

Nombre de la reunión y/o comité: Comité de Gerencia	Fecha: 09/12/2021	Acta No: 4
Lugar: Oficina del Gerencia	Hora inicio: 10:00a.m	Hora Finalización: 1:00p.m
Líder/presidente: Andrea Navarro Quintero/Gerente	Secretario: Tatiana Hernández/Gestión de Calidad	
Integrantes		
Nombre	Cargo	
Andrea Liliana Navarro Quintero	Gerente	
Giovanny Humberto Duran	Asesor Jurídico	
Claudia Juliana Corredor	Contadora	
Tatiana Hernández Chaux	Gestión de Calidad	
Martin Enrique Hernández Montaña	Profesional Área de la Salud – Jefe Enfermería	
Invitado: Jorge Leon Leon	Representante Legal GENDA	
Agenda de la reunión		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación, Discusión y Aprobación del Plan de acción y/u operativo y/o estratégico de la vigencia fiscal 2021, como herramienta de gestión para la ejecución y medición del cumplimiento del Plan de Gestión, como instrumento idóneo exigible de la dirección y/o gerencia 2. Seguimiento plan de mantenimiento equipos biomédicos 3. Seguimiento a auditorías externas. 		

Seguimiento a compromisos			
Compromiso	Responsable	Estado (Finalizado, No Ejecutado, En Proceso)	Descripción de avance

Desarrollo de los temas de reunión
Siendo las 10:00a.m se da inicio a la reunión del Comité de Gerencia, en el cual se va a realizar la revisión de las actividades, indicadores y metas del Plan Operativo anual para la vigencia fiscal 2022 y se va a realizar seguimiento

El orden del día para

COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

Se tiene determinados 9 compromisos para los cuales se han planteado 17 actividades para el desarrollo y cumplimiento a los mismos a estas se les ha establecido, indicador y la respectiva meta que es presentada a continuación:

Compromisos	Actividades	Responsables	Indicador	Meta 2022
Dar cumplimiento al indicador n°1 de la 710/408 relacionado con mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior	realizar la autoevaluación anual del cumplimiento de los estándares de acreditación en salud	Lideres de procesos misionales/administrativos /gerencia/calidad	Calificación de la autoevaluación de la vigencia.	1,25
	definir un plan de mejoramiento y hacer seguimiento para lograr el mejoramiento continuo de los estándares de calidad en acreditación autoevaluados	Lideres de procesos misionales/administrativos /gerencia/calidad	acciones de mejora cumplidas /acciones de mejora establecidas	75%
Dar cumplimiento al indicador n° 2 de la 710/408 relacionado con efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	formular e implementar el plan de mejoramiento continuo de la calidad en salud pamec y hacer seguimiento	Lideres de procesos misionales/administrativos /gerencia/calidad	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas (pamec)/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	93%
	formular la ruta crítica como pauta para la formulación del pamec	Lideres de procesos misionales/administrativos	n° pasos de ruta crítica desarrollados/n° pasos de ruta crítica definidos en la norma	1
	Fomentar el aprendizaje organizacional en los colaboradores de la institución en relación al mejoramiento continuo, a través de cuatro capacitaciones anuales exclusivas para PAMEC	Lideres de procesos misionales/administrativos /gerencia/calidad	n° capacitaciones realizadas/n° capacitaciones formuladas	4
Dar cumplimiento al indicador n° 3 de la 710/408 relacionado con gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Formular y cumplir con el Plan Operativo Anual que hace parte integral del plan de Gestión, el cual está enmarcado en las tres áreas de gestión principales Dirección y Gerencia-Financiera y Administrativa-Clinica/Asistencial.	Lideres de procesos misionales/administrativos /gerencia/calidad	Numero de metas del Plan operativo anual cumplidas / número de metas del plan operativo anual programadas	93%
Fortalecer la gestión del talento humano como estrategia para el bienestar laboral y desarrollo institucional	Fortalecer el proceso de inducción y reinducción del personal, asegurando la socialización de funciones al personal de planta y responsabilidades al personal contratado por prestación de servicios.	Gerencia/talento humano	n° de empleados de la ese con proceso de inducción o reinducción/n° de empleados de la e.s.e laborando en cada vigencia	83%

	Formular un plan de Bienestar social e incentivos y Plan de Capacitaciones para el personal de la E.S.E	Gerencia/talento humano	nº de actividades ejecutadas/nº de actividades programadas	83%
	Fijar compromisos y Realizar la evaluación de desempeño al personal de planta de la E.S.E	Gerencia/control interno	nº empleados de planta/nº de empleados evaluado	100%
	Evaluar y definir estrategias de fortalecimiento del clima laboral de la organización	Gerencia/talento humano	resultados de la evaluación clima laboral	1
	Implementar el sistema de gestión en seguridad y salud en trabajo según decreto 1072/2015 resolución 0312/2019 del ministerio de Trabajo	Gerencia/talento humano	informe de autoevaluación del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo	1
	Evaluar y definir estrategias de mejoramiento del clima laboral de la organización	Gerencia/talento humano	nº de estrategias ejecutadas/Nº de estrategias formuladas	100%
	Hacer seguimiento al cargue de la información de los empleados a las plataformas de SIGEP-PASIVOCOL y demás relacionadas con Talento Humano.	Gerencia/talento humano	cargues de información a las plataformas	100%
	Proporcionar a los empleados elementos de protección personal y capacitación continua para la atención de la pandemia por COVID-19 Y para la prestación de servicios de salud que lo requieran.	Gerencia	nº empleadosa los que se les entrega EPP/total de empleados	100%
Formular proyectos para gestionar recursos orientados al fortalecimiento de la infraestructura y dotación de la e.s.e	Elaborar un proyecto para mejorar las condiciones de la infraestructura de la E.S.E Y DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS como estrategia para fortalecer la calidad en la prestación de los servicios de salud.	Gerencia	total recursos gestionados / total de recursos proyectados	0
	mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la consecución de una unidad móvil medica/odontológica que se desplace a las veredas más lejanas de la E.S.E	Gerencia	total recursos gestionados / total de recursos proyectados	100%
Implementar el modelo integrado de gestión y planeación mipg	Desarrollar las siete dimensiones de MIPG Articulándolas con el Plan de Gestión de la E.S.E	Gerencia-control interno-calidad	porcentaje de implementación mipg cargado al dafp a través del diligenciamiento de las encuestas en la plataforma	100%
Dar cumplimiento al decreto 612 de 2018 por medio del cual se integran los planes institucionales y estratégicos de la e.s.e	Formular y hacer seguimiento al cumplimiento de los planes institucionales	Gerencia-control interno-calidad	Nº de planes cumplidos/Nº de planes formulados	100%

Garantizar la adecuada gestión de la contratación de la ese y el reporte de la información de acuerdo a la normatividad vigente)	Aplicar la lista de chequeo a la totalidad de los contratos para verificar el cumplimiento de los requisitos de ley	Área jurídica-contratación	Nº contratos con lista de chequeo/ Nº de contratos celebrados	100%
	Reportar oportunamente los contratos celebrados al secop	Área jurídica-contratación	No. De contratos reportados en el SECOP/ No. De contratos suscritos en el periodo	100%
	Reportar oportunamente los contratos celebrados a SIA OBSERVA	Área jurídica-contratación	No. De contratos reportados en SIA OBSERVA / No. De contratos suscritos en el periodo	100%
Garantizar la organización y el acceso a la información en todas las dependencias de la e.s.e	Implementar en la ESE el Sistema de Gestión Documental Ley 594/2000 y demás normas que apliquen.	Gerencia-estadística	tablas de retención documental	0

COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

En el componente administrativo y financiero se han definido 8 compromisos para los cuales se han planteado 30 actividades para dar cumplimiento a estos, a continuación, se relacionan las actividades, responsables, indicador y la respectiva meta.

Compromisos	Actividades	Responsables	Indicador	Meta 2022
Dar cumplimiento al indicador N° 4 de la resolución 710/408 relacionado con el riesgo fiscal y financiero	elaborar un diagnóstico que refleje la situación actual de la institución.	Lideres de procesos misionales/administrativos/gerencia/calidad	calificación de la autoevaluación de la vigencia actual	Sin Riesgo
	garantizar que los compromisos sean superiores a los recaudos	Gerencia	porcentaje de compromisos /Porcentaje de recaudos	99%
	elaborar el presupuesto con base en el recaudo de la vigencia anterior	Gerencia	Presupuesto aprobado para cada vigencia	1
	llevar un control estricto en la ejecución del presupuesto tanto de ingresos como de gastos	Gerencia	Valor de compromisos/valor de recaudos	1
Análisis y planeación al iniciar la vigencia en lo referente a los	elaborar las proyecciones de los gastos del hospital de manera anual, esto con el fin de poder tener un autocontrol en los mismos	Gerencia/asesor contable/administrativos	Valor gastos /valor recaudo	1

compromisos de la ese.	realizar constante revisión de los compromisos actuales con relación con los de la vigencia anterior.	Gerencia/asesor contable/administrativos	Reuniones efectuadas para revisión de ejecución presupuestal	>=90
	de la mano con control interno realizar los informes de austeridad en el gasto periódicamente.	Gerencia/asesor contable/administrativos	Nº de informes de austeridad realizados / N.º de informes de austeridad en el gasto programados	>=90
Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas o compras conjuntas	actualización de la caracterización del proceso de compras	Gerencia	total de compras de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridas en cooperativas y/o compras conjuntas /Valor total de compras de medicamentos y material médico quirúrgico	>=70
	identificar posibles proveedores que cumplan con las características establecidas en el indicados y los estándares de evaluación establecidos en el proceso de compras de institución			
	realizar compras conjuntas a través de cooperativas de hospitales y/o mecanismos electrónicos			
	brindar transparencia y economía en los procesos de adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios a través de compras conjuntas.			
Garantizar el pago de las obligaciones de personal dentro de la misma vigencia	analizar y vigilar la situación financiera del a entidad	Gerencia / administrativos	Valor de deuda superior a 30 días por concepto de salarios y por prestación de servicios	0
	definir políticas claras de austeridad en el gasto y vinculación del personal			0
	realizar una estricta contratación de personal de acuerdo a la planeación y estudio de costos			0
	analizar periódicamente el comportamiento financiero de la entidad.			0
Fortalecer los sistemas de información que permitan consolidar los datos y realizar el análisis de la información relacionada con los rips.	Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del registro individual de prestación de servicios	Gerencia	Nº de informes de rips presentados a la junta directiva /N.º de informes de rips requeridos	4
	presentar a la junta directiva del hospital informe trimestral de análisis de rips.			
	capacitar a los coordinadores de estadística, facturación y sistemas en el uso de la herramienta de análisis para los rips y su forma de presentación ante la junta directiva.			

	<p>evaluar la calidad del registro individual de prestación de servicios, para la generación del informe por parte del área de estadística</p> <p>auditar los sistemas de información y calidad de los rips generados por la empresa.</p>			
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	planeación del presupuesto basado en el recaudo	Gerencia/asesor contable/administrativos	valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores) /Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de cuentas por cobrar de vigencias anteriores)	1
	prever situaciones que afecten directamente los ingresos y gastos	Gerencia		
	conciliaciones de cartera (saldos-pagos-glosas-consignaciones por identificar), reforzar recaudo de cartera	Administrativos/gerencia		
	realizar el proceso de saneamiento contable	Gerencia/asesor contable/administrativos		
	liquidar anualmente los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las diferentes entidades responsables del pago de servicios.	Gerencia		
Cumplimiento oportuno de los informes de la super salud, en términos de la normatividad vigente	Presentar los informes dentro de los términos legales.	Lideres de procesos misionales/gerencia/asesor contable	Nº informes rendidos/ Nº de informes requeridos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	Generar una política de revisión sistemática y periódica de los informes correspondientes.			
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	presentar los informes dentro de los términos legales			
	generar una política de revisión sistemática y periódica de los informes correspondientes al decreto 2193.			
	analizar trimestralmente en comité de gerencia los informes correspondientes al decreto 2193			

COMPONENTE GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

Para la gestión clínica asistencial se han establecido 4 compromisos para los cuales se han planteado 30 actividades para dar cumplimiento a estos, a continuación, se relacionan las actividades, responsables, indicador y la respectiva meta.

Compromisos	Actividades	Responsables	Indicador	Meta 2022
Garantizar el acceso a los servicios de salud a través de la implementación del modelo de atención primaria en salud	Dar cumplimiento al indicador 21 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a proporción de gestantes captadas antes de la semana doce (129 de gestación)	Equipo interdisciplinario promoción y prevención e	Nº de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ese. A más tardar en la semana 12 de gestación/total de mujeres gestantes identificadas en el periodo.	85%
	Conformar un equipo de aps que se desplace a las veredas y atienda a la población dispersa geográficamente	Equipo aps/gerencia	Nº pacientes del área rural atendidos	100%
	Desarrollar brigadas de salud en los sectores alejados de la cabecera municipal	Equipo extramural	Numero de brigadas de salud desarrolladas	2
Fortalecer los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Dar cumplimiento al indicador 22 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a incidencia de sífilis congénita en los partos atendidos en la e.s.e.	Servicios de urgencias /promoción y prevención	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ese en la vigencia	0
	Dar cumplimiento al indicador 23 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: guía de atención a enfermedad hipertensiva.	Enfermera jefa pyp	Numero de historias clínicas con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ese/total de historias clínicas revisadas.	70%
	Dar cumplimiento al indicador 24 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: guía de crecimiento y desarrollo	Enfermera jefa pyp	Numero de historias clínicas con la aplicación estricta de la guía del crecimiento y desarrollo /total de historias clínicas evaluadas en menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ese en la vigencia.	70%
	Actualizar y socializar permanentemente las guías de atención clínica al personal de salud que apoya los procesos de promoción y prevención	Coordinador médico/profesionales de la salud	Nº guías socializadas/ nº de guías actualizadas	80%

	realizar auditoria médica a las historias clínicas de los diferentes programas con el fin de medir la adherencia a las guías de atención	Auditor medico/coordinador medico	nº auditorías realizadas /Nº de auditorías programadas	100%
	elaborar un plan de mejoramiento a los resultados de la auditoria médica y hacerle seguimiento para verificar cumplimiento de acciones por parte de los profesionales de la salud.	Auditor medico/coordinador medico	Nº de acciones cumplidas/Nº de acciones propuestas	100%
	dotar los puestos de trabajo de los equipos biomédicos y mobiliarios para la correcta atención de los usuarios	Enfermera jefa pyp	Elementos requeridos según la normatividad vigente	100%
	trabajar de manera articulada con la población, tejiendo una red de apoyo en salud con los diferentes presidentes de juntas de acción comunal como estrategia para hacer captación de usuarios a los diferentes programas	Gerencia/coordinador pyp	Numero de reuniones desarrolladas/nº de reuniones planeadas	100%
	desarrollar un programa específico para la atención de pacientes con riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas	Gerencia/coordinador pyp	Programa desarrollado/programa planeado	1
	desarrollar un programa específico para maternidad segura y planificación familiar	Gerencia/coordinador pyp	Programa desarrollado/programa planeado	1
Implementar y/o fortalecer en la e.s.e el programa de seguridad del paciente como pauta para minimizar los riesgos en la atención	dar cumplimiento al indicador 25 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a reingreso al servicio de urgencias	Coordinador urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/total de consultas del servicio de urgencias	0,01
	dar cumplimiento al indicador 26 de la resolución 710/2011-408/2018 en lo referente a oportunidad promedio en la atención de consulta por medicina general	Gerencia/coordinador siau	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	3
	identificar, reportar y gestionar los eventos adversos en la atención en los diferentes servicios de la e.s.e	Enfermera jefa	nº de eventos adversos gestionados /Nº de eventos adversos identificados y reportados	100%
	hacer seguimiento a la aplicación de las practicas seguras en los diferentes servicios de la ESE por parte del personal de salud	Enfermera jefa	número de prácticas seguras implementadas correctamente /Numero de prácticas seguras socializadas	100%

	Capacitar al personal de salud en relación a los eventos adversos con el fin de que logre identificarlos, reportarlos y gestionarlos	Gerencia/calidad	Nº de capacitaciones planeadas/nº capacitaciones realizadas	100%
	Promocionar la cultura de la seguridad	Gerencia/calidad	Nº de actividades programadas/nº de actividades ejecutadas	100%
Fortalecer los procesos misionales de la ese	realizar las reuniones mensuales para los diferentes comités institucionales	Gerencia/calidad/lideres de procesos	Nº de reuniones planeadas/nº de reuniones desarrolladas	100%
	diseñar un tablero de indicadores para hacer medición mensual del desempeño de todos los procesos misionales esto incluye (farmacia-consulta externa-promoción y prevención, odontología, fisioterapia, nutrición, tab, laboratorio clínico, rayos x, servicios de urgencias, vacunación, esterilización etc.)	Gerencia/calidad/lideres de procesos	Nº de indicadores medidos/nº de indicadores a evaluar	100%
	hacer seguimiento al nivel de satisfacción del usuario a través de la aplicación de encuestas y análisis de las mismas	Gerencia-calidad-coordinador siau	Porcentaje de satisfacción	90%
	realizar capacitaciones a los usuarios en derechos y deberes	Gerencia-calidad-coordinador siau	Nº de reuniones planeadas/nº de reuniones desarrolladas	100%
	gestionar de manera oportuna las PQR que se presentan en la e.s.e y establecer planes de mejoramiento a las mismas.	Gerencia-calidad-coordinador siau	nº de pqr gestionadas /Nº de pqr presentadas	100%
	hacer el cronograma de mantenimiento preventivo hospitalario (equipos biomédicos, planta física, mobiliario, sistemas de información, ambulancias etc)	Gerencia-ing biomédico	mantenimientos realizados /Nº de mantenimientos programados	100%

Revisados una a una las actividades y metas determinadas para el año 2022, se aprueba el plan operativo anual para esta vigencia, se generan las indicaciones.

2. SEGUIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMÉDICOS

Para el punto a tratar se invita a Jorge Leon Leon- Representante Legal de la empresa Genda, contratista responsable del mantenimiento de los equipos biomédicos de la ESE, con quien se tiene contrato para la prestación de servicios de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo de tecnología biomédica de la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra; en cumplimiento del mes se ha establecido el Plan de mantenimiento preventivo, con visitas programas trimestralmente; el cual se ha desarrollado sin ningún contratiempo y como constancia se han dejado los reportes de los mantenimientos ejecutados en las siguientes fechas:

- 23 de marzo de 2021

- 16 de junio de 2021
- 21 de octubre de 2021
- 13 de diciembre de 2021

En cuanto al informe general por el contratista, se informa que los mantenimientos han sido realizados en condiciones normales y se genera la recomendación de realizar la calibración de los equipos biomédicos que generen mediciones, en cumplimiento de los Lineamientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo lo anterior se genera intervención por parte de la Contadora de la ESE, indicando que a la fecha no se tiene disponibilidad presupuestal, debido a la disminución del flujo de caja institucional, a causa del incremento en el consumo de servicios públicos, consumo de medicamentos, dispositivos médicos y generación de residuos peligrosos, por causa de la atención de pacientes COVID-19 en los servicios de urgencias, servicios ambulatorios y hospitalización, por lo tanto, la entidad se encuentra en una política de racionalización de gastos, teniendo en cuenta lo anterior, y dada la necesidad institucional y en cumplimiento con las exigencia legales, en el segundo semestre del año 2022 se realizará la gestión pertinente por parte de la Gerencia para la contratación de empresa avalada por el INVIMA, para la calibración de los equipos biomédicos que lo requieran, lo anterior deberá plasmarse mediante la estructuración de un plan de mejoramiento, con una acción de mejora medible.

4. SEGUIMIENTO A AUDITORIAS EXTERNAS

Se presenta por parte de la Ing. Tatiana Hernández- Gestión de Calidad, informe sobre las auditorías externas recibidas en el año 2021 y el avance en la implementación de las acciones de mejoramiento

Fecha	Auditor	Motivo
07/04/2021	Secretaria de Salud Departamental	Seguimiento al prestador de servicios
11/06/2021	Coosalud	Monitoreo a la prestación de servicios
06/07/2021	Secretaria de Salud Departamental	Visita Técnica al Laboratorio Clínico
08/07/2021	Coosalud	Seguimiento a la prestación de servicios
02/08/2021	Secretaria de Salud Departamental	Visita de inspección y vigilancia a la garantía de acceso a la prestación de servicios de salud.
23 y 27/07/2021	Salud Total	Evaluar la calidad de la estructura y los procesos relacionados con la entrega de servicios de salud en la red de prestadores de la EAPB, verificando el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y del cliente, mediante la validación de los planes de mejora generados por el prestador desde las diferentes líneas de auditoria establecidas.
14/10/2021	Coosalud	Seguimiento a la prestación del servicio farmacéutico
29/10/2021	Nueva EPS	Visita de tiempos de espera, infraestructura, capacidad instalada, infraestructura y bioseguridad.
06/11/2021	Coosalud	Seguimiento a la prestación de servicios

18/11/2021	Secretaría de Salud Departamental	Visita de seguimiento PAS, COVE, estadísticas vitales y rutas de atención por ciclo de vida.
------------	-----------------------------------	--

En relación con las auditorías externas y con el diagnóstico interno de necesidades de habilitación durante el año 2021 en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra ha implementado acciones relacionadas:

- Actualización y socialización de protocolos.
- Ejecución de cursos de gestión del duelo, atención de víctimas de accidente químico y atención de víctimas de violencia sexual.
- Implementación de programas de fármaco y tecnovigilancia.
- Adopción de Guías de Práctica Clínica.

Se encuentra pendiente por ejecución

- Instalación de lavajos en el laboratorio clínico: En el proyecto de remodelación del Hospital, se encuentra contemplada la intervención total del servicio de laboratorio clínico, proyección que se realizó en cumplimiento con la totalidad de los requisitos legales exigidos.
- Realizar la calibración de los equipos: Tal y como se indicó en el punto 2 de la presente reunión, de acuerdo con la proyección institucional, se realizará la gestión de contratación de este servicio para el segundo semestre de 2022.
- Continuar con la adopción de Guías de Práctica Clínica: Desde el Comité de Historias Clínicas se está realizando la verificación de las Guías que pueden ser implementadas en la institución según la morbilidad institucional y las que cuenten con la mejor evidencia científica, lo anterior teniendo en cuenta que las GPC establecidas por el Ministerio de Salud ya han sido adoptadas.

Las situaciones encontradas deberán plasmarse mediante la estructuración de un plan de mejoramiento, con una acción de mejora medible.

Se finaliza la reunión, siendo las 1: 00p.m

Compromisos de la Reunión		
Compromiso	Responsable	Fecha de ejecución
Gestionar contratación de empresa de calibración de equipos biomédicos,	Gerencia	31/07/2022
Implementar GPC que se encuentren pendientes de acuerdo con la morbilidad institucional	Comité de Historias Clínicas	30/06/2022
a través de la unidad funcional y/o de personas que apoyen o colaboren en la ejecución de las actividades de calidad y control interno, estructurar los planes de mejoramiento descritos en la presente acta	Tatiana Hernandez Chaux- Gestión de Calidad Paula Amézquita-Control Interno	31/12/2022
Realizar seguimiento evaluación, control y apoyo para los indicadores clínico asistenciales	Martin Hernandez-Enfermero	31/12/2021
Realizar seguimiento evaluación, control y apoyo para los indicadores financieros	Claudia Juliana Corredor- Contadora	31/12/2021
Realizar seguimiento evaluación, control y apoyo para los indicadores de direccionamiento y gerencia	Andrea Navarro- Gerente Tatiana Hernandez Chaux	31/12/2021

REGISTRO DE ASISTENCIA

REGISTRO DE ASISTENCIA

Nombre de la reunión y/o comité: <i>Comité de Gerencia.</i>		Fecha: <i>09/12/2021.</i>
Nombre	Cargo	Firma
<i>Andrea Navarro Quiroz</i>	<i>Gerente</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Gloria H. Ben R.</i>	<i>Asesor Sindico CPS</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Tatiana Hernandez Chaves</i>	<i>Gestión de Calidad</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Jorge Arturo Leon Leon</i>	<i>Gerente</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Claudia Juliana Corredor</i>	<i>Contadora</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Martin Hernandez U.</i>	<i>Enfermero</i>	<i>[Firma]</i>

[Firma]
Lider/Presidente de la Reunión

[Firma]
Secretario de la Reunión