

**MANUAL DE MEJORAMIENTO
CONTINUO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E**

MI-SIG-ACR-MA-01 V3


 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3


TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. JUSTIFICACIÓN
4. A QUIEN VA DIRIGIDO
5. DEFINICIONES
6. DESCRIPCIÓN DE LAS POLITICAS O NORMATIVIDAD APLICABLE
7. RESPONSABLES
8. CONTENIDO DEL MANUAL
9. CONTROL DE CAMBIOS

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

Página 2 de 32

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

1. OBJETIVO:

Definir la metodología y las diferentes herramientas aplicables para la Mejora Continua en la Subred Sur, para que sean empleadas en todos los niveles y diferentes procesos de la institución, favoreciendo el desarrollo de actividades con enfoque en el mejoramiento continuo y en el cumplimiento de los requisitos definidos en el marco del Sistema Integrado de Gestión.

2. ALCANCE:

El mejoramiento continuo aplica a todos los procesos de manera transversal teniendo en cuenta el cliente interno, cliente externo (usuario, familia y comunidad) actores del proceso en todos los niveles de la Subred hasta las partes interesadas (proveedores), con el fin de prestar servicios con calidad con enfoque en el mejoramiento continuo.

3. JUSTIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta el proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado Tunal, Meissen, Tunjuelito, Vista Hermosa, Usme y Nazareth, mediante el acuerdo 641 de 2016, el cual tuvo un año de transición para iniciar como Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, y con base en el aprendizaje organizacional de esta primera etapa.

Es necesario dar continuidad al proceso de mejoramiento institucional, que le permita a la Subred, destacarse como prestador de servicios de Salud con altos estándares de calidad en el Distrito Capital, incorporando la normatividad vigente aplicable, los valores y principios institucionales, a fin de satisfacer las necesidades del usuario, su familia y la comunidad, como premisa promover, proteger y mejorar la salud de la población de la zona de influencia las necesidades de los trabajadores, en el marco de un medio ambiente saludable, teniendo en cuenta como componente importante el sistema de gestión de la calidad, así como la sostenibilidad de la cultura de mejoramiento continuo en la organización.

4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

A los grupos de mejoramiento institucional primario, secundario y terciario de la Subred Sur.

5. DEFINICIONES:

ACCIÓN DE MEJORA: Es aquella que se establece formalmente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos, así como la mejora u optimización de un procedimiento que puede venir de la realización de estudio, revisión al sistema, sugerencia del personal o cliente, asistencia a congreso o ferias.


CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

GRUPO DE MEJORAMIENTO: Es el que conforman colaboradores de todos los niveles de la Subred y que trabaja de manera mancomunada con los equipos asistenciales y

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

administrativos, incentivando el mejoramiento de manera individual y colectiva, haciendo de la calidad, parte de sus actividades cotidianas, apropiando la normatividad, políticas y estrategias de la organización en busca de la excelencia.

HALLAZGO: Representan el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio de norma generalmente y la situación actual evidenciada durante el acompañamiento del diario vivir de un proceso o subproceso que afecta su gestión y por ende sus resultados.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Elemento identificado por el líder del proceso, por los integrantes del mismo o durante el proceso de autoevaluación que son susceptibles de mejorar a partir de acciones específicas.


PLAN DE MEJORAMIENTO: Documento que enlista y resume un compendio de Acciones preventivas y/o de mejora, para un determinado proceso.

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL: Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad pública. Integra las acciones correctivas preventivas y de mejora que a nivel de sus procesos debe operar la entidad para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas

SERVICIO NO CONFORME: Para la Subred sur, este se presentará cuando se evidencien fallas de calidad en la prestación del servicio, relacionadas con:

- Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente. (Según lo definido en el Procedimiento institucional gestión de eventos adversos, de acuerdo con el decreto 903 de 2014 y la Resolución 2003 de 2014 del Sistema Único de Habilitación).
- No cumplimiento en la meta de indicadores de oportunidad por más de un periodo consecutivo.
- Quejas o reclamos asociados con la prestación de servicio con fallas en cualquiera de las características del SOGCS, Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- Desviaciones identificadas en los procesos de auditorías internas y externas.
- Quejas por parte de los usuarios, frente a los entes de control.
- Fallas de calidad en la prestación del servicio, identificadas en comités Institucionales, entre otros.

SOGCS: El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

6. DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS O NORMATIVIDAD APLICABLE:

Norma	Año	Descripción	Emitida por
Constitución Política de Colombia	1991	Artículos 209 y 269	Congreso de la República de Colombia
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones – Artículos 227 y 232	Congreso de la República de Colombia
Ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y	Congreso de la República de Colombia
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia
Ley 1751	2015	Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de la República de Colombia
Decreto 943	2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 903	2014	Sistema Único de Acreditación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 1499	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015	DAFP
Resolución 123	2012	Sistema único Acreditación (manual de estándares)	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 2003	2014	Sistema único de Habilitación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 2082	2014	Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Circular 012	2016	Modificaciones al reporte de información ante la Supersalud, incluye reporte al PAMEC	Superintendencia Nacional de Salud

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

7. RESPONSABLE:

Equipo de Direccionamiento y Gerencia del riesgo en salud:

Genera políticas, estrategias y directrices para que a partir de las oportunidades de mejora identificadas a través de diferentes fuentes, se implementen acciones que conduzcan a la Subred Sur, a distinguirse como prestador de servicios de Salud con estándares superiores de calidad.

Equipo de Mejoramiento Institucional

Realizar asesoría y asistencia técnica a todos los servidores de la organización que así lo requieran, realizando seguimiento sistemático a las acciones determinadas en los planes de mejoramiento establecidos por proceso e institucionales. Así mismo se encarga del seguimiento y cierre a los planes de mejoramiento institucionales con la periodicidad establecida en los mismos.

Coordinadores y Líderes de grupos estándares del Sistema Único de Acreditación:

Programación y operativización de la autoevaluación acorde al “Manual para la Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia” Resolución 123 de 2012, cumplimiento de productos, seguimiento y entrega de soportes.

Líderes de Proceso:

Son los encargados de la transformación de su proceso, trabajando en equipo con sus colaboradores, teniendo como entradas: indicadores, oportunidades de mejora derivadas de procesos de auditoría y autocontrol del proceso, a través de planes de acción que permitan el cumplimiento de metas institucionales para alcanzar niveles superiores de calidad, en la prestación del servicio.

Referentes de Subsistemas del SIG:

Identificar, mantener actualizados, analizar los indicadores, realizar seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos de los respectivos subsistemas acorde a las normas establecidas como estándares.

8. CONTENIDO DEL MANUAL:


8.1 INTRODUCCIÓN

El mejoramiento continuo surge de un cuidadoso ejercicio sistemático (continuo, periódico y disciplinado) que compara la calidad esperada con la situación real de la institución, enmarcada en los diferentes atributos de la calidad, donde el compromiso de la alta dirección y el consenso de los equipos de mejoramiento analizan los resultados del desempeño organizacional, las deficiencias de calidad y otras fuentes de información que detectan fallas en la atención identificando oportunidades de mejora que redunden en la satisfacción de las necesidades tanto del cliente interno como externo y partes interesadas.

Por ende, el grupo de Mejoramiento Continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E define, implementa y evalúa políticas y estrategias que integren los procesos institucionales para el mejoramiento de la prestación de los servicios y el aprendizaje que conlleve a una cultura de excelencia en la organización.

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

8.2 . PLATAFORMA ESTRATEGICA:

El compromiso de la Alta Dirección se plantea como plataforma estratégica:

MISIÓN

La Subred Integrada de servicios de salud Sur del Distrito Capital, presta servicios de salud enmarcados en el modelo innovador de atención en red con enfoque en la gestión integral del riesgo, mejorando las condiciones de salud de nuestros usuarios de las localidades Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Tunjuelito, manteniendo la participación ciudadana urbana y rural.



VISIÓN

Para el año 2020 Seremos una Subred Integrada de Servicios de Salud consolidada, sostenible, confiable y accesible, con estándares de calidad que mejoren las condiciones de salud en nuestros usuarios.



Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

8.3 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES



8.4 VALORES


- **Lealtad:** Respetar y hacer respetar los compromisos colectivos.
- **Trabajo en equipo:** Coordinar e integrar esfuerzos para el cumplimiento del mismo objetivo de beneficio común.
- **Disciplina:** Perseverar de manera ordenada e integral con el fin de cumplir metas en común.
- **Compromiso:** Es la convicción del cumplimiento. Es la capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado.
- **Competencia:** (Cooperación – Competencia) Comprometer todos los esfuerzos para lograr los objetivos propuestos, pensando en que nosotros somos, hacemos y producimos más tu y yo.

8.5 PRINCIPIOS

- **Ética:** Respetar y hacer respetar los compromisos colectivos
- **Solidaridad.** Coordinar e integrar esfuerzos para el cumplimiento del mismo objetivo de beneficio común.
- **Transparencia.** Es la obligación de los sujetos de hacer del conocimiento público las actuaciones en ejercicio de sus atribuciones; generando un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre la administración y la sociedad de tal forma que los

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

ciudadanos estén informados y conozcan las responsabilidades, procedimientos, reglas, normas y demás información generada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en un marco de abierta participación social y escrutinio público.

- **Respeto:** Es la convicción del cumplimiento. Es la capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado.
- **Integridad:** Nos hace transparentes en lo que pensamos, decimos y hacemos; nos da credibilidad ante los demás y genera confianza e influencia en otros.

8.6 OBJETIVOS ESTRATEGICOS:

1. Mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios por medio de la prestación de servicios integrales de salud, enmarcados en un modelo innovador de atención en red.
2. Garantizar el manejo eficiente de los recursos que aporten a la implementación del modelo de atención en red.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la subred sur.
4. Promover la participación y movilización comunitaria en el marco del modelo integral de atención

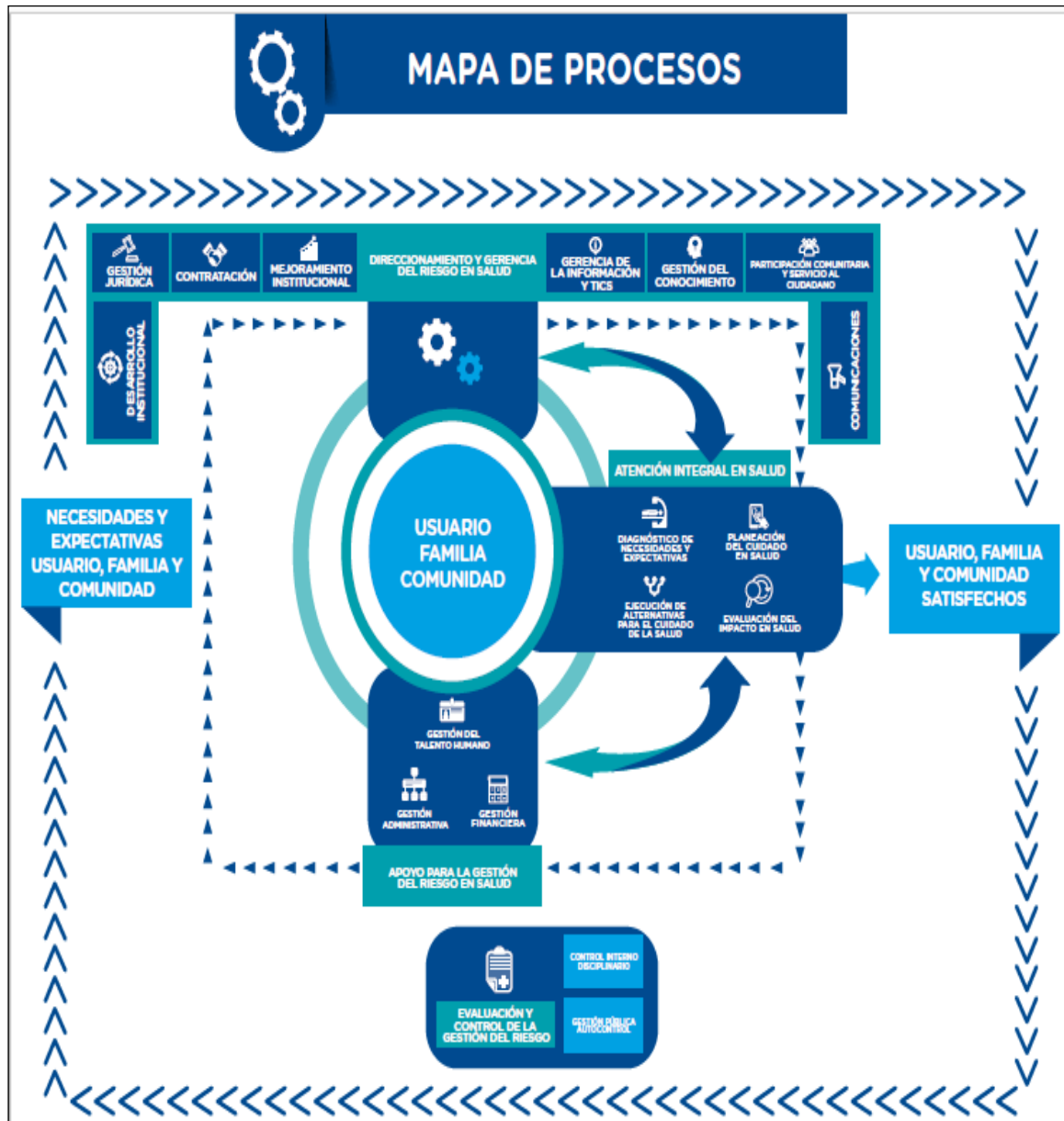
Para el desarrollo de la gestión institucional se opera mediante un **ENFOQUE BASADO EN PROCESOS**, el cual fue aprobado bajo el Acuerdo 012 de 2017 como herramienta de gestión y organización. A continuación se relaciona el mapa de procesos vigente:

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01




Imagen N° 01. Mapa de Procesos Subred Integrada de Servicios de Salud Sur



Fuente: Intranet Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se encuentra inmerso en los procesos, define en su mapa de procesos Ocho (8) Procesos Estratégicos; cuatro (4) Procesos de Atención Integral en Salud, tres (3) Procesos de apoyo para la gestión del riesgo en salud y dos (2) procesos para el control y evaluación de la gestión de riesgo en salud. Así:

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

MACROPROCESO ESTRATEGICO : **DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL RIESGO EN SALUD**

PROCESOS	DESARROLLO INSTITUCIONAL	GESTIÓN JURIDICA	CONTRATACIÓN	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y TICS	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	COMUNICACIONES
SUBPROCESOS	*Direccionamiento Estratégico *Gestión de Proyectos *Gerencia del riesgo *Costos *Mercadeo *Humanización	*Defensa judicial *Asesoría Jurídica	*Contratación Bienes y Servicios *Contratación OPS	*SIG *Gestión Clínica Excelente y Segura	*Información y Analisis Institucional *Tecnología de Información y comunicación en salud (TICS) *Gestión documental	*Docencia y Servicio *Investigación *Transformación y Crecimiento Organizacional	*Participación Comunitaria *Atención al Ciudadano	*Comunicación Interna *Comunicación Externa

MACROPROCESO MISIONAL: **ATENCION INTEGRAL EN SALUD**


PROCESO	SUBPROCESO
DIAGNOSTICO DE NECESIDADES, EXPECTATIVAS E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD	CARACTERIZACIÓN DE CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS LOCALES. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD
PLANEACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD	PLANEACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD
EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	GESTIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL EN URGENCIAS GESTIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL EN SERVICIOS AMBULATORIOS. GESTIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL EN SERVICIOS HOSPITALARIOS. GESTIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL EN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Apoyo Diagnostico, Terapeutico y Alternativas Especiales de Solución) GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD (PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA)
EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD	Vigilancia en salud publica Análisis del impacto territorial y poblacional

MACROPROCESO APOYO : **APOYO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.**

PROCESOS	GESTIÓN DE SUMINISTROS, AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGIA.	GESTIÓN FINANCIERA	GESTIÓN, ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.
SUBPROCESOS	*Activos *Gestion de Suministros *Mantenimiento e Infraestructura *Tecnología Biomedica *Servicios Basicos *PIGA	*Gestión de ingresos (Facturación, cartera, cuentas medicas, auditoria de cuentas) *Gestión de Gastos (Presupuesto, Contabilidad y Tesorería)	*Ingreso (Selección, inducción, entrenamiento) *Permanencia (Nomina, bienestar, seguridad y salud y capacitación.) Retiro.

MACROPROCESO DE EVALUACIÓN : **CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD**

PROCESOS
*Control Interno Disciplinario *Gestión Publica y Autocontrol

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se compromete a prestar servicios de salud seguros y humanizados, que impacten positivamente en la satisfacción del usuario, familia y partes interesadas, mediante la implementación, consolidación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión que permita:

- ✓ Generar valor agregado a las actividades propias de la entidad.
- ✓ Identificar, evaluar y controlar sistemáticamente los peligros y riesgos que puedan generar accidentes de trabajo enfermedad laboral, con el fin de favorecer ambientes sanos y seguros.
- ✓ Prevenir la contaminación, mitigar y/o compensar los impactos ambientales significativos.
- ✓ Identificar y prevenir eventos que puedan afectar la seguridad de la información y los datos almacenados en nuestros servidores, para organizar la oportunidad de atención a nuestros usuarios.

El proceso de mejoramiento continuo institucional, está encaminado a la satisfacción de los usuarios, familia, comunidad y partes interesadas, en la prestación de Servicios de Salud, enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

8.7 RECURSOS

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para la implementación, monitoreo, seguimiento, mejora y mantenimiento del Subsistema de Gestión de Calidad -SGC, Cuenta para el desarrollo de sus actividades con Recursos Humanos; Técnicos, de Infraestructura, Logísticos y Operativos para la implementación efectiva del Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud necesarios para el logro de los objetivos y metas propuestos para el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Entidad.

El Proceso de Mejoramiento Institucional se encuentra estructurado de la siguiente manera para dar cumplimiento al desarrollo de su proceso orientado siempre a la Mejora Continua de la Subred.

Partiendo de la plataforma estratégica, el modelo de mejoramiento continuo de la Subred Sur, inicia desde la política del Sistema Integrado de Gestión y la política de Seguridad del paciente, las cuales son transversales a la totalidad de los procesos de la Institución, tal como lo muestra el siguiente gráfico:

✓ **POLITICA SISTEMA INTEGRADO DE GESTION SUBRED SUR:**

La Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se compromete a prestar servicios de salud seguros y humanizados que impacten positivamente en la satisfacción del usuario, familia y partes interesadas mediante la implementación, consolidación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión, que permita:



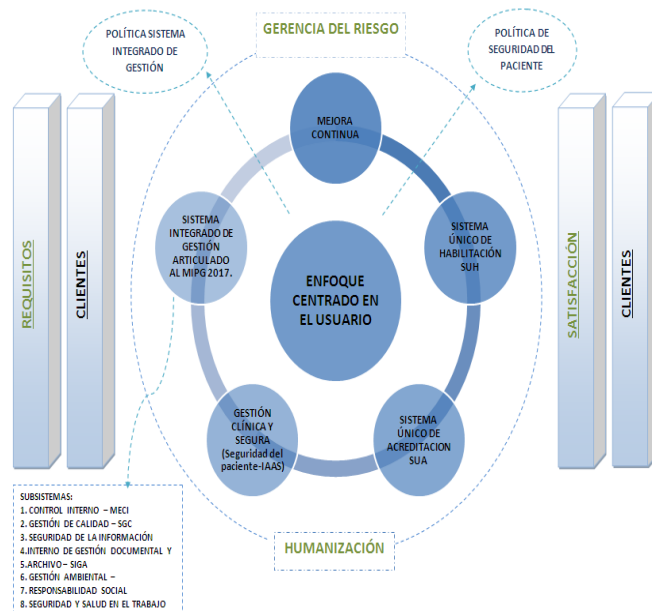
Generar valor agregado a las actividades propios de la entidad.

Identificar, evaluar y controlar sistemáticamente los Peligros y Riesgos que puedan generar Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral, con el fin de favorecer ambientes sanos y seguros.

Prevenir la contaminación, mitigar y/o compensar los impactos ambientales significativos..

Identificar y prevenir eventos que puedan afectar la seguridad de la información y los datos almacenados en nuestros servidores para garantizar la oportunidad de atención a nuestros usuarios.

MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

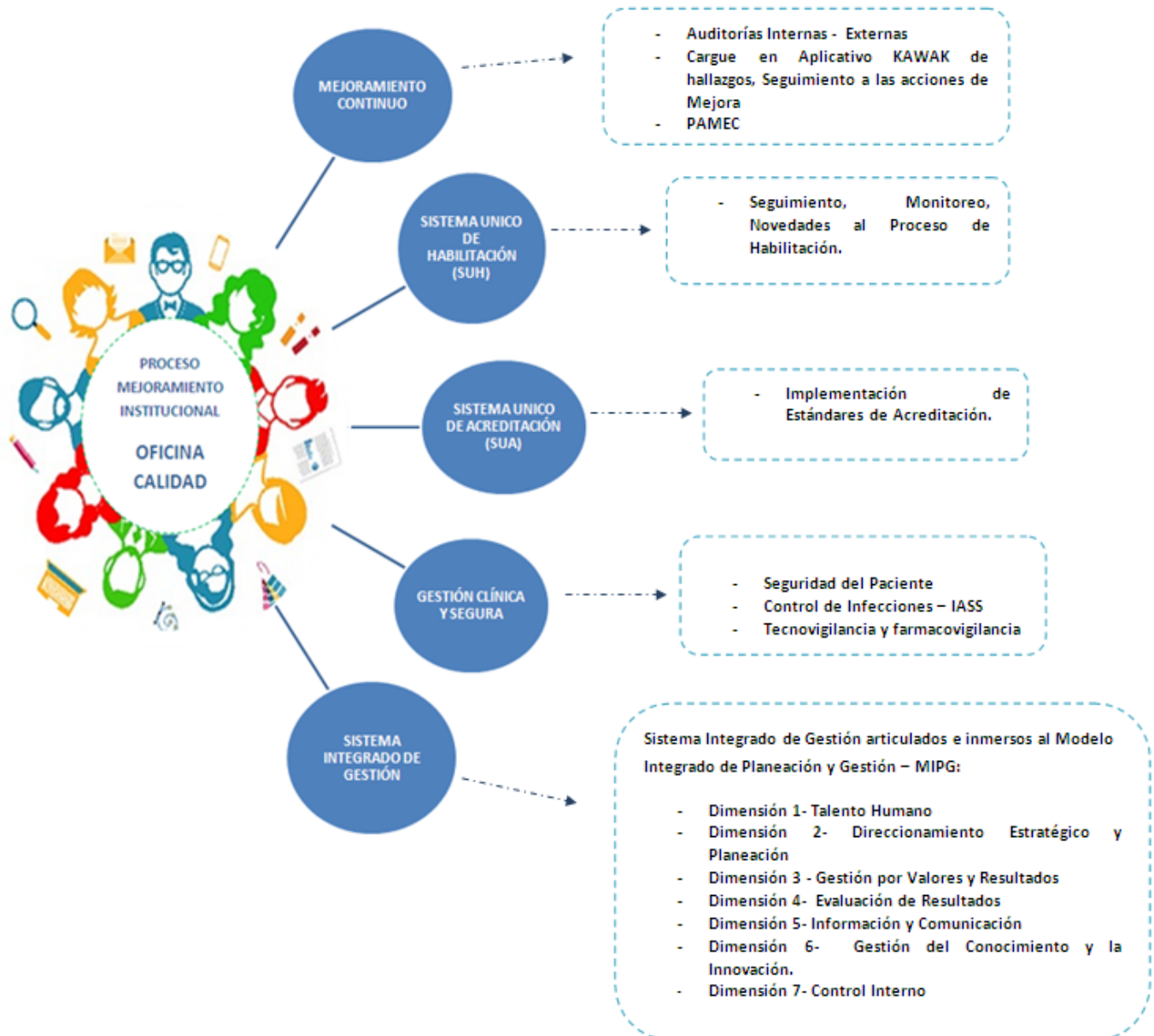


Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

Tal como se describe en la imagen el Modelo de Mejoramiento Institucional y para desarrollar, implementar y mantener el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Subred Sur, la Oficina de Calidad maneja la siguiente estructura:


ESTRUCTURA OFICINA CALIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR



- Sistema Integrado de Gestión articulado con el Modelo Integrado de planeación y gestión MIPG:

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

La Norma Técnica de Calidad NTCGP1000:2009, paso a ser parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. La calidad, será el marco en el cual se deben gestionar los procesos de la entidad de la Subred Sur pasa a ser una condición permanente y característica esencial del actuar de la entidad. Por lo tanto el proceso de mejoramiento continuo y la calidad estará presente a través de los atributos que deberán ser evidenciables en cada una de las dimensiones del MIPG.

El desarrollo, despliegue e implementación a los productos y requisitos del Sistema Integrado de Gestión articulados e inmersos al Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, que permite dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la Gestión Institucional, en términos de Calidad, integridad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios de salud de la Subred Sur. Lo anterior basados en las siete (07) dimensiones que son parte Integral de los Requisitos y Productos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión.

8.8 MEJORAMIENTO CONTINUO

DEFINICION: El Mejoramiento Continuo es un conjunto de acciones, que, implementadas como parte de un estilo de trabajo diario, permiten que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente, interviniendo en el avance de la organización, con base en el análisis y toma de decisiones, a partir de datos objetivos.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, tiene un modelo innovador de atención en red con enfoque en la gestión del riesgo y la atención centrada en el usuario, basados en una gestión por procesos, utilizando la metodología del ciclo PHVA, en donde cada proceso es parte activa del ciclo, contribuye con la gestión y desempeño del mismo.

Asi mismo se define las fases del ciclo

PLANEAR: instituye los objetivos y procesos que conlleven a la obtención de resultados teniendo en cuenta las políticas institucionales y requisitos del cliente, esta se divide en dos etapas y se comprenden de la siguiente manera:

- ✓ Objeto definir metas que contengan el (que)
- ✓ Definición de medios teniendo en cuenta el (como)

IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO: Identificar la situación de No conformidad real, Oportunidad de Mejora en forma concreta y sin ambigüedades.


RECOPIACION DE LA INFORMACION: Investigar las características específicas de la situación identificada, con una visión amplia y desde varios puntos de vista.

ANALISIS: Determinar las posibles causas que están generando la no conformidad. Plantear las hipótesis.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN: Plantear las acciones correctivas, preventivas o de mejora que son consideradas viables teniendo en cuenta metodología, seguimiento y que darán respuesta a la situación identificada Técnicas

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

HACER etapa de implementación de procesos a partir de la identificación de las oportunidades de mejora teniendo en cuenta las siguientes etapas:

- ✓ Cumplimiento de metas
- ✓ Ejecución de lo planteado y recolección de datos

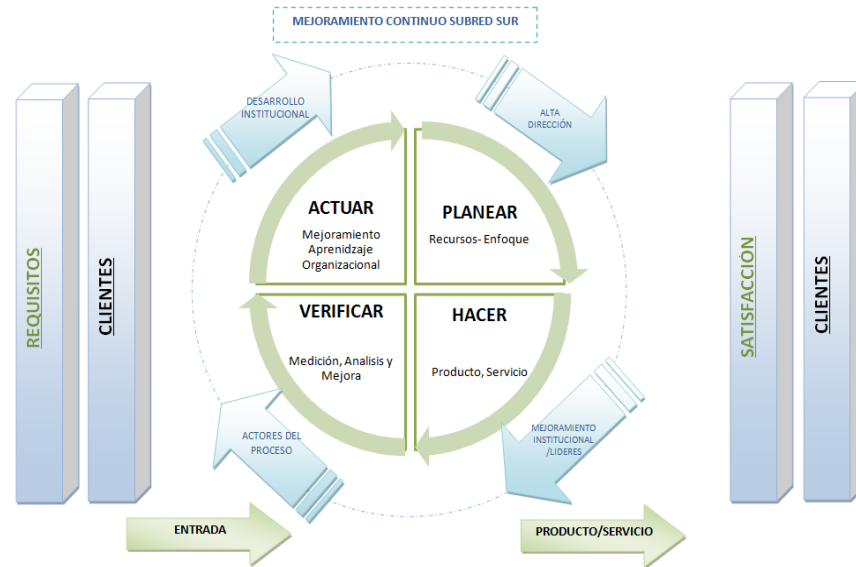
VERIFICAR: etapa de seguimiento y medición de los procesos en relación de las políticas, los objetivos, los requisitos, notificar los resultados por medio de la validación y verificación de los indicadores.

ACTUAR: etapa de toma de decisiones frente a las acciones correctivas y preventivas conllevando al mejoramiento continuo en todos los procesos.

El enfoque centrado en el usuario del Mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, se desarrolla a través de la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación. Estos incluyen las oportunidades de mejora producto de las autoevaluaciones, teniendo como principal interés, la gestión del riesgo durante la prestación de los servicios, el mejoramiento de los indicadores definidos como trazadores en la Institución y la Satisfacción del Usuario, familia, comunidad y partes interesadas, bajo la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente y de humanización, la estandarización de procesos y un plan de auditorías para cada vigencia.

Se realizan actividades de seguimiento y monitoreo de los procesos priorizados para la mejora en la prestación de servicios de salud en La Subred Sur, mediante la implementación de un plan de trabajo para cada vigencia, cuyo principal articulador será el proceso de Mejoramiento Institucional, que involucrará a toda la organización, para cerrar brechas entre la calidad observada y la calidad esperada, prestando servicios con estándares superiores de calidad.

El Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad comienza desde el análisis del resultado o comportamiento de las diferentes fuentes de mejora institucionales, Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación, Auditorías Internas y Externas, PQRS, Eventos Adversos, Estadísticas Vitales, Indicadores Trazadores, Comités Institucionales, Plan de Gestión de Gerentes, así mismo dar cumplimiento a una de las metas del Plan de Desarrollo Institucional que es la Acreditación de la Subred Sur. Se priorizarán los procesos a mejorar, sobre los cuales se aplica la metodología definida, hasta lograr el cierre de ciclos de mejora.



8.9 DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

El plan de auditorías para el mejoramiento continuo de la calidad, está encaminado a lograr la acreditación de la USS Nazareth y despliegue a nivel de la subred, en mejora la implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente, así como la mejora en la adherencia a guías de práctica clínica basadas en la evidencia, priorizando la atención a gestantes, entre otros. Se dispone de un plan táctico para la vigencia y se monitoriza su ejecución trimestral.


El Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC), ha sido construido como resultado de la recopilación de las oportunidades de mejora derivadas de las auditorías internas, externas y basado en una autoevaluación institucional bajo los lineamientos de la Resolución 2082 de 2014. Este programa expresa el compromiso con los usuarios, colaboradores y partes interesadas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., mediante la unificación de procesos en las Unidades que la conforman, minimizando el riesgo en la prestación de los servicios, eliminando posibles barreras de acceso haciendo de la Subred Sur, una entidad confiable y sostenible

Es de anotar que el PAMEC, es superior al cumplimiento de estándares de Habilitación y par s su construcción se llevó a cabo la siguiente ruta crítica.

AUTOEVALUACIÓN:

Se realizará según el cronograma que se genere para cada vigencia, con el apoyo de equipos primarios de mejoramiento. Previamente serán capacitados previamente, con el fin de optimizar el recurso humano disponible, para esta actividad. Los grupos de trabajo serán conformados de acuerdo con la pertinencia del estándar y serán interdisciplinarios. Los estándares a evaluar serán los establecidos en el Manual de Acreditación:

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

Asistenciales
 Direccionamiento y gerencia
 Talento Humano
 Ambiente Físico
 Gestión de la Tecnología
 Gerencia de la Información
 Mejoramiento

SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

Para priorizar los procesos con oportunidades de mejora que sean vitales para la prestación de un servicio de calidad, se identificarán las fuentes de mejora cuyo comportamiento presente desviaciones en sus resultados y se realizará la autoevaluación de los estándares del SUA, según la metodología establecida por el Ministerio de Salud, Por otra parte, se correlacionarán los requisitos de la Resolución 743 de 2013 con los Estándares de acreditación.

CALIDAD ESPERADA:

Se espera que la calidad en la prestación de servicios de la Subred Sur esté en concordancia con los estándares del Sistema Único de Acreditación posterior el cierre de los diferentes ciclos de mejora en la Institución, evidenciados en los resultados de indicadores y en el comportamiento adecuado de las diferentes fuentes de mejora.

CALIDAD OBSERVADA:

La calidad observada, parte del análisis del comportamiento de los diferentes indicadores, bien sea obligatorios o los que defina la Alta Dirección de la Subred Sur, como trazadores; los Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente, que incluye las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, PQRS, Resultado de encuestas de satisfacción de Usuarios, Estadísticas Vitales, Comités Institucionales, Auditorías Internas y Externas, Encuestas de Satisfacción del Cliente Interno y/o en articulación con la Autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación SUA.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Se espera que el aprendizaje organizacional se dé con la participación activa de los líderes de los procesos y la Alta dirección de la Subred, quienes serán fundamentales en la motivación a los colaboradores y por ende, la mejora de los procesos. La retroalimentación de las auditorías contribuirá a des-aprender y re-aprender en el quehacer de cada proceso, llevando así al cierre de ciclos de mejora y hacer de la calidad, parte de las actividades cotidianas.


8.10 GESTIÓN DE HALLAZGOS PARA LA MEJORA CONTINUA

El plan de Mejoramiento como herramienta institucional permite planificar la mejora de los procesos institucionales, teniendo como base los hallazgos detectados a través de diferentes mecanismos de control (indicadores de evaluación por proceso, autoevaluación institucional, auditorías internas o externas, análisis de eventos adversos, incidentes, fallas de calidad, análisis de mortalidades o morbilidades extremas, entre otras).

Este se diseñará para los hallazgos identificados durante la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación, brechas de cumplimiento a los Planes Operativos Anuales por proceso, información relacionada con la satisfacción del usuario y elementos derivados del Programa Seguridad del Paciente durante las Rondas de Seguridad, Auditoría Interna, Auditoría Externa, Accidente de

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

trabajo, Evaluación del desempeño, Desviación de Indicadores, Seguimiento al Riesgos, Referenciarían Comparativa.

La gestión de las oportunidades de mejora, se hará mediante el aplicativo establecido por la Entidad, el cual permite monitorizar continua y sistemáticamente los planes de acción implementados para cerrar las brechas entre la calidad observada y la esperada.

AUDITORÍAS EXTERNAS

Desde el Proceso de Mejoramiento Institucional se realiza acompañamiento a las visitas programadas de EAPB y Entes de control, para dar cumplimiento a los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad relacionados con atención en salud, de acuerdo al objeto contractual y la normatividad vigente. El área de calidad apoya a los auditores externos brindando la información pertinente, recibiendo los resultados de la verificación, retroalimentando a los líderes de los procesos involucrados y carga los hallazgos al aplicativo correspondiente, para su gestión y cierre de ciclos.

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

La Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cuenta con un Procedimiento de Acciones Correctivas Y Preventivas, cuyo objetivo es Identificar y analizar las causas fundamentales de los hallazgos, para la posterior adopción, planificación, aplicación y documentación de las medidas preventivas y correctivas a efectuarse tendientes al mejoramiento continuo de la Entidad. Procedimiento que involucra a todas las áreas de la Sub Red Sur ESE, a los líderes de proceso, subproceso y responsables que planean y ejecutan los planes de mejoramiento para la Sub Red Sur.

El Proceso de Mejoramiento Institucional de la Subred Sur, como parte de su gestión, Asesora, Planea, Evalúa, hace Seguimiento y Monitoriza la calidad Esperada Vs la Observada, priorizando y direccionando las acciones preventivas, correctivas y recomendaciones, encaminadas al mejoramiento continuo y al logro de los objetivos de la Subred Sur, lo anterior a través de:


1. Disponibilidad de un sistema de Control documental, para el desarrollo de las actividades de los Procesos y Subprocesos de la entidad, con herramientas de elaboración, divulgación, socialización y evaluación de la apropiación de los mismos.
2. Verificación permanente del cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación, establecidos en la normatividad vigente.
3. Auditorías Internas - Externas
4. Seguimiento Planes de Mejora
5. Seguimiento a PAMEC, con enfoque en el Sistema Único de Acreditación.
6. Análisis, Notificación, Reporte y Seguimiento a Incidentes y/o Eventos Adversos presentados durante la prestación de servicios de salud de la SRS.
7. Análisis, seguimiento, verificación y cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión-SIG, así como al Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG establecido a nivel Distrital.

8.11 ACREDITACIÓN

El proceso de acreditación es un proceso voluntario, la Subred Integrada de servicios de salud cuenta con el apoyo y la decisión firme de acreditarse, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3



PRINCIPIOS DE LA ACREDITACION EN SALUD:

- **GRADUALIDAD:** Exigencia creciente en el tiempo
- **MANEJO DE LA INFORMACION:** Los resultados y datos del proceso de Acreditación no son de dominio público.
- **INTEGRALIDAD:** Los estándares de la Acreditación deben permear en todos los procesos de la institución.

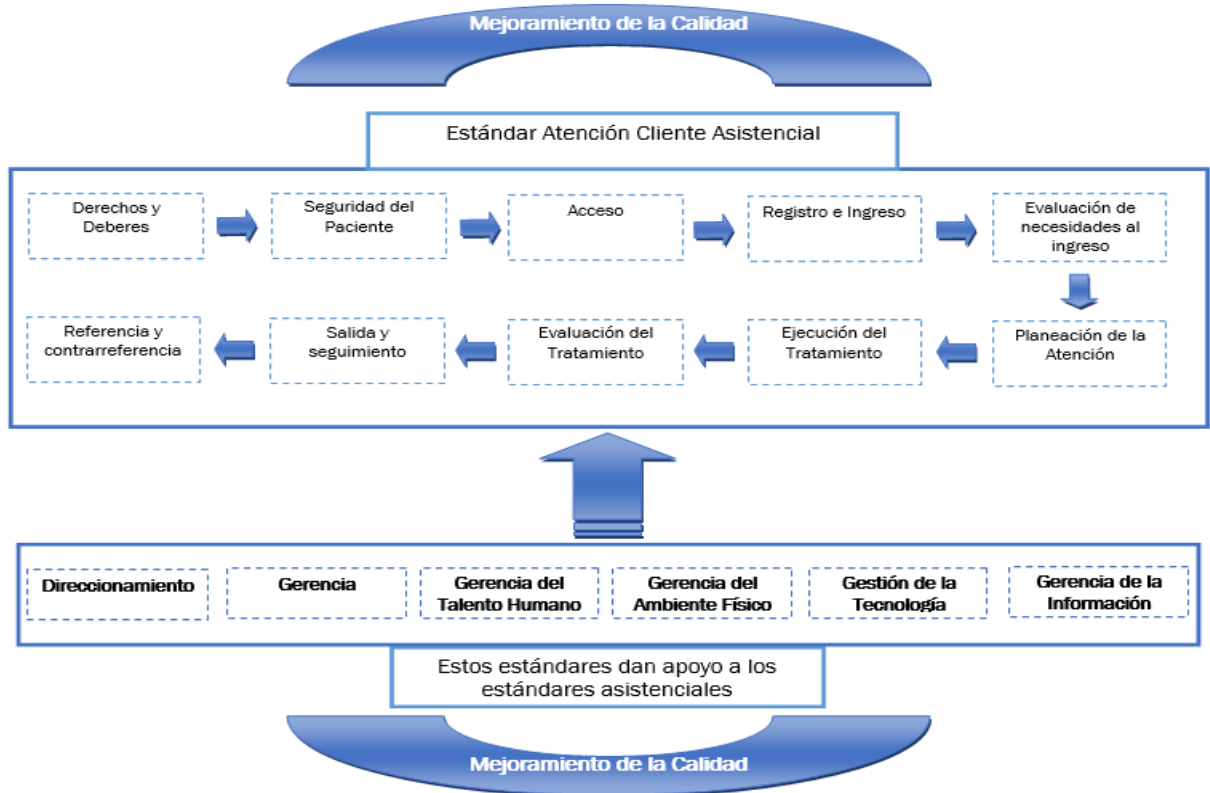
OBJETIVOS DE LA ACREDITACION:

- Excelencia
- Servicios oportunos y seguros
- Humanización
- Buenas practicas
- Reducción de costos
- Transformación cultural

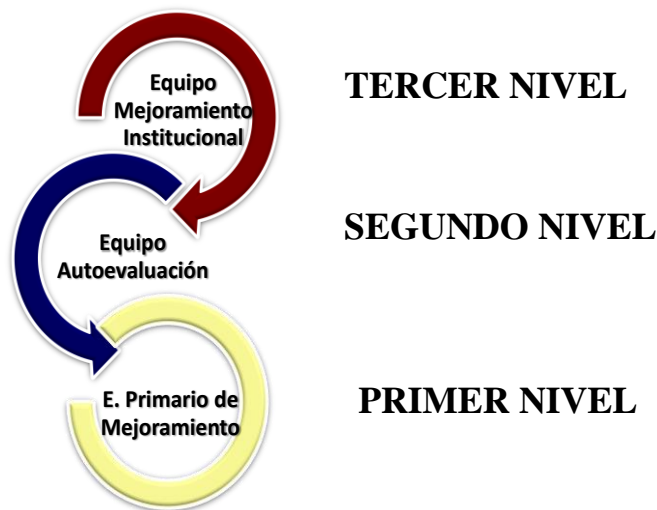
y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

ESTANDARES DE ACREDITACIÓN:




EQUIPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL



Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

PRIMER NIVEL

Equipos Primarios de Mejoramiento

Objetivo: Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento del Grupo de Estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Función

1. Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares
2. Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios de acuerdo al plan de mejoramiento del grupo de estándares. Este mejoramiento de los estándares se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de ellos y en la gestión y desarrollo de los estándares N°74, 87, 102, 118, 129, 139 y 153
3. Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento al Equipo de Autoevaluación del Grupo de Estándares correspondiente.

Estructuración: Cada Sede Integrada en Red y cada proceso se consideran un Equipo Primario de Mejoramiento, los servicios tercerizados harán parte de los equipos de mejoramiento asistenciales según aplique. La Subgerencia de Servicios de Salud será la encargada de estructurar los equipos primarios dependiendo de las necesidades de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur.

SEGUNDO NIVEL

Equipos de Autoevaluación

Objetivo: Planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional


Función

1. Apoyar el desarrollo de la gestión del Equipo de Mejoramiento Institucional
2. Facilitar y apoyar la gestión del Equipo Primario de Mejoramiento
3. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la Institución.
4. Reportar resultados de la gestión al Equipo de Mejoramiento Institucional.

Estructuración: Se conformarán de acuerdo a cada grupo de estándares

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

- ✓ Equipo de Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento y Gerencia
- ✓ Equipo de Autoevaluación de Cliente Asistencial
- ✓ Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Talento Humano
- ✓ Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico
- ✓ Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de Tecnología
- ✓ Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la Información.

TERCER NIVEL

Equipo de Mejoramiento Institucional:

Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 154, 155, 156, 157 y 158.


Función:

1. Apoyar la gestión de mejoramiento Institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas y externas, comités y referenciacines comparativas etc.)
2. Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional
4. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
6. Reportar resultados de la gestión a la Gerencia de la Subred Sur.

Estructuración: El Equipo de Mejoramiento Institucional estará conformado por los mismos integrantes del Equipo de Autoevaluación de los Estándares de Mejoramiento de la Calidad, tendrá un líder y estará integrado por los líderes de los siguientes Equipos de Autoevaluación.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LAS MESAS DE ACREDITACION:

CONFORMACIÓN: estará conformado por Directores, Líderes asignados e invitados según corresponda de acuerdo los temas a tratar, la asistencia es de carácter obligatorio para dar cumplimiento y seguimiento a los estándares de acreditación en caso de inasistencia se realizará respectiva notificación.

FUNCIONES DE LAS MESAS DE ACREDITACIÓN

- ✓ Definir las estrategias y metodologías para el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- ✓ Realizar seguimientos a las Oportunidades de Mejora que se definan según las mesas de acreditación
- ✓ Realizar revisión de los informes que deban ser presentados ante el ente Acreditador.
- ✓ Apoyar a los responsables de las áreas involucradas en la ejecución y cumplimiento de sus oportunidades de mejora.
- ✓ Realizar seguimientos a acciones implementadas

ROLES Y RESPONSABILIDADES

Director/ Líder:

1. Velar por la realización y gestión de la mesa de Acreditación
2. Asegurar el cumplimiento de la agenda definida de la mesa de Acreditación
3. Supervisar la asistencia de los participantes convocados

Moderador:

1. Definir la agenda de la mesa de Acreditación en conjunto con el Director/Líder (dueño de la mesa)
2. Exponer los temas a tratar
3. Moderar la reunión para la toma de decisiones
4. Velar por el cumplimiento de los compromisos por parte de los participantes

Secretario:


1. Enviar citación para asistencia a la mesa de acreditación
2. Realizar el acta de la mesa y enviarla a los participantes para su revisión

Integrantes:

1. Dar cumplimiento a las oportunidades de de mejora y los avances
2. Participar activamente en las reuniones
3. Trabajar en equipo
4. Cumplir con la implementación despliegue y divulgación de los estándares de Acreditación
5. Hacer seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas
- 6.
7. Apoyar el proceso de autoevaluación de la organización.

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

8. Realizar seguimiento con el equipo de las OM de en las diferentes fuentes
9. Revisar con el equipo los indicadores pertinentes del grupo de estándares
10. Identificar ,gestionar los diferentes riesgo identificados en los procesos y procedimiento relacionados con el grupo de estándares
11. Seguimiento de los eventos adverso identificados
12. Proponer, implementar y monitorear con el equipo los ejercicios de referenciación para promover la mejora organizacional
13. Implementar estrategias motivacionales frente a integrantes insistentes
14. Implementar estrategias de padrinzago, cuando haya rotación o ingrese nuevos integrantes a las mesas de mejora Institucional, con el fin de realizar acompañamiento y entrenamiento de acuerdo a su rol.

Otros Participantes: (Funciones)

1. Cumplir con los compromisos que sean asignados en las mesas
2. Preparar los temas que de acuerdo a la mesa que deban ser presentados
3. Divulgar a los Participantes de sus áreas los lineamientos definidos en la mesa de Acreditación
4. Asistir y participar activamente en las reuniones
5. Firmar Registro de Asistencia

Asesor de Calidad

1. Verificar el cumplimiento y efectividad de las mesas de acreditación
2. Verificar cumplimiento de los compromisos establecidos en las mesas
3. Fomentar e incentivar al trabajo en equipo
4. Verificar el cumplimiento de la implementación, despliegue y divulgación de los temas trabajados en las mismas
5. Dar a conocer los estándares de acreditación
6. Llevar los indicios de seguridad presentados en las mesa y según pertenezca
7. Dar cumplimiento al mejoramiento continuo teniendo en cuenta el objetivo de la mesa

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN:

Una vez conformados los grupos de acreditación basados en roles y responsabilidades se procede a realizar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en pasos muy sencillos

1. Leer la intencionalidad del grupo de estándares
2. Leer el estándar que se quiere calificar
3. Registrar todas las fortalezas que el equipo considera dan cumplimiento al estándar
4. Determinar los soportes que evidencian el cumplimiento
5. Redacción de las oportunidades de mejoramiento de la institución frente al estándar


FORTALEZA

Son aquellos aspectos en los cuales la Institución es sobresaliente y que se encuentran consolidados al interior de la institución.

- Relacionar de manera clara y concisa cual ha sido el ENFOQUE que da cumplimiento al estándar
- Describir como se ha realizado la IMPLEMENTACIÓN del enfoque

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

- Relacionar los RESULTADOS cualitativos o cuantitativos que evidencien la mejora en el tiempo
- Relacionar el indicador que muestra el avance de la mejora respecto al estándar

OPORTUNIDAD DE MEJORA:


- Dirigidas a las brechas, debilidades o problemas actuales de la institución
- Siempre se definen en positivo
- Se centran en el cumplimiento del enfoque, implementación y resultado
- Deben ser claras y concisas

EVALUACION CUANTITATIVA:

Asignación numérica del grado de avance de la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES:

- **ENFOQUE:** Directrices, métodos y procesos planeados por la institución.
- **IMPLEMENTACIÓN:** Aplicación del enfoque, a su alcance y extensión de los procesos.
- **RESULTADO:** Logros y efectos alcanzados con la aplicación del enfoque.


 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

HOJA RADAR:

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
ENFOQUE SISTEMICO	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
ENFOQUE PROACTIVO	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aun cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
ENFOQUE EVALUADO Y MEJORADO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en algunos servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
APROPIACION POR EL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque esta apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SALUD</small> Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
ENFOQUE SISTEMICO	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
ENFOQUE PROACTIVO	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aun cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
ENFOQUE EVALUADO Y MEJORADO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en algunos servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
APROPIACION POR EL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque esta apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO

MI-MA-01 V2

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de servicios y procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
TENDENCIA	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos y/o factores claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2016-06-01

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

INSTRUCTIVO DE USO DE HOJA RADAR

- Ubíquese en la escala del numeral 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de implementación del mismo.
- Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral.
- Si corresponde a este, califíquelo como 3
- Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4.
- Si está acorde con este numeral. Ponga 4.
- Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 desplácese hacia el numeral 2.
- Si está acorde con este numeral. Ponga 2
- Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades de mejora identificadas en la Autoevaluación de los estándares de Acreditación se deben priorizar por las siguientes variables:


RIESGO

- Exposición del usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Ningún riesgo para usuarios y/o colaboradores	BAJO riesgo para usuarios y/o colaboradores	Riesgo MEDIO para usuarios y/o colaboradores	Representa un riesgo SUPERIOR para usuarios y/o colaboradores	MUY ALTO riesgo para usuarios y/o colaboradores
1	2	3	4	5

COSTO

- Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO	MI-MA-01 V2

NO intervenir en la solución representa BAJO costo para la Institución	NO intervenir en la solución representa MEDIANO costo para la Institución	NO intervenir en la solución representa ALTO costo para la Institución
1	3	5

VOLUMEN

- Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

La NO solución afecta a un número MINIMO o BAJO de usuarios y/o colaboradores	La NO solución afecta a un número MEDIO de usuarios y/o colaboradores	La NO solución afecta a un número ALTO de usuarios y/o colaboradores
1	3	5

CONSTRUCCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA


- Se construye con las oportunidades de mejora de mayor criticidad
- Se construye con las oportunidades de mejora de mayor criticidad
- Seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora
- Cierre de brechas identificadas

9. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2017-07-27	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
2017-11-30	2	Se modifican todos los numerales del documento.
2018-06-01	3	Se cambia el código, Se modifican todos los numerales del documento.

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2018-06-01

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ	MI-SIG-ACR-MA-01 V3

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Leydi Lorena Benavides Muñoz	Nombre: Diana Marcela Caballero Arias	Nombre: Julie S. Bermúdez Bazurto	Nombre: Diana Marcela Caballero Arias
Cargo: Profesional Especializado	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Referente de Control Documental	Cargo: Jefe Oficina de Calidad
Fecha: 2018-05-25	Fecha: 2018-05-30	Fecha: 2018-06-01	Fecha: 2018-06-01

y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2017-11-30