

<b>FUNCIONES</b>	<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS</b>
Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares, con la mayor honestidad, siempre soportándose en evidencias física y sistematizada.	Aplica técnicas de supervisión, evaluación y auditoría en las diferentes áreas. Conocimientos y habilidades en manejo de herramientas ofimáticas. Tiene formación como evaluador para la acreditación de servicios de salud.
Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evolución siendo parte de los equipos de mejoramiento que se designen	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes.
Elabora los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación.	Recopila, califica y ordena la información brindada.

**ARTÍCULO SEXTO: Vigencia:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su aprobación y deroga todas las anteriores.

**COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE:**

Dada en Zarzal Valle del Cauca a los primeros (01) días del mes de marzo del veintidós (2022).



**JULIAN ANDRÉS CORREA TRUJILLO**  
Gerente  
Hospital Departamental San Rafael Zarzal E.S.E.

**RESOLUCION**

<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	Subgerente científico
	Ingeniero de sistemas
	Estadístico
	Auditor médico
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	Asesor de calidad
	Coordinador de calidad
	Asesor de planeación
	Asesor de control interno

**COMPETENCIAS TÉCNICAS:**

- Profesional o tecnólogo en áreas de la salud o administrativas.
- Conocimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

<b>FUNCIONES</b>	<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS</b>
Velar por la participación y el cumplimiento del equipo de autoevaluación.	Asume el rol de orientador y guía, promoviendo la efectividad en la consecución de los objetivos
Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar.	resuelve problemas aplicando sus conocimientos técnicos
Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas.	Transmite una cultura de compromiso a su equipo, motivándolos a asumir las metas organizacionales como suyas.
Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento.	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes.
Consolidar la información del estándar para la postulación y evidencia de autoevaluación.	Recopila, clasifica y ordena la información brindada.
Articulación del proceso.	Realiza articulación con el referente de Calidad para el fortalecimiento de la ejecución de las actividades y seguimiento de auditorías de autocontrol e internas.

**ARTÍCULO CUARTO:** Definir las funciones del equipo PAMEC.

**COMPETENCIAS TÉCNICAS:**

- Formación en sistemas de información.
- Formación en técnicas de redacción.
- Empoderamiento.

Que los equipos conformados servirán de base para el desarrollo e implementación de las actividades de mejoramiento resultado de la etapa de autoevaluación.

Que, en mérito de lo expuesto,


### RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar Documento PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PAMEC) CON ENFOQUE EN ACREDITACIÓN, el cual hace parte integral de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PAMEC) CON ENFOQUE EN LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN: Garantizar el mejoramiento continuo de todos los procesos prioritarios, a través de un modelo de calidad estructurado, sistemático y organizado, basados en el Sistema Único de Acreditación, y a través de la implementación de la ruta crítica.

**ARTÍCULO TERCERO:** Confórmese con carácter de permanente, los equipos de trabajo que lideren y ejecuten la etapa de autoevaluación de los estándares de acreditación del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E. S.E con la siguiente estructura:

<b>GRUPOS DE ESTÁNDARES</b>	<b>EQUIPO RESPONSABLE</b>
<b>PROCESO DE ATENCIÓN CLIENTE ASISTENCIAL</b>	Subgerente científico
	Coordinador de odontología
	Enfermeras jefe de los servicios de atención
	Coordinador de SIAU
	Coordinador de laboratorio clínico
	Químico farmacéutico
<b>DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA</b>	Gerente
	Asesor de planeación
	Subgerente administrativo
	Asesor de control interno
	Asesor jurídico
<b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>	Subgerente administrativo
	Asesor de talento humano
	Auxiliar administrativo de nomina
	Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
<b>GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</b>	Subgerente administrativo
	Coordinador de seguridad y salud en el trabajo
	Responsable de mantenimiento hospitalario
	Responsable de activos fijos
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	Subgerente administrativo
	Ingeniero de sistemas
	Coordinador de calidad

 <p>Hospital Departamental <b>SANRAFAEL</b> Transformando la atención en Salud</p>	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.</b> <b>VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-CI-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>RESOLUCION</b>	<b>FECHA: 21/09/2020</b>
		<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 1 de 4</b>

**RESOLUCION No.050-2022**  
**(1 Marzo de 2022)**

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) CON ENFOQUE EN ACREDITACIÓN Y SE CONFORMAN LOS EQUIPOS DE TRABAJO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL ESE.”**

EL GERENTE DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL ESE VALLE DEL CAUCA, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las que le confiere el artículo 2.2.22.3.8 del decreto 1083 de 2015,

**CONSIDERANDO:**

Que el Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la Resolución 1445 de 2006 "Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones".

Que la Circular 012 de 2016: Por la cual se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de atención en salud y el Sistema de información para la calidad.

Que la Resolución 5905 del 2018, Por la cual se Adopta el "Manual de acreditación en salud ambulatorio, y hospitalario de Colombia versión 3.1"

Que el objetivo del Proceso de Calidad del Hospital, es garantizar la sostenibilidad y el avance de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Que la auditoria para el mejoramiento de la calidad es un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, considerando como una herramienta básica de evaluación interna de la calidad observada con respecto a la calidad esperada en los estándares de acreditación complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Que el documento "Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud", establece que los participantes en el proceso de autoevaluación interna para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización deben ser la gerencia y el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si está constituido ; en caso de no estarlo, se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad o de un comité de mejoramiento de la calidad.