de la cuerdo a la normativa de la cuerdo	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o guistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portefolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de	5	3	1	9	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa ia efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el lusario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, compelgidad y amplitud de los servicios que se han de proveer. Estándar 91. Código: (GER. 4)	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar in dentificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de procesos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos ha incluido el desdoblamiento de la característica de cada procesos en ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con sus expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a la normatividad vigente el cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad o con la ERP. Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos porcosesos. NO SE CONDCE NI SE	Organigrama) socializar la caracterización de los sprocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios con el análisis percuentados a composible de la mera enumeración de los servicios os certades que incluya el diagnosteo estratégico, la descripción de los riesgos su calificación y la descripción de los riesgos su calificación y la	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de	5	3	1	9	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección proruevo, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de entrenamiento de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Estinten políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer. Estándar 91. Código: (GER. 4)	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar organizacionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado en manual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la característica ha incluido el desdoblamiento institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica cliente institucionales. En la característica de vexternos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente el característica del característica del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios efectivamente contratados con la ERP. Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos po procesos. NO SE CONOCE N IS EL AS COCIALZADO ESTE CON EL	Organigrama) socializar la caracterización de los processos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados.	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de	5	3	1 3	9 15 3	2 2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las nocesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa ia efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, desplega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de sus autou mediante el entrenamiento en actividades de Promoción de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen politicas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejdad y amplitud de los servicios que se han de proveer. Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión	Se ha definido dentro del process gerencial la estructura organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar in dentificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado e manual de calidad y una de sucaracterísticas ha sido la elaboración del mapa de procesos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos que permite identificar tanto loc clientes internos y externos ha incluido el desdoblamiento de la característica de cada procesos en ha incluido el desdoblamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con sus expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a la normatividad vigente el cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad vigente el certa de la cuerdo a la normatividad o con la ERP. Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos porcosesos. NO SE CONDCE NI SE	Organigrama) socializar la caracterización de los sprocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios con el análisis percuentados a composible de la mera enumeración de los servicios os certades que incluya el diagnosteo estratégico, la descripción de los riesgos su calificación y la descripción de los riesgos su calificación y la	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de	5	3	1	9	2	4 3	4 4 3	3	3	3	3	2	3	3	2	3,3
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus cilentes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrolla ne 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. Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejádad y amplitud de los servicios que se han de proveer. Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo artículado con el	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar organizacionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado en manual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la característica ha incluido el desdoblamiento institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica cliente institucionales. En la característica de vexternos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente el característica del característica del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios efectivamente contratados con la ERP. Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos po procesos. NO SE CONOCE N IS EL AS COCIALZADO ESTE CON EL	Organigrama) socializar la caracterización de los sprocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios con el análisis percuentados a composible de la mera enumeración de los servicios os certades que incluya el diagnosteo estratégico, la descripción de los riesgos su calificación y la descripción de los riesgos su calificación y la	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de	5	3	1 3	9 15 3	2 2	4 3	4 4 3	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
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. Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de lo rganización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el entrenamiento en actividades de entrenamiento en actividades de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad. Estándar 90. Código: (GER. 3) Estándar 90. Código: (GER. 3) Estándar 90. Código: (GER. 3) Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el	Se ha definido dentro del process gerencial la estructur: organizacional basada en unidade funcionales (servicios) que facilitar organizacionales (servicios) que facilitar la identificación de los clientes y proveedores internos y externos Además se tiene formulado en manual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de proceso que permite identificar tanto loc clientes internos y externos institucionales. En la característica ha incluido el desdoblamiento institucionales. En la característica de desdoblamiento el calidad que identifica cliente institucionales. En la característica de vexternos con su expectativas. Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente el característica del característica del portafolio de servicios se realiza de acuerdo a nivel de complejidad y servicios efectivamente contratados con la ERP. Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos po procesos. NO SE CONOCE N IS EL AS COCIALZADO ESTE CON EL	Organigrama) socializar la caracterización de los sprocesos y caracterizar los de gerencia y apoyo o gistico. Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion. Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios ofertados a composible de la mera enumeración de los servicios con el análisis percuentados a composible de la mera enumeración de los servicios os certades que incluya el diagnosteo estratégico, la descripción de los riesgos su calificación y la descripción de los riesgos su calificación y la	y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados Documentos de los programs de promocion y prevencion. Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios. Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de	5	3	1 3	9 15 3	2 2	4 3	4 4 3	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0

Estándar 92. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	NO EXISTEN	Establecer un proceso de referenciación competitiva, adoptando parámetros que sirva de referentes para la gestión, especialmente la gestión clínica	Cuadro de mando de indicadores gerenciales.	1	3	3	9	2	4	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3,3
Estándar 93. Código: (GER.6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas sia tabores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	través de grupos de trabajo conformados en comités, con la finalidad de monitorear los planes de trabajo realizados por cada grupo. Se tiene implementado el programa	Apoyar y desplegar la implementación del sistem entegral de gestion por calidad, haciendo denfasis sen en enfoque hacia la acreditación en salud. Fortalecer en programa de inducción y reinducción prana lograr la atherencia de todos los funcionarios al modelo de gestión por cadidad. Fortalecer el funcionamento de Grupo primario de calidad y capacitar a sus integrantes. Implementar el modelo de calidad en los processos de apoyo logístico y dirección	comités existentes en la institución: comité técnico, comité de Documentación del proceso de auditorías para el mejoramiento de la calidad PAMEC, presupuesto del hospital.	3	3	3	27	2	4	4	4	3	3	4	3	4	3	2	3,4
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.	operativos v se evalúa el logro de	Realizar la formulación de los planes de acción por áreas que den despliegue al plan de acción del plan de desarrollo	plan de desarrollo institucional y plan de acción para el cuatrienio	3	3	5	45	3	5	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3,8
unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, formentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguiriniento y medición de los procesos.	de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud en La Alexa y una de sus características ha sido la características ha sido la estandarización y evaluación de procesos, la cual se ha enfocado inicialmente en la documentación de los procesos asistenciales prioritarios (urgencias, prostilatización laboratorio, senúcio senúcio senúcio senúcio procesos senúcios senúcios procesos senúcios senúcios procesos senúcios senúcios senúcios procesos senúcios senúcios senúcios procesos senúcios senúcios procesos senúcios senúcios senúcios procesos senúcios senícios senúcios senúci	estandarización de procesos Estandarizar los procesos administrativos identificados en el mapa de procesos Mediante las reuniones de los diferentes comités	Manual de calidad	3	5	3	45	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3,5
Estándar 96. Código: (GER.9) La organización garantiza la implementación de la politica de humanización, el cumplimiento de código de élica, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos y los derechos un interno y del paciente y su familia.	derechos y deberes de los usuarios y vela por su aplicación mediante la estandarización del proceso de atención al usuario.	Socializar aun mas con las partes interesadas las políticas publicas de buen gobierno y de etica.	Estándar de procedimiento, tramite de quejas, reclamos y sugerencias. Código de ética Buzón de quejas y reclamos Actas de reuniones del comité de ética. Código de buen gobierno	3	5	1	15	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,3
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, dirígido hacia otros cilentes, familias, visitantes y colaboracinos.	no existen	Formular en forma explicita y documentada la política y tos procedimientos para el manejo de situaciones conflictivas o de agresión, tanto de clientes internos como externos.		5	1	5	25	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
and the decision of the section of	con el acompañamiento del área financiera se proyectan los servicios que se han de proveer y el recurso necesario para hacerlo,	Documentar las acciones realizadas en el proceso de planeación organizacional Planear con elementos de validación teniendo en cuenta costo/beneficio: plan de necesidades de recurso humano, financieros y físicos.	Plan de desarrollo institucional Presupuesto anual Portafolio de servicios	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3,4

Estándar 99. Código: (GER.12)		Documentar y poner en marcha mecanismos explícitos																	
Existe un proceso implementado y		s de protección de los recursos financieros y activos en																	
evaluado para la protección y e	financieros y administrativos	, general.	Informes de ejecución presupuestal.																l
control de los recursos, articulado	enfocado a la protección de lo																		
con la gestión del riesgo.	recursos. Se realiza gestión de	el																	
	presupuesto, garantizado	a																	
	disposición previa de l	a																	
1	disponibilidad. Se realiza monitore					i I													
	a los indicadores financieros y a lo	S		5	3	5	75	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3,5
	estados de resultados, se monitore	a		J		Ŭ	, ,	_	-		-	-		•			·	•	0,0
	el comportamiento de la producció	ו																	
	de servicios comparados con lo																		
	gastos comprometidos. Se vela po																		
	la protección de los recurso																		
	mediante la adquisición de lo	S																	
	seguros pertinentes.																		
		5	N																
Estándar 100. Código: (GER.13)	No existen.	Realizar procesos de auditoria a los contratistas.	No existen.																
Cuando la organización decida delega	r																		
a un tercero la prestación de algúr	n			3	3	1	9	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2,7
servicio debe garantizar el cumplimieno	D			3	3		9	1	4	4	ુ	3	3						2,1
de algunos criterios de calidad (Servicio	D																		
de Alimentacion)																			
Estándar 101. Código: (GER.14)	Se tienen suscritos los convenios	Desarrollar adecuadamente el componente de docencia	convenios firmados		ī	1													
La organización planea, desarrolla	docente asistenciales	servicio, definir roles y cumplimiento de la normatividad,																	
evalúa la relación docencia-servicio		,,,piiniono do la normatividad,		5	1	5	25	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2,9
				J		,	23		,	3	ا د	J	J	J		J .		-	٠,5
prácticas formativas y la	a																		l
TOTALIS AS AS AS AS AS AS	-	-			•	-													
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			l l
Estándar 102. Código: (GERMCC1)	El hospital realiza las gestione	s Socializar los planes de mejora con todo el personal de	Documento PAMEC, planes de meiora, evolucion		1														
La gestión de las oportunidades de	necesarias para implementar la	s la institucion.	de los Planes de Desarrollo y otros.																
mejora consideradas en el proceso			,		I														
organizacional de meioramiento						i I				1						1			
				3	1 1	3	9	2	4	4	3	3	3	4	2	3	3	2	3,1
continuo, que apliquen al grupo de				_	I .		_	=	•			-	•	•			_	_	₹,.
estándares se desarrollan teniendo en	n																		
cuenta algunos criterios de	В																		
mejoramiento.																			
																			,
ESTANDARES DE GERENO	CIA DEL TALENTO HUMA																		
ESTANDARES DE GERENO Estándar 103. Código: (TH1)	CIA DEL TALENTO HUMA Plan de capacitaciones anui		Existe el plan de capacitaciones que se realiza		<u> </u>	I													
	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité d	al Socializar el proceso de selección de personal a todos e los funcionarios. Realizar para todo el personal de	anualmente, ademas documentos fijados en																
Estándar 103. Código: (TH1)	Plan de capacitaciones anua y desarrollado por el comité d educación teniendo en cuenta la	al Socializar el proceso de selección de personal a todos e los funcionarios. Realizar para todo el personal de s Hospital evaluación de desempeño de cada empleado.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y	Plan de capacitaciones anua y desarrollado por el comité d educación teniendo en cuenta la	al Socializar el proceso de selección de personal a todos e los funcionarios. Realizar para todo el personal de	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización	Plan de capacitaciones anu: y desarrollado por el comité d l educación teniendo en cuenta la n necesidades del personal. Ha	il Socializar el proceso de selección de personal a todos a los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estímulos e	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuenta la n necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos de	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e incentívos laborales.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización	Plan de capacitaciones anu; y desarrollado por el comité d el educación teniendo en cuenta la n necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos d identificación y respuesta	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación,																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua y desarrollado por el comité d el ducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos d identificación y respuesta necesidades de los clientes interno	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e noentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTC	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de retuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anu y desarrollado por el comité d el ducación teniendo en cuenta la n necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos d identificación y respuesta necesidades de los clientes interno con la misión y la visió	Socializar el proceso de selección de personal a todos os funcionarios. Realizar para todo el personal de Nospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estímulos e incertios laborales. Elaborar Pocesos de vinculación, inducción y reinducción documentado INCLUR EN EL TALENTO. HUMANO ENCUESTAS Y/O FERRAMIENTAS QUE	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua describado por el comité de aducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visió Institucional. Proceso de	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital veluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y e inducción documentado INCUIR EN EL TALENTC. HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMA PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMA	arualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuriones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. La empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos institucinales creados																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos identificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visió linstitucional. Proceso de inculación, inducción	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado, implementar para todo el personal estímulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCULIR EN EL TALENTC HUMANO ENUCESTAS Y/O HERRAMIENTAS OUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO GRABIAZACIONAL Y TENER EN CUENTA GRADIAZACIONAL Y	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuenta la educación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso de vincutación, inducción cienducción documentado. S	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital veluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y e inducción documentado INCUIR EN EL TALENTC. HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMA PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMA	arualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuriones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. La empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos institucinales creados																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los ctientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di notación, inducción reinducción documentado. Se realizan evaluaciones de realizan evaluaciones de servicios es de se capacita de consenio de compositorio de comentado.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado, implementar para todo el personal estímulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCULIR EN EL TALENTC HUMANO ENUCESTAS Y/O HERRAMIENTAS OUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO GRABIAZACIONAL Y TENER EN CUENTA GRADIAZACIONAL Y	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aduducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los ctientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di funcidación, inducción cienducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer desempeño al personal en carrer	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital evaluación de desempeño de cada empleado, implementar para todo el personal estímulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCULIR EN EL TALENTC HUMANO ENUCESTAS Y/O HERRAMIENTAS OUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO GRABIAZACIONAL Y TENER EN CUENTA GRADIAZACIONAL Y	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso de institucional inducción inducción inducción documentado. Se realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú	Socializar el proceso de selección de personal a todos os funcionarios. Realizar para todo el personal de Nospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentios laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTO HUMBANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCION Y/O EL CLIMÁ ORGANIZACIONAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en																
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di funcidación, inducción cienducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segui o estipuidado pra la ye. En la E.S.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erinducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	2		2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la educación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y respuesta inecesidades de los clentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso diverulación, inducción documentado. Si realizan evaluaciones di desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú to estipulado por la ley. En la E.S.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erinducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di funcidación, inducción cienducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segui o estipuidado pra la ye. En la E.S.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erinducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los ctientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincutación, inducción cienducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño apersonal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar social cual es operativo. ha el cual es o perativo. ha	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos encentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erinducción documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la educación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didenfificación y respuesta necesidades de los clientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso divinculación, inducción direlinducción documentado. Se realizan evaluaciones di desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la E. Sciente el cual es operativo. ha consistencia de los procesos de los procesos de los procesos de son portativo.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos encentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erinducción documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de alduducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los ctientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di funcidación, reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo ha consistencia de los procesos dentificación de los procesos de comité de bienestar socia el cual es operativo ha consistencia de los procesos dentificación y respuesta	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso di institucional. Proceso di rinculación, inducción y la visió Institucional. Proceso di rinculación, inducción documentado. Si realizan evaluaciones di desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la ES. estate el comité de bienestar socia el cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comite di aduducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincuticación, y la visió institucional. Proceso dincutación, inducción cientución documentado. Si realizan evaluaciones desempeño por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar social cual es operativo, ha consistencia de los procesos dentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión instituciona.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso di Institucional. Proceso de Institucional. Proceso de Institucional. Proceso de Institucional personal en carreadministrativa cada 6 meses segú lo estipuiado por la ley. En la E.S. coste el comité de bienestar socia el cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo especados en el el plan de desarrollo especados en el especados el especados el el el plan de el especados el el el el plan de el el el plan de el el plan de el el el plan de e	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los ctientes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincuticación, procesos dincuticación, procesos dincutación, inducción cientución documentado. Si realizan evaluaciones desempeño o pre la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar social cual es operativo, ha consistencia de los procesos delentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión instituciona con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollos se realizan evaluaciones de serios para evaluaciones de serios procesos de realizan evaluaciones de serios para evaluaciones de serios de comité de bienes en el plan de desarrollos se realizan evaluaciones de	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso di Institucional. Proceso de Institucional. Proceso de Institucional. Proceso de Institucional personal en carre administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la E.S. coste el comité de bienestar socia el cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión institucione expresados en el plan de desarrollo. Se realizan el personal en carrer desempeño al apersonal en carrer desempeño al apersonal en carrer desempeño al apersonal en carrer	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de implementar para todo el personal estimulos e incentivos laboraries. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL LOUGO REGAUZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anuu desarrollado por el comité di aduducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincuticación, procesos dincuticación, procesos dincutación, inducción cientución documentado. S realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, ha consistencia de los procesos de contra misión y a visión instituciona con la misión y a visión instituciona expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú deferencia de los perativos ha contra misión y a visión instituciona expresados en el plan de desarrollo.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de implementar para todo el personal estimulos e incentivos laboraries. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL LOUGO REGAUZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deuducación teniendo en cuenta la deuducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visó institucional. Proceso di identificación y la visó institucional. Proceso di vinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú to estipulado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo. Se realizan en el plan de desarrollo. Se realizan el personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. en la es o consistencia de los procesos desempeños personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. en la es o consistencia de la personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. en la es	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de implementar para todo el personal estimulos e incentivos laboraries. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL LOUGO REGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de duducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincuticación, procesos dincuticación, procesos dincutación, inducción cientución documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia dentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la E.S.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRÁMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deudución teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y la visó institucional. Proceso didentificación y la visó institucional. Proceso di vinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carre administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visón institucion expresados en la plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú to estipulado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia o estipulado por la ley en la se existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definid	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRÁMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de duducción teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso dincuticación, procesos dincuticación, procesos dincutación, inducción cientución documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia dentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la E.S.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y erieducción documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRÁMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carateira, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respecibla hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en con la participación del personal y enmarcados en	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades y de los clentes interno con la misión y la visió Institucional. Proceso di vinculación, reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño por la ley. En la consistencia de los procesos de los estiputados por la ley. En la consistencia de los procesos de comité de bienestar socia el cual es operativo y la visión instituciona con la misión y a visión instituciona con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo Se realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En el meses segú o estiputado por la ley en la estada de comité de bienestar socia desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. en la estada el cual es operativo, tiene definida u reglamento	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital velución de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniedución documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL DIVIDIO RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida, existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentados os en el plan de desarrollo. Proceso de selección	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso di dentificación y la visió Institucional. Proceso di rinculación, inducción documentado. Si realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la Es. estados de la consistencia de los procesos didentificación y la visión instituciona consistencia de los cientes interno con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones de desempeño por la ley en la es axiste el comité de bienestar socia el cual es operativo a personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley en la es axiste el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definida u reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carderia, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentados ta misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y entracraciós en el plan de desarrollo. Proceso de selección	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades y de los clentes interno con la misión y la visió Institucional. Proceso di vinculación, reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño por la ley. En la consistencia de los procesos de los estiputados por la ley. En la consistencia de los procesos de comité de bienestar socia el cual es operativo y la visión instituciona con la misión y a visión instituciona con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo Se realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En el meses segú o estiputado por la ley en la estada de comité de bienestar socia desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. en la estada el cual es operativo, tiene definida u reglamento	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida, existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentados os en el plan de desarrollo. Proceso de selección	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso di dentificación y la visió Institucional. Proceso di rinculación, inducción documentado. Si realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la Es. estados de la consistencia de los procesos didentificación y la visión instituciona consistencia de los cientes interno con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones de desempeño por la ley en la es axiste el comité de bienestar socia el cual es operativo a personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley en la es axiste el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definida u reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en carderia, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentados ta misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y entracraciós en el plan de desarrollo. Proceso de selección					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió Institucional. Proceso didentificación y la visió Institucional. Proceso di Institucional en carrera deministrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la E.S. consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo. Se realizan el parsonal en carreradministrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, ha el cual es operativo, la el cual es operativo, tiene definid su reglamento. En la ESE existe una planta di cargos, la cual es diseñada de locural es operativo, tiene definid su reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado, la empresa tiene definidas y documentados ta misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y ermarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección	3	1	3	9	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y la visión institucional. Proceso didentificación y la visión institucional. Proceso di institucional. Proceso di institucional. Proceso di institucional personal en carreradministrativa cada 6 meses segú to estipulado por la ley. En la consistencia de los procesos di dentificación y respuesta incessidades de los citentes interno con la misión y la visión instituciona. Proceso di desempeño al personal en carreradministrativa cada 6 meses segú dentificación y respuesda de los cientes interno con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo dentificación y respuesda de comité de bienestar socia el cual es operativo, tienes es segú o estipulado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia cual es operativo, tiene definida u reglamento. En la ESE existe una planta de cargos, la cual es desinada da cuerdo a la demanda, se tiene e cuenta la contratación de l	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida, existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentadas la empresa tiene definidas y documentados en el plan de desarrollo. Proceso de selección					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de aducación teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y la visió institucional. Proceso di dentificación y la visió institucional. Proceso di necesidades de los clentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di necesidación, inducción reinducción documentado. Si realizan eveluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la ES. consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión instituciones presendos en el plan de desarrollo. Se realizan el personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, ha el cual es operativo, tiene definida su reglamento. En la ESE existe una planta de cargos, la cual es diseñada de la cual es operativo, tiene definida su reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal de concentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCLUR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISACCIÓN Y/O EL CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentado, la empresa tiene definidas y documentados ta misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y ermarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano.	Plan de capacitaciones anuu desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuerta la deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió Institucional. Proceso di vinculación, reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú to estipulado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, ha consistencia de los procesos de identificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo con la misión y la visión instituciones de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definida su reglamento	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el imenentivos laborariales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y enieducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de sida. existe el proceso de vinculación, inducción y retinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentados ta misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y emarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3)	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. He consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los clentes interno con la misión y la visó institucional. Procesos divinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. axiste el comité de bienestar socia al cual es ceparativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visón instituciona con esta desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estiputado por la ley. En la esua desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estiputado por la ley. en la es existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definido su reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital veluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal de implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborates. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y einducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL LOWINGO REANIZACIONAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA. Verificar que el formato existente (Inducción y eniducición cumplan con las normas legales.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reunionos de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida existe el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentados la empresa tiene definidas y documentados la misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias, tale de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para assumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias.					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deducación teniendo en cuerta la deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. He consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió Institucional. Proceso di vinculación, riendución documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar social cual es operativo, ha consistencia de los procesos de identificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visión instituciona expresados en el plan de desarrollo con la misión y la visión institucion. expresados en el plan de desarrollo con la misión y la visión institucion expresados en el plan de desarrollo estre el comité de bienestar social el cual es operativo, tiene definida un reglamento su reglamento su reglamento la cuarda se desempeño al personal en carre existe el comité de bienesta recial el cual es operativo, tiene definida u reglamento su reglamento la cuarda contratación de la demanda, se tiene e cuenta la contratación de la degencia anterior y las proyeccione futuras.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborarias. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMO ORGANIZACIONAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organización en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y retinducción documentado. la empresa tiene definidas y documentados la misión, visión y procesos Institucionates creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos pos empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano.					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento human responde a la planeación y las fases	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. Ha y consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los clentes interno con la misión y la visó institucional. Procesos di vinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño a personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la E.S. existe el comité de bienestar socia el cual es operativo. La consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visón instituciona expresados en la plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones de desempeño por la ley. En la escuerdo a la demanda, se len es existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definido su reglamento. En la ESE existe una planta de acuerdo a la demanda, se tiene ecuenta la contratación de higencia anterior y las proyeccione futuras. En la ESE existe una planta de acuerdo a la demanda, se tiene ecuenta la contratación de higencia anterior y las proyeccione futuras.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de hospital veluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y enieutoción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUIMO PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL LOWING REANIZACIONAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA. Verificar que el formato existente (Inducción y enieutoción documentado INCUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS EN ESTA. El hospital debe garantizar el sufficiente recurso humano en la prestacion del servicio de salud, el cual debe corrar con las competencias personales, laboreles y corrar con las competencias personales, laboreles y corrar con las competencias personales, laboreles y contar con las competencias personales, laboreles y	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, catas de reunionos de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida eviste el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentados la empresa tiene definidas y documentados la misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para assumir el cargo. Mapa de procesos la gesitión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de si u competencia para assumir el cargo. Mapa de procesos la gesitión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, se verifica la veracidad de la información alli proporcionada.	3	1	3	9	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano.	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de adudución teniendo en cuerta la deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di vinculación, inducción cinstitucional. Proceso di vinculación, en comitario de sempeño o per a ley. En la estada desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la estada de los cientes interno con la misión y la visión instituciona con la misión y la visión instituciona. Se e realiza de los procesos de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la estade el cual es operativo, tiene definida cual es operativo, tiene definida su reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMÓ ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. Verificar que el formato existente (inducción y eniducción documentado INCOMENTA CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. El hospital debe garantizar el suficiente recurso humano na prestacion del servicio de salud, el cual debe contar con las competencias personales, laborales y professionales requeridas.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de sida. existe el proceso de vinculación, inducción y retinducción documentado. la empresa tene definidas y documentados la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, gonde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada. Se tiene definido en el mapa de procesos Se se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada.					_											,
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento human responde a la planeación y las fases	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. He consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visió Institucional. Procesos divinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la ESL existe el comité de bienestar socia al cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los crientes interno con la misión y la visión instituciono expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciónes de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estiputado por la ley. En el se existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definida u reglamento. En la ESE existe una planta de acuerdo a la demanda, se tiene e cuenta la contratación de vigencia amerior y las proyeccione futuras. En la ESE existe un cuadro de vigencia amerior y las proyeccione futuras. En la ESE existe un cuadro de turnos el cual es operación, además es de la demanda, además es desiribuy de acuerdo al personal a estávidades del personal assistencia catividades del personal assistencia.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMÓ ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. Verificar que el formato existente (inducción y eniducción documentado INCOMENTA CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. El hospital debe garantizar el suficiente recurso humano na prestacion del servicio de salud, el cual debe contar con las competencias personales, laborales y professionales requeridas.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, catas de reunionos de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida eviste el proceso de vinculación, inducción y reinducción documentados la empresa tiene definidas y documentados la misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para assumir el cargo. Mapa de procesos la gesitión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de si u competencia para assumir el cargo. Mapa de procesos la gesitión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, se verifica la veracidad de la información alli proporcionada.	3	1	3	9	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento human responde a la planeación y las fases	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de adudución teniendo en cuerta la deducación teniendo en cuerta la necesidades del personal. Ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los citentes interno con la misión y la visió institucional. Proceso di vinculación, inducción cinstitucional. Proceso di vinculación, en comitario de sempeño o per a ley. En la estada desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estipulado por la ley. En la estada de los cientes interno con la misión y la visión instituciona con la misión y la visión instituciona. Se e realiza de los procesos de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estipulado por la ley. En la estade el cual es operativo, tiene definida cual es operativo, tiene definida su reglamento.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMÓ ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. Verificar que el formato existente (inducción y eniducción documentado INCOMENTA CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. El hospital debe garantizar el suficiente recurso humano na prestacion del servicio de salud, el cual debe contar con las competencias personales, laborales y professionales requeridas.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de sida. existe el proceso de vinculación, inducción y retinducción documentado. la empresa tene definidas y documentados la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, gonde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada. Se tiene definido en el mapa de procesos Se se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada.	3	1	3	9	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de talento humano de la organizaciór consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano responde a la planeación y las fases	Plan de capacitaciones anua desarrollado por el comité de deudución teniendo en cuenta la deducación teniendo en cuenta la necesidades del personal. He consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los cientes interno con la misión y la visió Institucional. Procesos divinculación, inducción reinducción documentado. Si realizan evaluaciones desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú o estiputado por la ley. En la ESL existe el comité de bienestar socia al cual es operativo. ha consistencia de los procesos didentificación y respuesta necesidades de los crientes interno con la misión y la visión instituciono expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciónes de desempeño al personal en carrer administrativa cada 6 meses segú lo estiputado por la ley. En el se existe el comité de bienestar socia el cual es operativo, tiene definida u reglamento. En la ESE existe una planta de acuerdo a la demanda, se tiene e cuenta la contratación de vigencia amerior y las proyeccione futuras. En la ESE existe un cuadro de vigencia amerior y las proyeccione futuras. En la ESE existe un cuadro de turnos el cual es operación, además es de la demanda, además es desiribuy de acuerdo al personal a estávidades del personal assistencia catividades del personal assistencia.	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado Implementar para todo el personal estimulos el incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y eniducción documentado INCUIR EN EL TALENTC HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCIÓN Y/O EL CLIMÓ ORGANIZACIÓNAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. Verificar que el formato existente (inducción y eniducción documentado INCOMENTA CUENTA LOS RESULTADOS OBTENDOS ENESTA. El hospital debe garantizar el suficiente recurso humano na prestacion del servicio de salud, el cual debe contar con las competencias personales, laborales y professionales requeridas.	anualmente, ademas documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de sida. existe el proceso de vinculación, inducción y retinducción documentado. la empresa tene definidas y documentados la misión, visión y procesos Institucionales creados con la participación del personal y emmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, gonde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano. Manual de funciones, requisitos y competencias. Hajas de vida de todos los empleados, se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada. Se tiene definido en el mapa de procesos Se se verifica ta veracidad de la información alli proporcionada.	3	1	3	9	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2

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.	laborales. Al momento de la vinculación el personal acredita los requisitos solicitados.	experiencia y validación del título y /o cargo que	Certificados de los estudios y/o capacitaciones complementarias. Listado de requisitos previa	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
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.	profesionales con las instituciones universitarias a las que pertenecen los empleados		Certificados de los estudios y/o capacitaciones complementarias. Listado de requisitos previa vinculación	5	1	1	5	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
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	los empleados que obedece a las	Mejorar el proceso de construcion del Manual de Capacitacion y su implementacion.	Plan de Capacitación de personal del hospital. Acuerdos de gestión de subgerentes.	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
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.	de desempeño a los empleados inscritos a carrera administrativa, con sus objetivos y evidencias.	ingresan al Hospital. Implementar un sistema mediante el cual el trabajdor sea evaluado periódicamente con su oportura retroalimentación. Se debe fortalecer el plan inducción y reinducción. Se garantice un proceso de evaluación a todas los emplenatos NO SE CLIMPEL LA EVALUACION Y REINDUCCION. ES NECESARIO APLICARIA. UNGENTEMENTE CON FUNCIONARIOS ESPECIALMENTE DE LA PARTE ASISTENCIALESTO MEJORA LA ATENCION Y DISMINUYE COSTOS.	hojas de vida de cada empleado.	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	Personal vinculado formalmente y con manual de funciones y competencias laborales.	Realizar inducción y reinducción a todos los empleados. Evaluar a los empleados sobre la inducción o reinducción recibida. NO SE REALIZA LA EVALUACION.	Manual de funciones y competencias laborales.	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
Estándar 111. Código: (TH9) La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategía de comunicación efectiva (cportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servícios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	NO HAY	Implementar en la Institución un proceso de comunicación. NO SE HA ESTABLECIDO UN PROCESO DE COMUNICACIÓN, POR LO QUE ESTA NO LLEGA DE MANERA OPOSTRUM A LOS SERVICIOS LO QUE AFECTA DE ALGUMA MANERA LA ADECUADA CONTINUA Y OPORTUNA A TRACA LA DECUADA CONTINUA Y OPORTUNA A TRACA DE ALGUMA CONTINUA Y OPORTUNA A TRACA DE ALGUMA MANERA LA PORTUNA A RATE FINACIERA DE LA EMPRESA AL FACITICAR POR DECIRIO ASI, ALGUNOS SERVICION NO CONTRATADOS.		3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7
	mejoramiento del recurso humano, mediante capacitaciones y la dotacion de los elementos de trabajo acordes a las necesidades del empleado.	Hacer explicita y documentada una estrategia generola que la apunte a la transformación de la cultura organizacional. Fortalecer el trabajo en todos los estándares de talento humano.		3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	higiene ocupacional aprobada por la oficina de trabajo, copaso activo,	Activar el comité de salud ocupacional. Optimizar las acciones que realize el comité de bienestar social si corresponden a las necesidades.		3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.		, , ,	Reuniones de los diferentes comités y de personal, buzón de sugerencias. Actas de las reuniones de personal de las diferentes capacitaciones de la ARL	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,0
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	NO EXISTEN	Implementar mecanismos de las relaciones docencia- servicio e investigación		5	1	3	15	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,3

Estándar 116. Código: (TH14) Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogalivas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, si aplica.	NO EXISTEN	Estandarizar el proceso planeado con el personal de prácticas. Definir los mecanismos de supenvisión en las prácticas.		5	1	3	15	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
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 EXISTEN	Implementar los requisitos para las prácticas formativas. Coordinar cuantos estudiantes de docencia-servicio van a recibir y concertar las responsabilidades que tendrán dichos estudiantes		5	1	3	15	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			
La organización garantiza procesos	La organización desarrolla procesos de mejora continua e asu empleados, y puestos de trabajo, seguridad y ergonomía	Socializar con mayor fuerza los procesos de mejora del talento humano del hospital.	Reglamento de seguridad e higiene ocupacional, vistas de auditoria a las áneas, actas de copaso, actas de capacitaciones. Compra de equipos, dotacion al personal y otros.	3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7
			OMEDIO DE LA CALIFICAC	ION DE	L GRUP	O DE ES	STANDAI	RES DEL TALEN	TO HUM	IANO									2,64
ESTANDARES DE GERENC	IA DEL AMBIENTE FISICO)																	
estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los cientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. (Tiene 8 Criterios)	hospitalaría que responda a las necesidades de la comunidad y a la contratación vigente y proyectada de la institución, que brinde camodidad y bienestar a los usuarios y cientes internos.	"Incluir en el proceso de planeación a mediano y corto plazo la adecuación de las instalaciones físicas y la infraestructura como elementos necesarios para el logro de los objetivos institucionales. "Diseñar el implementa un proceso para la garantía de la seguridad industrial. "Elaborar y poner en marcha un plan de atención de emergencias y desastres internos y externos "Diseñar y poner en marcha un plan de seguridad para el eusario y cientes internos en relación con la para fisica y la infraestructura, de tal forma que se prevean física y la infraestructura, de tal forma que se prevean se protejan frente a riesgos biológicos, fisco, químicos, radiológicos y en general los relacionados con la prestación del servicio. Diseñar en la Institución un programa del buen manejo.	en el plan de desarrolo institucional 2016 - 2020 "Camino a la acreditacion"	3	1	3	9	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3,6
La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	en la cual se prohíbe la reutilización de dispositivos médicos. 2. se cuenta con el espacio físico que umplen con los requisitios exigidos para el almacenamiento de desechos. 3 se tiene contrato con una empresa encargada de la recolección y destino final de los desechos guarados. 4. a ARP Colmena realiza capacitaciones a los funcionarios en lo que respecta a la adecuada disposición de desechos. 5 en realiza al autoclawe	del ambiente físico, que incluya los mecanismos para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico, de ijual manera las estrategias para prevenir la currencia de estos. Realizar capacitaciones que promuevan la cultura institucional del buen manejo del ambiente físico Desarrollar, adoptar, y socializar en la Institución protocolos de limpieza y desirfección, que incluya además la normatividad vigente en o que respecta a la seguridad hospitalaria.	Área física aislada y debidamente identificada. 3. Contrata con la empresa ASE (ele año 2012, el cual se encuentra en el archivo central de la Institución. 4. Listado de assistencia a las capacitaciones realizadas por la ARP.	5	1	5	25	2	4	4	4	4	4	3	3	2	3	2	3,3
Estándar 121. Código: (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.	NO EXISTEN	Diseñar en la organización un proceso de identificación, evaluación y mejoramiento de la gestión ambiental que incluya: política de gestión ambiental responsable, fomento de la cultura ecológica, Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros), reciclaje, Risespos de contaminación ambiental, Aportes de la organización a la conservación del ambiente, y la organización		5	3	3	45	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,4
procesos para el manejo seguro de desechos.	Contrato vigente con la empresa	 Rexisar y actualizar el manual de procedimientos de gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Implementar y realizar evaluación a los procesos de manejo seguro de desechos. Crear un grupo administrativo de gestión ambiental 	capacitaciones realizadas por la ARP .PARA EL	5	1	3	15	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3,6

Estándar 123. Código: (GAF5) La organización cuerla con processo de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	emergencias y desastres	Realizar simulacros o Evaluar la respuesta de los equipos o Diseñar planes de mejora para optimizar la capacidad de respuesta o Realizar seguimiento permanente a la aplicación del plan y actualizar a los funcionarios en las actividades de inducción y reinducción	SIMULIACOS de execuación, brigadas de bomberos. DAR REINDUCCIÓN A TODOS LOS FUNCIONARIOS EN CUANTO AL PLAN DE EMERGENCIAS Y RETOMAR LOS SIMULIACROS.	5	1	5	25	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,4
Estándar 124. Código: (GAF6) Evisten procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten).	emergencias intrahospitalaria, el cual incluye evacuación y reubicación de usuarios.	No se fienen implementados los procesos para la execución y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten) no se realiza evaluación a los procesos de evacuación y reubicación "Diseñar e implementar el la organización un proceso para la excusación y reubicación de usuarios cuando cura situaciones que lo amerite. Este debe incluir la identificación de usuarios que deben ser reubicación, información a sus familias, transporte y la adecuación de sitios alternos para su reubicación. - Evaluar el proceso de evacuación y reubicación de usuarios. - Realizar planes de mejora, de acuerdo a los resultados obtenidos al proceso de evacuación y reubicación de usuarios.		5	1	5	25	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,4
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.	Paciente que incluye la identificacion de los pacientes sobre todo en edades extremas.	Socializar con mayor fuerza la Politica de Seguridad del Paciente en todos los empleados del hospital.	Paciente. REINDUCCION EN EL TEMA Y ALDITAR LA ADHERENCIA AL DOCUMENTO. HASTA QUE PUNTO SE APLICA LO ALLI ESCRITO	5	1	5	25	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7
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.	elaborado bajo los parámetros establecidos por la normatividad vigente.		en el plan de desarrollo institucional 2016 - 2020 "Camino a la acreditacion"	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
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 colaboraciores	hospital buscando la mejora en la prestacion de los servicios de salud, al igual que garantizar las condiciones de privacidad e	Generar la cultura de respeto por las condiciones de privacidad e intimidad de los pacientes en todas las areas del hospital.	Planta Fisica remodelada	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
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.	hospital buscando la mejora en la prestacion de los servicios de salud, al igual que garantizar las condiciones de privacidad e	Generar la cultura de respeto por las condiciones de privacidad e intimidad de los pacientes en todas las areas del hospital.	Planta Fisica remodelada	5	1	3	15	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3,6
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			
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.	condiciones fisicas del hospital, en pro de mejorar las condiciones de	hospital, en especial donde se preste de manera directa	Planta Fisica remodelada	3	1	3	9	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3,3
		PF	ROMEDIO DE LA CALIFICAC	CION DE	L GRUF	O DE ES	STANDA	RES DEL AMBIE	ENTE FIS	SICO									3,22
ESTANDARES DE GESTION	N DE TECNOLOGIA.																		
Estándar 130. Cédigo: (GT1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.		Formular e implementar el proceso de gestión de la tecnología que garantice que la adquisición de desta se de previo cumplimiento de requisitos mínimos de análisis, validación normativa, contebustazicarión con el portafolio de servicios y estudios de demanda y utilización de los servicios. Garantizar que la tecnología a adquirir sea la mas coste dictiente y que se disponga de suficiente información y garantías por parte del proveedor.	Actualizacion de XENCO ADVANCED	5	1	3	15	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2

Estándar 131. Código: (GT2)	La empresa cuenta con un comité	Establecer un proceso claro para la evaluación de la	Actas de comité de compras.																
La organización cuenta con una política	de compras, donde se lleva a cabo	tecnología que se pretenda incorporar a la institución,																	
organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición.		teniendo en cuenta los conceptos técnicos de las personas idóneas, considerando además aspectos																	
evaluada para adquisición, incorporación, monitorización,	acuerdo a los parámetros de costo	como costo beneficio, retorno sobre la inversión y																	
control y reposición de la tecnología.	efectividad v costo beneficio.	portafolio de servicios. Se deben valorar también las																	
control y reposicion de la techología.		diferentes alternativas y justificar la escogencia de una																	
	Cada coordinador de área solicita	en vez de otra.																	
	por escrito las necesidades en																		
	adquisición de nuevos equipos a su			3	1	3	9	2	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
	jefe inmediato, dichas solicitudes	l		3	'		3	-	-	7	-	-	"	ľ	,				٥,٢
	son analizadas en el comité de	•																	
	compras, donde se realiza una																		
	selección de solicitudes y se cotizan mínimo con tres																		
	proveedores los equipos, para su																		
	posterior compra y adecuada																		
	incorporación de la misma.																		
	. 505																		
Estándar 132. Código: (GT3)	La ESE cuenta con un proceso que	Documentar proceso que garantice minimizar los riesgos asociados con la adquisición y uso de las	Manuales y hojas de vida de los equipos, pólizas y																
dissands implemented to a solundo pero	garantiza minimizar los nesgos genciados con la adquisición y uso	nuevas tecnologías, mediante capacitación previa a los	garantias. Plan de mantenimiento.																
gorantizor la coguridad del uso de la	de las tecnologías mediantes	profesionales que los utilizarán. Realizar inducción y																	
tecnología.	capacitaciones en el maneio de los	reinducción periódica en el manejo de equipos al																	
techologia.	equipos, aseguramiento inmediato.	personal y registrar asistencia. Garantizar la																	
	valores agregados, instructivos en	disponibilidad de manuales en español y guías rápidas		5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
	español y guías de manejo rápido	de manejo		•		•	0	-	-	-	-	•	•	•	•	•	_	_	•,.
	previo a su adquisición, además de																		
	programa de mantenimiento																		
	preventivo y correctivo.																		
	Ĭ																		
Estándar 133. Código: (GT4)	NO EXISTEN	Formular la política de gestión de tecnología en las	No existen		-												-		
La organización cuenta con una política	NO EXISTEN	fases de puesta en funcionamiento, monitorización y	ING GNOREL.																
definida, implementada v evaluada para	Ĭ	control		_		_						•	ا ہا	_			_	_	
la puesta en funcionamiento,	Ĭ			5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
monitorización y control de la																			
tecnología.																			
Estándar 134. Código: (GT5)	La institución formula el plan de		Contratos de mantenimiento y metrología,																
La organización garantiza que el	mantenimiento hospitalario que	cronogramas de mantenimiento	cronograma de actividades y actas de interventora																
proceso de mantenimiento (interno o	incluye equipos y metrología, se	•	a los contratos	_		_	_					_	_	_	_	_	_	_	
delegado a un tercero) está planeado,	cuenta con la contratación con			3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
implementado y evaluado	empresas idóneas y se monitorea e																		
	cumplimiento de los planes.																		
Estándar 135. Código: (GT6)	NO EXISTEN	Formular e implementar un política para la renovación	NO EXISTEN																
Estándar 135. Código: (GT6)	NO EXISTEN	Formular e implementar un política para la renovación de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de	NO EXISTEN																
La organización cuenta con una política	NO EXISTEN		NO EXISTEN													,			0.4
	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7)	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes inestituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de sporte clínico (ej.	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes inestituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico y de soporte adminios tel.	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de sporte clínico (ej.	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una politica definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) 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	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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 administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de innecesario de recursos. La gerencia de	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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 administrativo (ej. sistemas de facturación) y evalra la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de la red cuenta con mecanismos de la red cuenta con mecanismos de laneación, operativización y evaluación	NO EXISTEN	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1		9		4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) 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		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativazión y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una politica definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) 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 batence de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con sedes instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de scoporte clínico (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 la red cuenta con mecanismos de planeación, operativazión 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 la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de laboratorio) y de soporte adminio de judicación 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, acuento con el grado de complejidad de acuerdo con el grado de complejidad		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secnologías debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (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, operativazión 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 la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de laboratorio) y de soporte adminio de judicación 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, acuento con el grado de complejidad de acuerdo con el grado de complejidad		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de 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 batance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de scoporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evaltar á duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de a red cuenta con mecanismos de planeación, operativazción 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. Estándar 137. Código: (GT8)		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la setenologías 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 differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes inestituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico e diporte de la forte de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operalitización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que netre los diferentes prestadores que netre los diferentes de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación,		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) 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 differentes prestadores que hacen parte de la red, eacuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1				4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de suporte clínico (ej. laboratorio) y de suporte 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor deportamentos que planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GTT) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secnología de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y estema de judicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. 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 porganas que identifique el mejor balance de costos y beneficios en el uso		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A		DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes inestituciones con 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, operalituzación 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. 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		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico el laboratorio) y de soporte adminio (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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red. cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifique el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de programas que identifique el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de programas que identifique el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de la		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con 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. 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		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de suporte clínico (ej. laboratorio) y de suporte 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de los 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 la cuendo con el grado de complejidad de couendo con el grado de complejidad de couendo con el grado de complejidad de acuerdo con el grado de complejidad		de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o	NO EXISTEN	3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la setenología debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y entinación o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, perativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance 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. Estándar 138 Código: (GT9)	La tecnología disponible en la	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones		3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes inestiguadas 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, operafivización 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de los programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT9) Estándar 138 Código: (GT9) Estándar 138 Código: (GT9)	La tecnología disponible en la institución es de nýmer nivel v se	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de devarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones		3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la secnología de soporte clínico de las tecnologías de facturación) y esterior de la politicación de las tecnologías de la forde cuenta con mecanismos de planeación, operafivización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance 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. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de e acuendos con el grado de complejidad los prestadores.	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se necuentra debidamente validad en	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones		3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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 differentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red. cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de acuerdo con el grado de complejidad de los prostadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores y en hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores y en hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos de de lutima tecnología en médicos de última tecnología de lidiran tecnología en delicos de última tecnología en delicos de de ditima tecnología en delicos de de ditima tecnología en delicos de de ditima tecnología en delicos de delitima tecnología en delicos de delitima tecnología en delicos de delicos de delicos de delitima tecnología en delicos de delicos delico	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validad en las guías de atención de cada una	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones				NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL DSPITAL											
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con integradas en red, la gerencia de la tecnología de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico de las tecnologías de soporte clínico el desto integradas en red, la gerencia de la tecnología en fermación o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de auplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de preacución, 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en mégentes mágentes de contonlogía, aboratorio, imágenes	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se necuentra debidamente validad en	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones		3	1	NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,1
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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 batence 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red. cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor batance de costo y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo cos 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. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en dontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, de angre,	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validad en las guías de atención de cada una	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones				NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL DSPITAL											
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes instituciones con integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de suporte clínico (ej. laboratorio) y de suporte 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, operativazción 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativazción y evaluación de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red. cuenta con mecanismos de planeación, operativazción y evaluación de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología endontología, laboratorio, rehabilitación ha sido	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validad en las guías de atención de cada una	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones				NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL DSPITAL											
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología 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. Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red. cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores y un la grado de complejidad de los prestadores y el pacen parte de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores y un la grado de complejidad de los prestadores y un la contra de la red. de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores y un la contra la red. La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en dontología, laboratorio, imágenes	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validad en las guías de atención de cada una	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones				NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL DSPITAL											
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes inestiguadas 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, operalivización 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 que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores que hacen parte de la red, operantivazoión y evaluación de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, operantivazoión y evaluación de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, ce acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Estándar 138 Código: (GT8) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología endontología, laboratorio, habolitación, ha sido habilitación, ha sido habilitación, ha sido	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validad en las guías de atención de cada una	de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones				NO APLICA A	A NUESTRO HI	DSPITAL DSPITAL											

Estándar 139. Código: (GTMCC1) La gestión de las oportunidades de	El hospital esta a la vanguardia en la adquisicion de la tecnologia y	Mejorar todas las areas asistenciales con los equipos requeridos para prestar un mejor servicio.	Comité de compras, adquision de equipos, hojas de vida de equipos.																
mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento				3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
continuo, que apliquen al grupo de estándares se realizan teniendo en	de salud			ŭ	•	ľ	J	_	~	~	ľ	•	l ĭ	ľ	Ů	ŭ	ŭ	_	0,1
cuenta algunos criterios.																			
		PROME	DIO DE LA CALIFICACION	DEL GR	UPO DE	ESTAN	DARES	DE GESTION DE	LA TEC	NOLOG	iΙΑ								3,14
ESTANDARES DE GERENC	IA DE LA INFORMACION																		
Estándar 140. Código: (GI1)	NO HAY	Identificar y desarrollar procesos de información que	NO HAY																
Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar		respondan a las necesidades de los usuarios, evaluar su funcionamiento y hacer planes de mejoramiento		_	_			_	l .		l .		_		_	_	_	_	
la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los		eficaces para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios		3	3	3	27	2	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,1
colaboradores, y todos los procesos de																			
Estándar 141. Código: (GI2)	La organización cuenta con un	adecuar y desarrollar el sistema de información y																	
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la	documental donde reposa parte de	comunicación en la empresa, documentarlo y evaluar su aplicación. Actualizar los recursos tecnológicos que	hojas de vida de equipos, tablas de retención documental.																
organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado	la información institucional	permitan un adecuado almacenamiento de la información.		5	5	3	75	2	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3,2
en un plan de gerencia de la información																			
Estándar 142. Código: (GI3)		Detectar y medir las variaciones inesperadas que surjan																	
Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no	seguimiento y análisis a algunos indicadores, y a partir de ahí se	de los procesos y generar acciones que permitan e mejoramiento de éstos. Diseñar indicadores de cada	auditorías internas de calidad																
esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la	plantean correctivos.	proceso que permitan la medición de las variaciones y facilite la toma de decisiones.		3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
organización realiza análisis de causas		de d																	,
y genera acciones de mejoramiento continuo.																			
Estándar 143. Código: (GI4) La adopción de tecnologías de la	El hospital se encuentra a la vanguardia en la adquisicion de	Adoptar un sistema de información, socializar su contenido, capacitar al personal para que su manejo	Sistema XENCO, telemedicina, paguina WEB, lineas telefonicas, telefonos celulares.									•			•	•	•	•	
información y comunicaciones	nuevas tecnologias de las comunicaciones (TIC)	sea adecuado ético y responsable.		3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 144. Código: (GI5)	La institución cuenta con un archivo	Desarrollar e implementar un proceso documentado que				1			1	1	1		1	1					
Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para	central dirigido y debidamente custodiado.	permita garantizar la seguridad y la confidencialidad de toda la información generada y recibida en la	seguridad, seguros. LAS TABLAS DE RETENCION NO SE APLICAN EN LAS																
garantizar la seguridad y		institución. Hacer buen uso de los equipos tecnológicos. Diseñar estrategias que permitan que los archivos de	DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA	5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,1
confidencialidad de la información.		gestión, central y pasivo estén debidamente custodiados	THE THOUSAN, COLO EN CESTAL THAT I																,
Estándar 145. Código: (GI6) Existe un mecanismo definido	NO HAY	Implementar un sistema de transmisión de datos que sea confiable y seguro que permita acceder fácil y																	
implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información.		oportunamente a toda la información y que la información que se suministre sea veraz.		5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3,0
•																			
Estándar 146. Código: (GI7) Existen procesos para la gestión y	La organización cuenta con un software que permite el	Desarrollar e implementar procesos que faciliter obtener información rápida, confiable, oportuna, clara.	Software Xenco.																
minería de los datos, que permitan obtener la información en forma	almacenamiento y búsqueda de datos.	Adecuar los recursos tecnológicos existentes en la organización para optimizar el acceso a la información.		5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3
oportuna, veraz, clara y conciliada.																			
Estándar 147. Código: (GI8) Existe un mecanismo formal para	La entidad cuenta con un software que permite generar toda la	fortalecer y optimizar El software con todas las herramientas necesarias que permitan obtener una	Software Xenco.																
consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La	información.	información clara y oportuna.		5	3	3	45	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a				3	ľ	l	73		I -	I ⁻	l		l	l	ľ			1	٠,١
los pacientes y su familia.																			
Estándar 148. Código: (GI9) La gestión de la información relacionada	La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea		-															
con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la		actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice	Social. Historia Clinica Digital.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,1
calidad, la seguridad y la accesibilidad	p	su custodia.		J	ľ	ľ	7.5	-	Ι -	l ⁻	l ⁻	•	l	ľ	l				٥,١
de los mismos.																			
Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia	En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de	Actas, manuales.																
diseñado, implementado y evaluado	información	información y que cause el mínimo impacto al ocurrir algún evento adverso.																	
que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de		anguir overno auvoi su.																	
información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos.																			
Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo				5	3	5	75	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
anterior incluye mecanismos para				-	1	l			l -	l -	I -		l -	l	1		_	_	_,•
prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de																			
información en especial alarmas en historia clínica.																			
						<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>					

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, asi come ne la gestión de medicamentos. Esto incuir medicamentos. Esto incuir mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados a usos de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.	para garantizar que las decisiones y el manejo de información clara y veraz.			5	1	3	15	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2,6
fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.	garantizar que las decisiones que se toman surgen de información clara y veraz.	Plantear una estrategia para que todos los funcionarios involucrados en los procesos asuman la responsabilidad de recolectar, analizar y validar la información de su dependencia y presenten resultados que facilite la toma de decisiones confiables, claras y acertadas.		3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6
implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	, estrategias para educar y brindar información a los clientes internos y a externos.	Desarrollar, implementar y fortalecer un proceso educación y comunicación dirigida a los cilentes internos y externos, donde exista un compromiso por parte todos los funcionarios de la Institución.	usuarios NO HAY PROCESO DE	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO 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	e manera inmediata cuando detecta fallas en el manejo de la informacion y la tecnologia	Hacer buen uso de las TIC y reportar de manera inmediata las dificultades ocurridas en cualquier momento y area del hospital.	Actas de comites, planes de mejora.	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		PROME	DIO DE LA CALIFICACION I	DEL GR	UPO DE	ESTANI	DARES -	GERENCIA DE	LA INFO	RMACIO	ON								2,99
ESTANDARES DE MEJORA	AMIENTO																		
Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del majoramiento continue de la calidad orientado hacia los resultados	Obligatorio de Garantía de la	Definir las estrategias para el despliegue y seguimiento al Pamec. Establecer los mecanismos para el monitoreo a los planes de mejoramiento	Documento con la formulación del pamec, cronograma de la ruta critica. Seguirimento a indicadores y planes de mejoramiento. Documentación de los eventos adversos y su gestión.	3	1	3	9	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación	formulan planes de mejoramiento a partir de las oportunidades de		Plan de Desarrolo institucional. Actas de Comité Técnico, Formulación del Pamec, Auditorias internas de calidad, planes de mejoramiento.	3	1	3	9	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 156. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y e mejoramiento continuo de la organización	Se realiza seguimiento a los indicadores y se formulan planes de Imejora cuando se observan brechas entre la calidad observada y la esperada. Se realizan acciones preventivas, se seguimiento y coyunturales dentro de el Pamec.	Implementar mecanismos para garantizar que se haga seguimiento y evaluación a la ejecución de los planes de mejoramiento.	Tablero de mando, seguimiento a los indicadores, reporte a órganos de control.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran.	indicadores a las entidades administradoras de planes de	Realizar la socialización sistemática de la información relacionada con el mejoramiento de la calidad. Pienso que dicha socialización no se realiza con todos los funcionarios y algunas areas son criticas para el mejoramiento de la calidad.	Auditorias internas de calidad, planes de mejoramiento.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 158. Código: (MCCS): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y sor asegurados en el tiempo en transformación cultural, teniendo er cuenta procesos que lleven a aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	aprendizaje organizacional. 1 1 1 1	Generar la cultura de mantenimiento de las condiciones de mejora de los procesos desarrollados En general pienso que estos estandares de mejoramiento no se cumplen con todos los funcionarios, esta es la gran debilidad no todos estan enterados de los procesos de mejoramiento ni los involucran en estos, deberían tener mas participacion para que así se apropiaran del tema.		3	3	3	27	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2

Proceso de Autoevaluacion de los Estandares de Acreditacion, realizado en Junio - Julio de 2017,por parte del Comite Primario de Calidad, con base en los conocimientos, avances y evidencias de la ejecucion de los procesos mencionados, ademas de tomar los correctivos anticipadamente de los estandares que requieran mayor grado de desarrollo y no esperar a que termine la vigencia fiscal del año para comenzar con la mejora de los procesos.

NOTA: Los 34 estandares de acreditacion en salud identificados con este color, son los mas debiles en su diseño e implementacion, a los cuales se debe aumentar los procesos de desarrollo y gestion de los mismos, para garantizar la mejora continua de los procesos y el aumento en la calificacion de la autoevaluacion de dichos estandares al finalizar la presenta vigencia fiscal (Año 2017) (Julio de 2017)

NOTA: Los 84 estandares de acreditacion en salud identificados con este color, son los mas debiles en su diseño e implementacion, a su vez, hay 4 de estos mismos estandares que estan priorizados con el otro metodo de priorizacion (Riesgo, Costo, Volumen)a los cuales se debe aumentar los procesos de desarrollo y gestion de los mismos, para garantizar la mejora continua de los procesos y el aumento en la calificacion de la autoevaluacion de dichos estandares al finalizar la presente vigencia fiscal (Año 2017) (Julio de 2017)

NOTA: Proceso de Autoevaluacion de los Estandares de Acreditacion en Salud, realizado en Enero de 2018, de la vigencia del Año 2017, que sirve de base para verificar el comportamiento de la E.S.E. en este macroproceso de calidad institucional, que sirve de base para el proceso de Acreditacion y de la Evaluacion del Plan de Gestion Gerencial del año 2017, proceso que se lleva a cabo por la Junta Directiva en Abril de 2018.

NOTA: Proceso de Autoevaluacion de los Estandares de Acreditacion en Salud, realizado en los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 2018, dentro del proceso de capacitacion en Acreditacion, donde participaron los empleados de la ESE que hacen parte del grupo de estudio, los cuales estan divididos en varios grupos de estudio, y que a aumentar el numero de personas que intervienen en el proceso de autoevaluacion, se obtiene un proceso mas objetivo y real del proceso de acreditacion al interior del hospital, lo que finalmente arrojo una evaluacion de 2,78 reduciendo la evalucion en 1,02 puntos. (3,8 - 2,78 - 1,02) (Analisis realizado en Diciembre de 2018)

NOTA: A partir de esta nueva autoevaluacion (2,78) y con la expedicion de la Resolucion No. 5065 de 2018 que es el nuevo Manual de Acreditacion, se debe replantear el proceso de el PAMEC y de la ruta critica de implementacion, asi como modificar las lineas bases de los Indicadores 1 y 2 de la matriz de evaluacion de los Planes de Gestion Gerencial para los años venideros. (Analisis realizado en Diciembre de 2018)

NOTA: Proceso de Autoevaluacion de los Estandares de Acreditacion en Salud, aplicando la nueva resolucion de Acreditacion (Resolucion No. 5065 de 2018) dentro del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, mediante la aplicacion del PAMEC en la vigencia del año 2019, proceso que se realiza con algunos miembros del comite primario de calidad, en Enero de 2020, como soporte de lo trabajado y de las evidencias del Plan de Gestion Gerencial de la respectiva vigencia fiscal. (16 y 17 de Enero de 2020)

OJO: TERMINAR DE REALIZAR ESTE ANALSIS (17 DE ENERO DE 2020)

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIOQUIA.

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION

SELECCIÓN DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION - Año 2019

			00	0.1. 2 = =	00 -0.7														
		EVALUA	CION CUALITATIVA								EVAL	UACION (CUANTITA	ATIVA					
ESTANDADES A		ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE P	PRIORIZACION		VALOR FINAL.		ENFOQUE		IMPLEMEN DESPL				RESULTADOS	i.]
ESTANDARES A EVALUAR	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guias, Protocolos y Otros)		VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	TOTAL	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificacion obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluacion)		Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiacion por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
								Tomado de la Resolucion No. 20	82 del 29 de Ma	yo de 2014									

	Town to the second	li sos pullaria						-											
Estándar S. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la politica de Seguridad de pacientes y garantíza su despilegue en toda la organización Estándar 6. Código: (AsSP2)	Implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de	implementación de una política de calidad y garantiza- su despliegue en toda la organización mediante una estructura funcional , implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridar- que incentive el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que leven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.no todos los funcionarios estan a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	identificacion del paciente, rondas de seguridad y otos	5	5	5	125	3	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4,0
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 e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	generación y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad, iniplementación de un programa de Seguridad (equi- defina las herramientas) y la conformación del control de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos y eventos adversos la investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibate. Además La organización idenficara si la cultura atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad y otos	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,9
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, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, DONDE SE EDUCA AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS		Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad	5	5	5	125	2	5	5	4	4	4	4	4	4	3	2	3,9
ACCESO Estándar 13. Código: (AsAC6) 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.	indicadores de oportunidad para los servicios, realiza el seguimiento y formula los planes de mejora cuando se encuentran diferencias entre la calidad observada y la	Establecer un mecanismo para socializar los indicadores y hacer participes a los responsables en el seguimiento y formulación de los planes de mejora	Reportes de indicadores obligatorios. Fichas técnicas. Planes de mejoramiento	5	3	5	75	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,1
criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	atención, pero estas se encuentral desactualizadas SE DEBEN REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINUAS DE ESTAS GUIAS Y CENTRALIZAR LA INFORMACION DONDE TODO EL PERSONAL SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION	de las guías Actualizar las obsoletas y elaborar las neuesa que sean requeridas Relatizar la socialización de las guías realizar auditorías para verificar la adherencia a las guías formular acciones correctivas cuando no se estén cumpliendo	ffsico	5	5	5	125	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9
servicios odomológicos se asseguran 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.	atención de odontología y estas se aplican en la práctica cotidiana.	Establecer mecanismos de auditoría para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología		5	5	3	75	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9
Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio cínico, 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.	encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza	Actualizar al personal que transporta muestra en aspectos técnicos pertinentes. Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.	Guias clinicas y manuales.	5	3	5	75	2	5	5		4	4	4		4		3	4,1

Estándar 39. Código: (AsPL18)	Se cuenta con una Politica de	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no	Documento con la Politica de Seguridad del																
La organización cuenta con procesos	Seguridad del Paciente que le	existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y	Paciente.																
estandarizado que garantizan la	anunta a evitar los riesgos y eventos	eventos adversos. Establecer una guía para el manejo e																	
provonción y al central de las	adversos en la prestacion del	antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el																	
infecciones durante el proceso de	continio de colud	aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad,		_	_	_		_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
intecciones durante el proceso de	servicio de salud.			5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.8
atención del usuario. Los procesos son		aseo y desinfección. Establecer mecanismos de			-	-		_	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_	-,-
basados en guías o protocolos		coordinación entre el comité de infecciones y los																	
		procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria																	
		y mantenimiento																	
		ľ																	
EJECUCION DEL TRATAMIEN	0																		
Estándar 40. Código: (AsEJ1)		Actualizar las guías de atención o elaborar las que no																	
Existe un plan de cuidado y tratamiento	ejecutado por un equipo	existan	seguridad del paciente.																
que incorpore de manera integral el	interdisciplinario de salud entrenado																		
análisis de riesgo y las necesidades del	v con canacidad técnica v																		
paciente y su familia mediante la	científica con suficiencia de																		
adecuada articulación del equipo	nerennal nara ejecutar el tratamiento																		
adecuada articulación del equipo	personal para ejecular el tratamiento																		
interdisciplinario requerido para tal fin.	de acuerdo con la complejidad																		
	ofrecida. Se promueve y evalúa e			5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,8
	trabajo en equipo y la interacción			9		3	13	-	-	7	_	-	-	7	_	-		, v	5,5
	de responsables de tratamiento.														I		I	I	
1	Garantiza que el profesional tratante														I J		I	I	
1	provee información básica a														I J		I	I	
	usuario y su familia como resultado														I		I	I	
	de su atención.																		
1															I J		I	I	
Estándar 91. Código: (GER. 4)		Formular en forma integral el plan de gestión de riesgos																I	
La alta gerencia tiene definido e	planes de gestión de riesgos por	por procesos, que incluya el diagnostico estratégico, la	riesgos y mapas elaborados. Programa de						_		_	_				_			
implementado un sistema de gestión del	procesos. NO SE CONOCE NI SE	descripción de los riesgos, su calificación y la	seguridad del paciente.	5	5	5	125	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.8
riesgo articulado con el	HA SOCIALIZADO ESTE CON EL	priorización para definir planes de intervención	*	•			120	_		-	-	-		-	1 7	_	ı ~	ı ĭ	5,5
riesgo articulado con el direccionamiento estratégico	PERSONAI	priorización para dell'ili pianes de intervelloloti													I J		I	I	
Estándar 99. Código: (GER.12)		Documentar y poner en marcha mecanismos explícitos													I J		I	I	
		de protección de los recursos financieros y activos en													l l		I	I	
evaluado para la protección y el control	financieros y administrativos,	general.	Informes de ejecución presupuestal.																
de los recursos, articulado con la	enfocado a la protección de los	*	, , ,																
gestión del riesgo.	recursos. Se realiza gestión del																		
gestion dei nesgo.	presupuesto, garantizado la																		
	disposición previa de la																		
	disponibilidad. Se realiza monitored																		
	a los indicadores financieros y a los			5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.8
	estados de resultados, se monitorea			3	3	3			J	4	4	4	4	-	~	3	J	J	3,0
	el comportamiento de la producción							_											
ĺ	de servicios comparados con los							_											
1								_											
								_											
	gastos comprometidos. Se vela por						_	_											
	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos						_	-											
	gastos comprometidos. Se vela por							_											
	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos							-											
	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los						_	-											
	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes.																		
Estándar 148. Código: (GI9)	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes.		Archivo clínico resoluciones 1715 de 2005 y 1995					_											
	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que						_											
La gestión de la información relacionada	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección					-											
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en catualizada, consignada de manera clara, archivada por la consignada en la historia con por la consignada en la consig	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clinica Digital.		2	-		_	4			4			4		2	2	27
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad,	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garánte.	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clinica Digital.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en catualizada, consignada de manera clara, archivada por la consignada en la historia con por la consignada en la consig	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clinica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad,	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garánte.	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clinica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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.	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que bo datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia.	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Estándar 149. Código: (GH0)	gastos comprometidos. Se vela po- la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un procese que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Estándar 149. Código: (GH10)	gastos comprometidos. Se vela po- la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes. La empresa cuenta con un procese que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia.	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia diseñado,	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GH0) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice implementado y evaluado que garantice	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GH0) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y enlaudado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de confingencia diseñado, implementado y evaluado que garantico el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GH0) 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.	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de confingencia diseñado, implementado y evaluado que garantico el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contrigencia 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 se	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5		_	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7
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. Estándar 149. Código: (G110) Existe un plan de contingencia desiñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sea manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectado, analizada y resuelta. Lo resuelta Los resultados	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contrigencia diseñado, implementado y evaluado que garantico 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 anterior incluye mecanismos para	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (G110) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, seam anuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos realocinados	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (G110) Existe un plan de confrigencia 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 se recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistema es 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 realecinados	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,
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. Estándar 149. Código: (G110) Existe un plan de confrigencia 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 se recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de	gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los esguros perfinentes. La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia. Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir información y que cause el mirmio impacto al courrir	de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.				75	2	4	4	7	•	7		·			_	.,

13 Estandares Seleccionados

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIOQUIA.

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION

PRIORIZACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION - Año 2019

		EVALUA	CION CUALITATIVA							EVAL	UACION C	UANTITA	AVITA					
		ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE P	RIORIZACION	VALOR FINAL.		ENFOQUE		DESDU				RESULTADOS.			
ESTANDARES A EVALUAR	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guias, Protocolos y Otros)	RIESGO (1, 3, 5)	VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificacion obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluacion)	Enfoque Sistemico	Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiacion por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	TOTAL

		1	1	1															
	D							Tomado de la Resolucion No. 20	082 del 29 de Ma	yo de 2014			_						
despliegue en toda la organización	estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad y otos	estructura funcional i implementación de estrategiat para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que teven a su mitigación, además planes o estrategia que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior no todos los funcionarios estan a la par cor esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	identificacion del paciente, rondas de seguridad y otos	5	5	5	125	3	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4,0
medición de la cultura de seguridad, (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de ur programa de Seguridad (que defina herramienta) y la conformación de comité de seguridad de pacientes.	en e hospital EL PRÓGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTA SEGURIDADO DE MANERA SUPERRICIAL. DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN PORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE. PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL.	Despigar la política de seguridad de pacientes en le generación y la medición de la cultura de seguridad; [incluir la medición del clima de seguridad; implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comit de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos venerios adversos la investigación, nadisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles Además La organización idenficiara si la actua atención es consecuencia de un evento adverso independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otos	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,9
de las recomendaciones que le sear aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en	in e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE ONDE SE EDUCA AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS	5 U A A	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad	5	5	5	125	2	5	5	4	4	4	4	4	4	3	2	3,9
con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de	atención, pero estas se encuentrar desactualizadas SE DEBEN REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINUAS DE ESTAS GUIAS Y		físico	5	5	5	125	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9
muestras para ser referidas a ur laboratorio intrainsitucional cinterinsitucional cinterinsitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confidencialidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica de	encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas	Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.		5	3	5	75	2	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4,1
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan le prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos	Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestacion de servicio de salud.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no esistan reactivar el comité de intecciones hospitalarias y sentos adversos. Establecer una guía para el manejo antibióticos. Actualizar y socializar la guía para e aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad aseo y desirrección. Establecer mecanismos cocordinación entre el comité de infecciones y los procesos de estentización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Paciente.	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8

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.	ejecutado por un interdisciplinario de salud et y con capacidad téc científica con suficien personal para ejecutar el tra de acuerdo con la con orfrecida. Se promueve y e trabajo en equipo y la inte de responsables de trat Garantiza que el profesiona provee información bás	equipo ntrenado nica y cia de tamiento nplejidad avalúa el eracción amiento. tratante sica al	Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,8
		ica al																	
																			3,9

7 Estandares Priorizados.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIQUIA.

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION

DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA - ESTANDARES DE ACREDITACION - Año 2018

	EVALUACION CUALITATIVA										EVAL	UACION C	UANTITA	ATIVA					
		ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE P	RIORIZACION		VALOR FINAL.		ENFOQUE		DESDLI	EGUE			RESULTADOS			
ESTANDARES A EVALUAR	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guias, Protocolos y Otros)	RIESGO (1, 3, 5)	VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	TOTAL	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificacion obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluacion)	Enfoque Sistemico	Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiacion por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
								Tomado de la Resolucion No. 20	182 del 29 de Ma	yo de 2014									
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	Implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de	La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar su desplégue en toda la organización mediante una estructura funcional , implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventica, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que leven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventes y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior, no todos los funcionarios estan a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad	5	5	5	125	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4,2
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	en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE,	Desplegar la política de seguridad de pacientes en la peneración y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité e seguridad de pacientes Incluye estandarización de un sistema de bisiqueda de factores de riesgos y eventos adversos la investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, preventibles. Además La organización identificar a si la catal atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad	5	5	5	125	3	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	4,0
de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guia técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos	en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA	implementar la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía étenica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atenición en salud- procesos institucionales seguros, prócesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, el imolucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificacion del paciente, rondas de seguridad	5	5	5	125	2	5	5	5	4	4	4	4	4	3	2	4,0

Estándar 18. Código: (AsREG3) Se han elaborado guías de Elaborar un inventario de las guía En los servicios assistenciales se cuenta alención, pero estas se encuentram requiere la institución evaluar la vige con las guías y los protocolos, con diseactualizadas SE DEBEN de las guías Actualizar las obsol critérios explicitus, en los que se REALIZAR RETROALIMENTACION nuevas que sean requendas Realiza establecen las necesidades de CONTINUAS DE ESTAS GUIAS Y las guías eralizar auditiorias para ve realización de cualquier intervención. CENTRALIZAR LA INFORMACION a las guías formular acciones corre DONDE TODO EL PERSONAL están cumpliendo SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION	cia y actualización (físico las y elaborar las la socialización de fícar la adherencia tivas cuando no se	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4,0
Estándar 35. Código: (AsPL14) El proceso de laboratorio clínico se Actualizar al personal que tran El aboratorio clínico, cuando la encuentra estandriazado y la aspectos técnicos pertinentes, organización realice la toma de remisión de muestras se realiza Estandarizar los tiempos y condicion muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la confedencialidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del	es de traslado	5	3	5	75	2	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4,1
Estándar 39. Código: (AsPL18) Se cuenta con una Política de Actualizar las guías de atención o La organización cuenta con procesos Seguridad del Paciente que le elestan reactivar el comité de infecciones comención y el control de las adversos en la prestación del antibidicos. Actualizar y socializa infecciones durante el procesos de servicio de salud. atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos	nes hospitalarias y Paciente. a para el manejo e la guía para el de Bioseguridad, mecanismos de infecciones y los	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
Estándar 40. Código: (AsEL1) Se garantiza que el tratamiento es Actualizar las guías de atención o Existe un plan de cuidado y tratamiento ejecutado por un equipo que incorpore de manera integral el interdisciplinanio de salud entrenado análisis de riesgo y las necesidades del y con capacidad técnica y paciente y su familia mediante la clentifica con suficiencia de adecuada articulación del equipo personal para ejecutar el tratamiento de interdisciplinario requerido para tal fin. de aucerdo con la compejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.	iaborar las que no Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,8

7 Estandares Priorizados.

4,0 Año 2019

Nota: el valor de referencia de este indicador es 3,17 para el año 2019

