



Hospital Departamental
Psiquiátrico Universitario
Del Valle E.S.E.



GUÍA INSTITUCIONAL DE ACREDITACIÓN

"Comprometidos con la Excelencia en Salud"

2025





Dra. María Fernanda Burgos Castillo
Gerente

Elaboración:

Dr. Helio José Ramírez

Jefe Oficina de Planeación

Ing. Homero Rosero Montoya

Profesional Universitario – Calidad

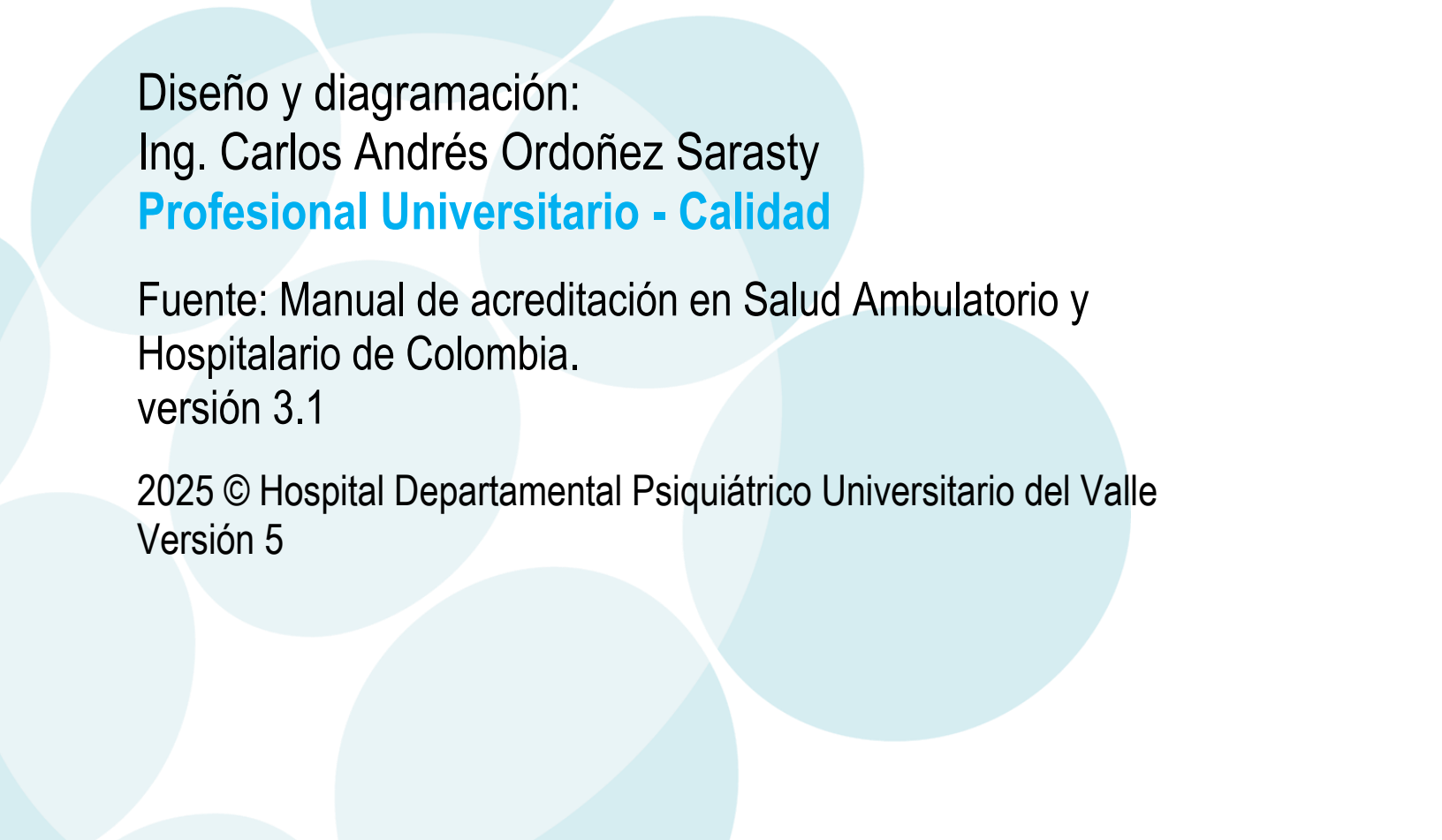
Diseño y diagramación:

Ing. Carlos Andrés Ordoñez Sarasty

Profesional Universitario - Calidad

Fuente: Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y
Hospitalario de Colombia.
versión 3.1

2025 © Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle
Versión 5



INTRODUCCIÓN

El presente documento, es una guía práctica institucional y herramienta de apoyo para las diferentes partes interesadas como, integrantes de la Junta Directiva, colaboradores del hospital, contratistas, asociación de usuarios, instituciones de educación superior con las que se tienen convenios del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., que tiene como objetivo brindar la orientación necesaria frente al proceso de Acreditación en Salud, el cual requiere del compromiso, dedicación, disciplina, transformación cultural, inversión de recursos, entre otros; motivado principalmente por el mejoramiento continuo y el reconocimiento, además de tener una capacidad de respuesta más efectiva frente a los usuarios y la comunidad, como Institución comprometida y socialmente responsable.

El proceso de acreditación en salud requiere de un despliegue entre las diferentes partes interesadas para lograr el cambio en la Entidad, por lo tanto, es necesario desarrollar la competencia y compromiso en el personal involucrado.





1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)

LA ACREDITACIÓN SE MATERIALIZA A TRAVÉS DE LOS COMPONENTES DEL SOGCS

Condiciones mínimas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.



Habilitación
Res. 3100/2019

Indicadores de monitoria del SOGC, que se reportan semestralmente al Ministerio de Salud y SUPERSALUD



Información para la calidad
Res. 0256/2016

Gestión institucional del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC)



Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad
Res. 0256/2016



Proceso voluntario de autoevaluación interna y externa centrada en el paciente y su familia con enfoque de seguridad y humanización.

Sistema Único de Acreditación
Res. 5095/2018 Manual de Acreditación

¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

El Sistema de Acreditación en Salud (SUA) es un componente del SOGC, que se define como: “El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Artículo 41, del D. 1011 del 2006). El Sistema Único de Acreditación es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones prestadoras de servicios de salud, se otorga un reconocimiento por el Estado a través del Ministerio de Salud y un organismo evaluador autorizado (ICONTEC) sobre la calidad superior de una institución de salud.

Es una HERRAMIENTA para el mejoramiento continuo de la calidad, que promueve la implementación de altos estándares en las instituciones de Salud, orientada hacia la prestación de servicios seguros y humanizados, enfocados en el usuario y sus familias.

Es un MEDIO y no un fin, es el camino hacia la humanización de los servicios de atención prestados a los pacientes y/o familiares y para los colaboradores en el desempeño y desarrollo de las actividades.

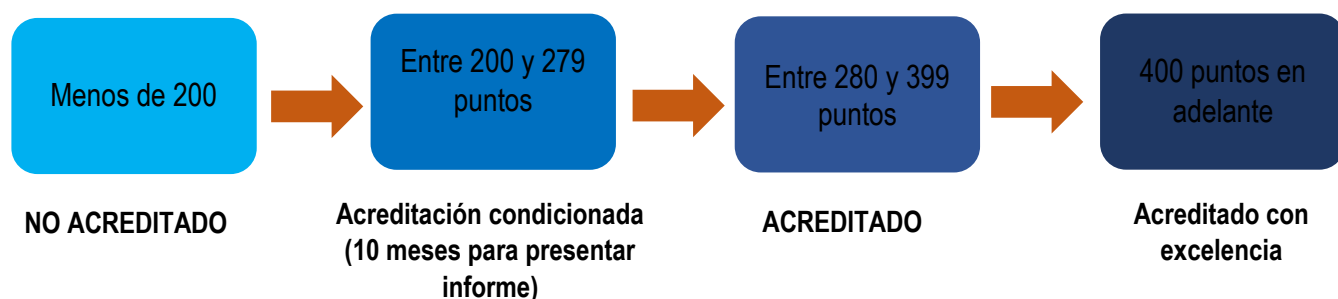


RUTA DE ACREDITACIÓN

La acreditación es una estrategia de mejoramiento, y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio: así los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución independientemente de su estado de desarrollo, por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de que las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejora acreditación.



REGLAS PARA LA ACREDITACIÓN



EJES DE ACREDITACIÓN



La filosofía de acreditación en salud se enmarca en los siguientes ejes:

La Seguridad de paciente: Entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

Existencia de políticas y programas dirigidos a la **Humanización** de la atención que tengan en cuenta la dignidad del ser humano.

Gestión de la Tecnología: Mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

Enfoque y Gestión del Riesgo: Mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

Los ejes de la **Acreditación en Salud**, han sido abordados sistémicamente como un proceso de **Transformación Cultural** Organizacional a largo plazo, en el que se alineando las normas, la cultura y la ética. Esta transformación ha sido promovida desde el direccionamiento y el talento humano, teniendo en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buena prácticas, así como la **Responsabilidad Social** entendida como la corresponsabilidad instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuye con acciones concretas a disminuir las inequidades de las comunidades en particular y la sociedad y a la rendición de cuentas en relación con los resultados del mejoramiento continuo organizacional, producto del desarrollo de estándares de calidad superior. La acreditación en salud es una forma de demostración de compromiso social.

A continuación, se presenta la alineación de los ejes de acreditación con las políticas, programas institucionales y el referente designado en el hospital.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE LOS EJES DE ACREDITACIÓN

EJES	POLÍTICA	PROGRAMA	REFERENTE
Humanización de la Atención	Humanización de la Atención	Humanización de la Atención	Enfermera
Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Coordinadora Asistencial
Gestión de Tecnología	Gestión de Tecnología	Manual de Gestión de Tecnología	Líder de Servicios Administrativos
Gestión del Riesgo	Administración del Riesgo	Manual de Administración del Riesgo	Oficial de Cumplimiento
Transformación Cultural	Gestión Estratégica del Talento Humano	Transformación Cultural	Líder de Gestión Talento Humano
Responsabilidad Social	Sistema Integrado de Gestión	Responsabilidad Social Empresarial	Jefe Oficina Asesora de Planeación

MODELO EVALUATIVO

Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente / cliente

Evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.

Evidencia de comportamiento de elementos medibles

La metodología de evaluación tiene el propósito de buscar y calificar el cumplimiento de los estándares, mediante la evidencia del comportamiento de elementos medibles.

El evaluador se debe concentrar en el “que” dejando el “como” a las instituciones

La metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado los procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.

Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente / cliente

El método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basado en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo en evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores.



2

Metodología de mejoramiento institucional

METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta la metodología de mejoramiento institucional, basada en la ruta crítica del PAMEC, resumida en 6 pasos:



Al inicio de cada ciclo de mejoramiento se realiza la campaña de expectativa e información del nuevo ciclo de acreditación.

ATENCIÓN

Este mes de octubre iniciamos con nuestro 10° ciclo de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Te invitamos a participar activamente en los equipos de autoevaluación y equipos primarios de mejoramiento (E.P.M)

Línea de Tiempo 10° Ciclo Acreditación



Campaña de expectativa e información de inicio del nuevo ciclo de acreditación

PASO**1****Conformación de equipos de Acreditación**

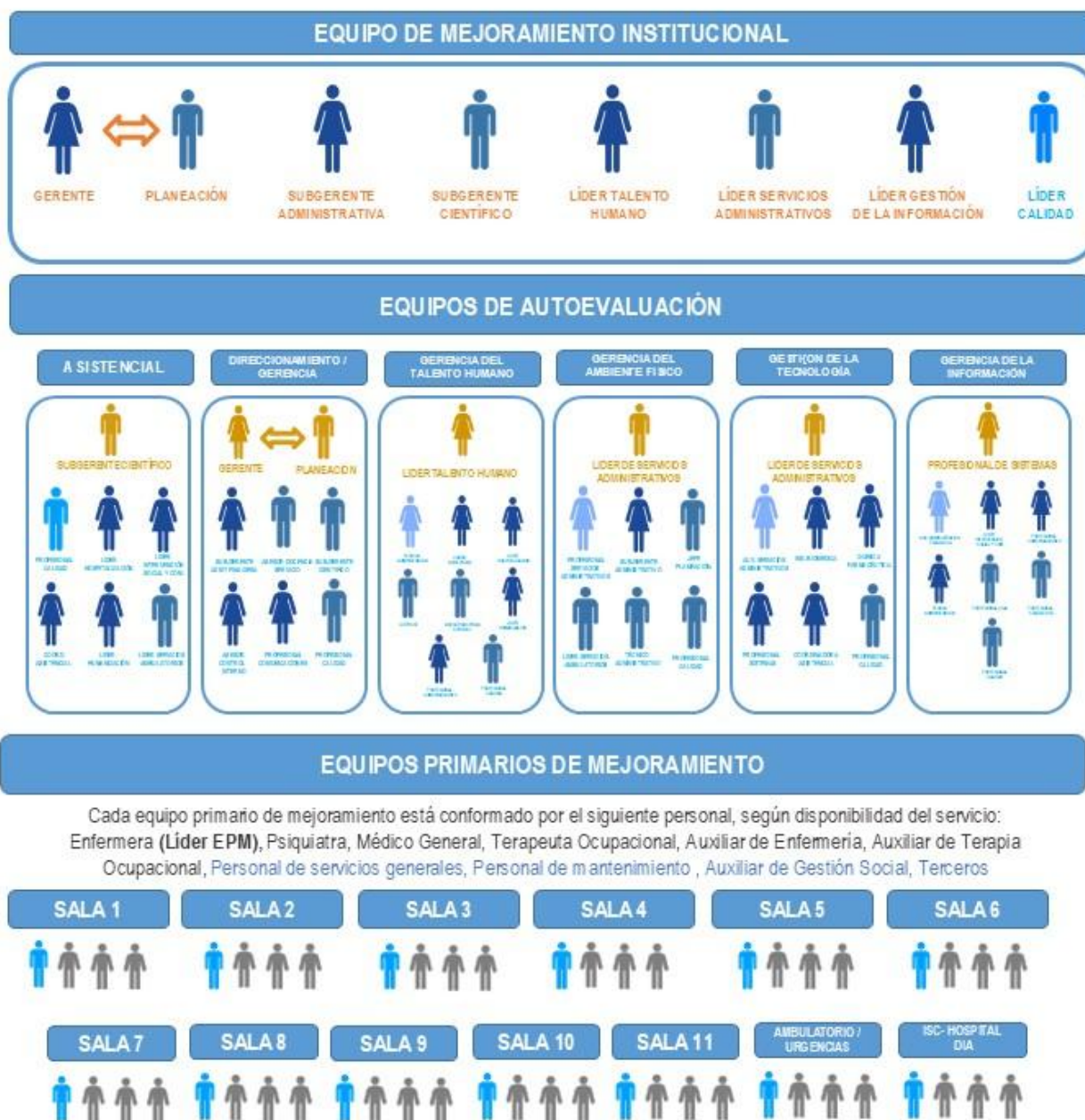
Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo, en el HDPUV se ha definido una estructura de equipos basada en niveles definidos por el Sistema Único de Acreditación de la siguiente manera:



PASO
1

Conformación de equipos de Acreditación

Estructura Equipos de mejoramiento SUA

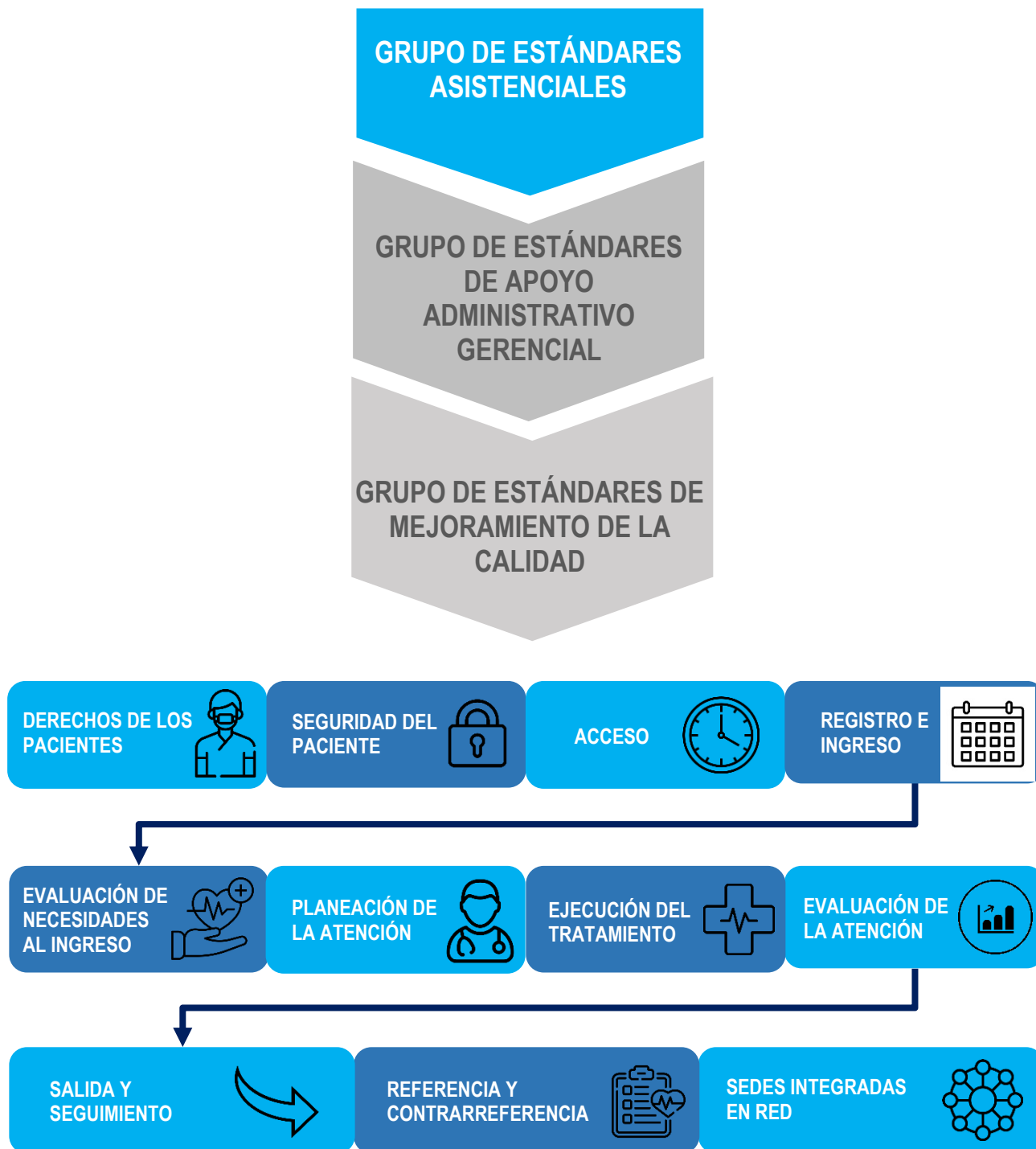


PASO 2

Lectura y conocimiento del estándar

Los estándares se encuentran organizados de la siguiente manera:

- Grupo de Estándares Asistenciales
- Grupo de Estándares de Apoyo Administrativo Gerencial
- Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad



**GRUPO DE ESTÁNDARES
ASISTENCIALES****GRUPO DE ESTÁNDARES
DE APOYO
ADMINISTRATIVO
GERENCIAL****GRUPO DE ESTÁNDARES DE
MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD****GESTIÓN DE
TECNOLOGÍA**

Se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

**GERENCIA DEL AMBIENTE
FÍSICO**

Incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

DIRECCIONAMIENTO

Es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización

**GERENCIA DEL TALENTO
HUMANO**

Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo

GERENCIA

Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe

**GERENCIA DE LA
INFORMACIÓN**

Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel.

PASO
2

**Lectura y conocimiento
del estándar**

GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD



**Estándares
Asistenciales**

**Estándares de
Apoyo**

5 estándares de mejoramiento de la calidad

PASO
2

Lectura y conocimiento
del estándar



Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia



ESTÁNDARES ASISTENCIALES		DERECHOS DE LOS PACIENTES				
1	Estándar 1. Código: (AsDP1)	5	4	3	2	1
2	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.					
3	Criterios: - Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique). - La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica. - La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención. - El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados. - La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación. - Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. - La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología. - La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.					

INTENCIONALIDAD: El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares del grupo evaluado.

NÚMERO Y CÓDIGO DEL ESTÁNDAR

2. ENUNCIADO

Hace referencia a las condiciones generales que la organización debe cumplir y que serán tenidas en cuenta dentro del proceso de la evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación.

3. CRITERIOS

Hacen referencia a condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar.

Juegan el papel de “No se le olvide”

TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Consiste en establecer un diagnóstico para identificar fortalezas y oportunidades de mejora frente a los estándares de Acreditación con el fin de intervenirlos, asegurando el mejoramiento continuo.

AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA

Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

Fortalezas

Oportunidades de Mejora

AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA

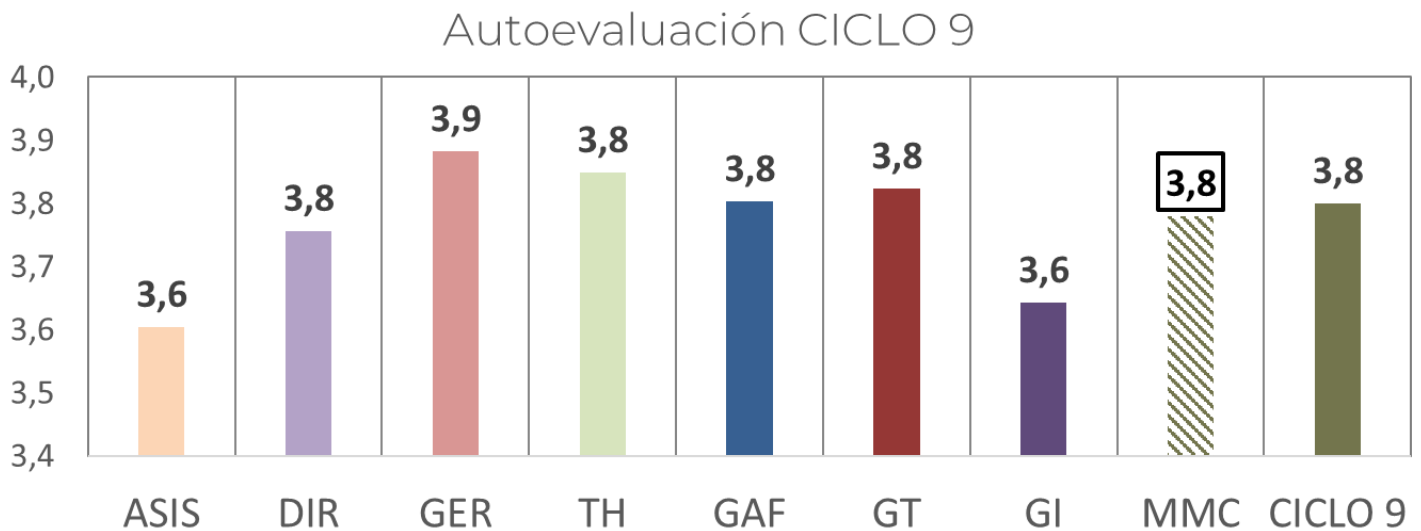
Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

3 Dimensiones

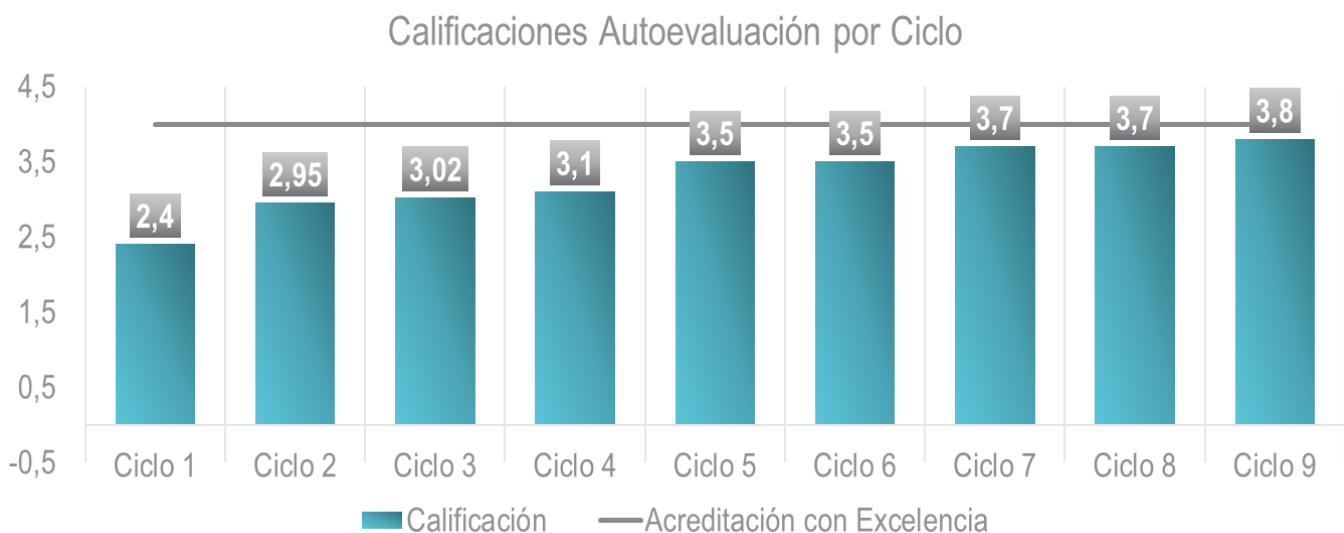
10 Variables

RESULTADOS FASE DE AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION

RESULTADOS AUTOEVALUACION POR EQUIPOS CICLO 9



CALIFICACIONES HISTORICO POR CICLOS DE AUTOEVALUACIÓN



PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades de mejora identificadas en la fase de autoevaluación, deben ser priorizadas para intervenir las que generan mayor impacto en la institución. Para la priorización se evalúan los criterios de riesgo, costo y volumen:

Riesgo



Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo



Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen



Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Estas variables son evaluadas en una escala de calificación de 1, 3 y 5

A continuación, se presentan las OM derivadas del ciclo 9 de mejoramiento y del informe de la segunda visita de seguimiento acreditación priorizadas:

GRUPO	CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA			
	TOTAL OPORTUNIDADES CICLO 9 (Autoevaluación e Informe Renovación)			
	PRIORIZADO ALTO	INFORME PARCIALES	INFORME NUEVAS	TOTAL
ASISTENCIAL	13	8	36	57
DIRECCIONAMIENTO	4	2	21	30
GERENCIA	3			
TALENTO HUMANO	4	2	10	16
AMBIENTE FÍSICO	2	0	3	5
TECNOLOGÍA	1	2	2	5
INFORMACIÓN	6	3	11	20
MEJORAMIENTO	2	3	8	13
TOTAL GENERAL	35	20	91	146

En total se priorizaron **146** OM, de las cuales **35** son de la fase de autoevaluación y **111** son del informe de renovación de acreditación, para ser abordadas en el ciclo 9 de mejoramiento

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

De acuerdo a las oportunidades de mejora derivadas de la fase de autoevaluación y que fueron priorizadas (metodología riesgo-costo- volumen) se formulan los planes de mejora para cada grupo de estándares.

Estos planes se registran la herramienta de Plan de Mejoramiento Institucional (FOR-SIG-12) en donde se describen las acciones a desarrollar (ciclo PHVA) con sus responsables y tiempos para el cierre de las brechas identificadas.

En las reuniones mensuales de cada equipo de autoevaluación se realiza el seguimiento y socialización de los avances de los planes de mejoramiento de acreditación.

Cada mes, se realiza la reunión del Equipo de Mejoramiento Institucional, conformado por los líderes de todos los equipos de autoevaluación y liderado por el profesional de calidad. Durante las reuniones se evalúan los aspectos estratégicos de la organización, monitoreo de indicadores, se realiza el seguimiento del avance del proceso de acreditación y se realiza seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, que integra todos los planes de acción de los grupos de estándares y de otras fuentes de mejoramiento como indicadores, auditorías internas y externas, revisoría fiscal, riesgos, referenciaciones, entre otras. Además, se evalúan y gestionan las barreras identificadas en cada equipo para la ejecución de los planes y se definen compromisos de mejoramiento para la remoción de estas barreras.

CIERRE DE CICLO Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

En cada ciclo de mejoramiento, el equipo de autoevaluación consolida los logros obtenidos durante el ciclo y son comunicados en reuniones con los equipos primarios de mejoramiento, para que estos desplieguen la información a cada una de sus áreas y procesos. Por otro lado, se proponen estrategias desde el Proceso de Mercadeo y Comunicaciones, las cuales están definidas en el Plan de Comunicaciones Institucional.

Al final de cada ciclo se realiza por parte del Profesional Universitario de Calidad un informe con el aprendizaje organizacional, el cual es socializado con los equipos de acreditación.

Línea de Tiempo Acreditación

CICLO 2

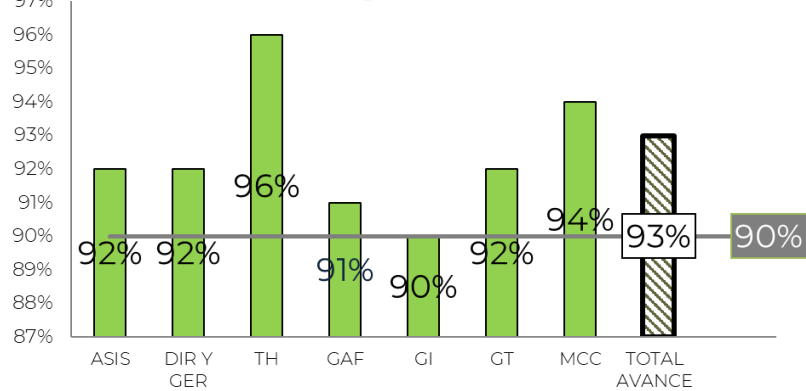


Línea de Tiempo Ciclo 9

PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5	PASO 6
					
Confirmación Equipo Acreditación	Lectura y Conocimiento del Estándar	Autoevaluación - Cuantitativa - Cualitativa	Priorización de oportunidades de mejora	Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento	Aprendizaje organizacional y estandarización de procesos
Octubre 2024	Octubre 2024 a Diciembre 2024	Octubre 2024 a Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025 a Agosto 2025	Septiembre 2025

Ejecución planes de mejoramiento ciclo 9

Avance Ejecución de Planes de Mejora Ciclo 9



Fuente: Oficina de Calidad HDPUV

De este cierre de ciclo, se socializa y divulga la ejecución y avance del ciclo, se realiza la planificación para la ejecución del nuevo ciclo de mejoramiento, iniciando con la revisión de la conformación de los equipos, refuerzo de la metodología de mejoramiento

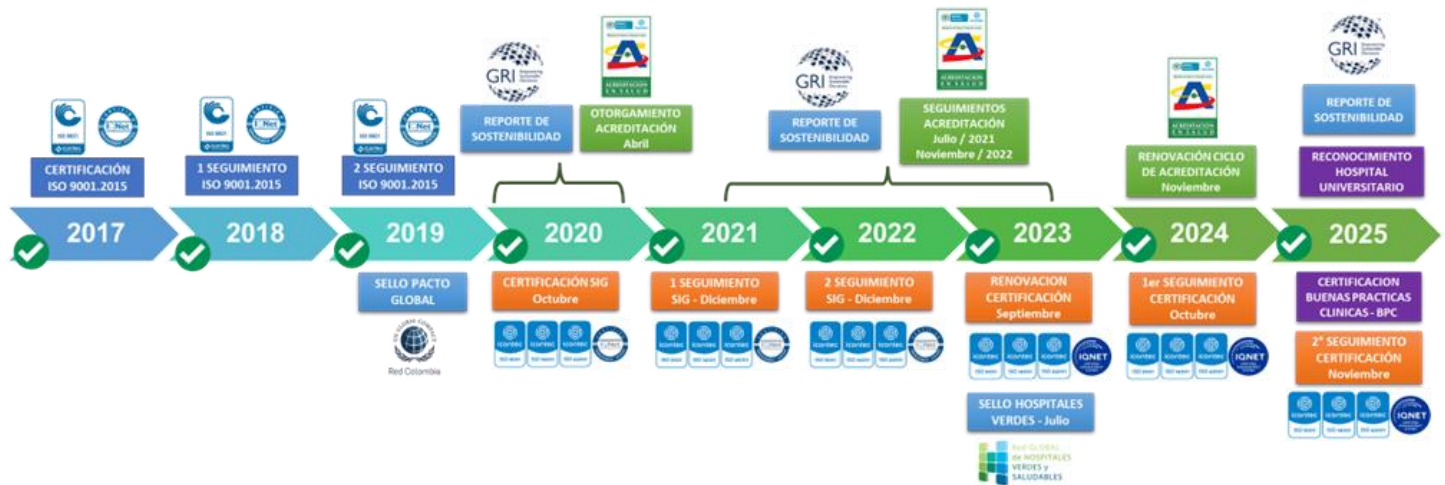


3

Información Institucional Sistemas de Gestión

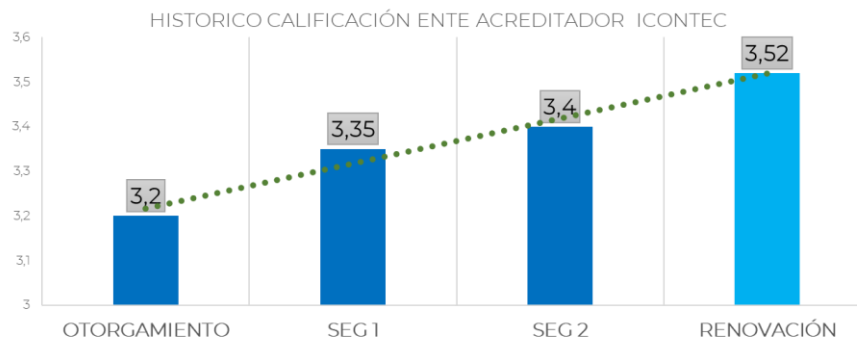


LÍNEA DE TIEMPO LOGROS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN



2025

- Certificado de acreditación en salud: Renovación del ciclo de acreditación por un nuevo período de cuatro años. (2024 – 2028)



- Mantenimiento Integrado del Sistema de Gestión: Renovación de los sistemas de gestión ambiental (ISO 14001) y de seguridad y salud en el trabajo (ISO 45001) con vigencia hasta el año 2027, y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad (ISO 9001).



- Reconocimiento Hospital Universitario en Julio 2025



Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud CITHS
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Acuerdo No. 028 de 2025

ACUERDO No. 028 DE 2025
(31 de julio de 2025)

POR EL CUAL SE RESUELVE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO A LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE - SEDE 01- CALI, VALLE DEL CAUCA CÓDIGO REPS PRESTADOR: 7600103609-01

LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD

en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto 2006 de 2008, modificado por el Decreto 1298 de 2018 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2.7.1.1.21 del Decreto 780 de 2016, en concordancia con el artículo 3.2.3 del Decreto 1298 de 2018, estableció que esta Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud se pronunciará, mediante Acuerdo, sobre la solicitud de reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud como hospital universitario.

Que mediante solicitudes radicadas con los números 202442400491042, 202442400510912, 202442400510962, 202442400511272, 202442400511392, 202442400512072 y 202442400512232 del 16 de julio de 2024, la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE - SEDE 01, de CALI, VALLE DEL CAUCA, con código REPS 7600103609-01, presentó ante esta Comisión los documentos específicos para el reconocimiento como Hospital Universitario.

- Certificación Buenas Prácticas Clínicas en Julio 2025



Resoluciones

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - InVIMA

Resolución No. 2025027200 del 03 de julio de 2025

Por la cual se otorga la Certificación de cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., identificado con NIT 890.304.155-8

El Director Técnico (E) de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -InVima, delegado mediante Resolución número 2012030820 del 19 de octubre de 2012, en ejercicio de las facultades Legales Conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 677 de 1995, Resolución 2378 de 2008, Ley 1437 de 2011 y Ley 1755 de 2015.

ANTECEDENTES

Que mediante escrito con radicado No. 20251098192 del 11 de abril de 2025, la doctora María Fernanda Burgos Castillo en calidad de Gerente General del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. ubicado en la calle 5 No. 80 – 00 de Santiago de Cali, Valle del Cauca, solicitó visita de Certificación de Buenas Prácticas Clínicas al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – InVima.

Que mediante visita realizada durante los días 16, 17 y 18 de junio de 2025, los suscritos profesionales del InVima, se hicieron presentes en las instalaciones del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., ubicado en la calle 5 No. 80 – 00 de Santiago de Cali, Valle del Cauca, identificado con NIT 890.304.155-8, teléfono (602) 3223232, correo electrónico ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co; gerencia@psiquiatricocali.gov.co; con el propósito de evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas tendiente a la Certificación, emitiendo el siguiente concepto técnico:

"Una vez evaluado el cumplimiento de los requisitos previstos en la Resolución 2378 de 2008 y demás normatividad nacional aplicable, el equipo auditor del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – InVima adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, concejista que el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., ubicado en la calle 5 No. 80 – 00 de la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca, identificado con NIT 890.304.155-8, CUMPLE con las BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS, para realizar investigación con medicamentos en seres humanos en los servicios relacionados en el numeral uno (1) de la presente acta".

POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

RESOLUCIÓN No. 586 del 22 de noviembre de 2024 “POR LA CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.”

El HDPUV se compromete a:

Nos comprometemos a ofrecer servicios de salud de alta calidad que respeten la dignidad humana y sean accesibles, oportunos y seguros, a través de un personal altamente competente orientados a lograr la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas del cliente interno, los usuarios, pacientes, familia y demás partes interesadas.

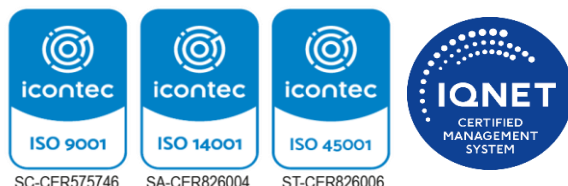
Protegemos la seguridad y salud de todos nuestros funcionarios, contratistas, proveedores, docentes y personal en formación mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establecimiento de controles respectivos y de seguridad vial y los impactos ambientales significativos.

Promovemos un entorno de trabajo seguro y saludable, buenas prácticas ambientales, de seguridad vial y acciones para mitigar el cambio climático. Fomentamos la participación activa de nuestros trabajadores y el uso racional de los recursos, asegurando el cumplimiento de la normatividad nacional vigente, otros requisitos aplicables y del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), asegurando la asignación de los recursos humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y físicos necesarios para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y el PESV, fortaleciendo la cultura de mejora continua del SIG y el PESV.

ALCANCE:

La presente política del Sistema Integrado de Gestión aplica a todos los procesos, centro de investigaciones y demás partes interesadas del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., independiente de su forma de contratación y que desarrollen actividades para el desempeño de sus funciones o labores encomendadas que aporten a la gestión del Hospital para la prestación de los servicios de salud mental integral.

Esta política tiene alcance a todos los centros de trabajo donde opere el Hospital, igualmente dará alcance sobre los desplazamientos laborales e itinere en todos los trayectos.



POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Resolución No.403 del 13 de agosto de 2020

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. se compromete a brindar servicios de salud Mental Integral de alta complejidad, seguros y eficientes, enmarcados en los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, centrados en el paciente como ser humano digno, sin ningún tipo de discriminación, en un ambiente favorable para la docencia y la investigación, contando con un talento humano altamente calificado. De acuerdo a nuestro nivel de complejidad, desarrollamos actividades de promoción de la salud y prevención secundaria de la enfermedad en los programas especiales, aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la población, los cuales están alineados a las políticas de salud pública nacionales.



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Acuerdo No 011 del 30 de agosto de 2022 de la Junta Directiva

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, se compromete a establecer todas las acciones tendientes a gestionar con efectividad los riesgos que afecten el logro de los Objetivos Estratégicos, los procesos y los recursos de la institución, propendiendo por asegurar la continuidad en la en la prestación de los servicios de salud, bienestar laboral y confianza en los grupos de interés.

Con corte al primer semestre de 2025 se tienen identificados **111** Riesgos.

PROBABILIDAD	Muy Alta									
	Alta	R-004	R-012	R-013		R-082	R-111	R-083	R-084	
	Media				R-060	R-031	R-032	R-036	R-038	
	Baja					R-061	R-085	R-055	R-057	
	Muy baja	R-089	R-090	R-093	R-105	R-106		R-075		
		R-028	R-041	R-069	R-072	R-076		R-056		
		R-091	R-092							
		Leve			Menor	Moderado			Mayor	Catastrofico
IMPACTO										
37 - 33,3%		Bajo		65 - 58,6%	Moderada	9 - 8,1%	Alta	0 - 0,0%	Extrema	

POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESOLUCIÓN No. 046 del 21 de enero de 2025 “POR LA CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.”

Brindamos cuidados seguros, centrados en la persona, familia, sociedad y comunidad hospitalaria, identificando y gestionando los riesgos individuales y sociales, que garanticen la confianza en la prestación de los servicios mediante la educación, la gestión clínica y el sistema de administración de riesgos institucionales.



“Innovamos en prácticas seguras para el cuidado en la salud mental

POLÍTICA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION

RESOLUCIÓN No. 358 del 4 de agosto de 2023

Brindamos cuidado centrado en la persona, familia, sociedad y comunidad hospitalaria identificando las necesidades y expectativas que garantice la mejor experiencia de servicio, mediante la educación y comunicación en un ambiente seguro y sano.



C	Comunicación Identificar los teléfonos y personal del equipo de salud. Ej. Citas médicas: 3223232 ext 349-450-151. Línea 106.
U	Urgencias Informar acerca de los signos de alarma y/o peligro que indican empeoramiento de la situación de salud o una recaída.
I	Información Conocer sobre el diagnóstico, tratamiento terapéutico, pronóstico.
D	Dieta Sugerir alimentos que estén al alcance y facilitar adopción de dietas especiales si las requiere, horarios de alimentación, etc.
A	Ambiente Espacios seguros de la vivienda, pisos, estructuras, iluminación y ventilación.
R	Recreación y uso del tiempo libre Educación que apunten a prácticas recreativas saludables como caminatas, deporte, etc.
M	Medicamentos y tratamiento no farmacológico Educación en administración segura de medicamentos y explicar los riesgos de la automedicación.
E	Espiritualidad Resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia del individuo.



“Humanización en la salud mental, por la inclusión social, todos contra el estigma”

POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

RESOLUCIÓN No. 519 del 29 de octubre de 2020

Implementar un proceso sistemático de planeación, gestión, control, evaluación, reposición, renovación y disposición final de las tecnologías, desarrollando procedimientos seguros de adquisición, incorporación, puesta en funcionamiento, monitorización y mantenimiento de las mismas, propendiendo por la calidad y continuidad en la prestación del servicio, con enfoque de riesgos, la promoción de la cultura institucional para el manejo seguro y adecuado de las tecnologías y la preservación del medio ambiente.



POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN No. 514 del 8 de noviembre de 2023

Promoción de prácticas sostenibles que contribuyen a la salud mental y el bienestar de todos, la gestión del conocimiento desde la formación académica e investigativa, la relación docencia servicio y la formación de talento humano en salud de la región, el desarrollo de prácticas de inclusión social, de impacto positivo sobre el ambiente por medio de estrategias de reducción de la huella de carbono, gestión integral de residuos, optimización del uso de los recursos , generación y uso de energía limpia y no contaminante. Promovemos el crecimiento económico, trabajo decente y seguro, servicios integrales en salud mental con una atención segura y humanizada, que son de impacto en termino de cobertura, acceso, calidad y respeto a los derechos humanos para la población en general.



REFERENCIACIÓN INSTITUCIONAL

REFERENCIACIÓN

Estrategia de gestión del conocimiento que tiene por objeto aportar información útil para la gestión de las instituciones, identificar áreas de mejora, aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados y conocer experiencias exitosas que puedan ser adaptadas y adoptadas a la realidad de cada institución, permitiendo acelerar el proceso de mejoramiento. Forma parte integral del proceso de acreditación, debe contar con un plan específico y puede ser externa e interna.

REFERENCIACIÓN COMPARATIVA O EXTERNA

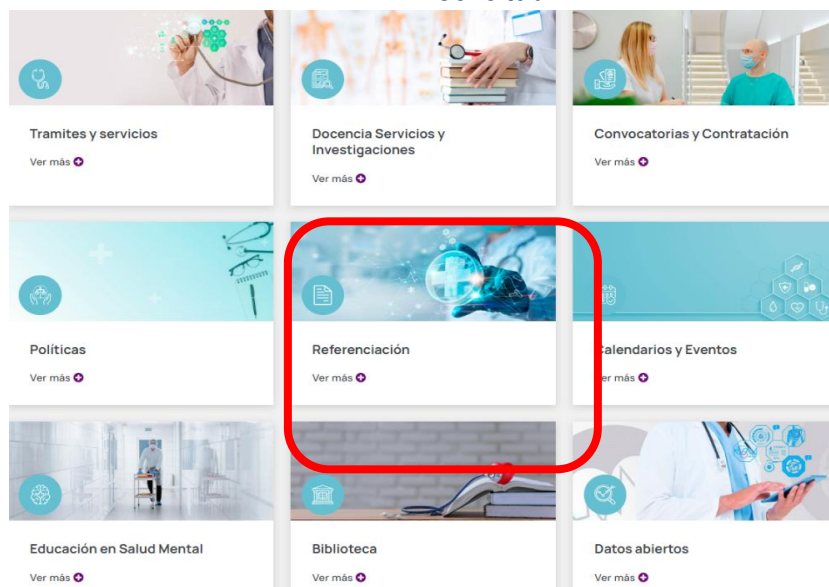
Es un proceso estratégico y herramienta de mejoramiento organizacional que consiste en la evaluación y el análisis sistemático y periódico de las prácticas, procesos, políticas y estrategias reconocidas en el mercado como exitosas y de cualquier parte del mundo, para su posterior adaptación y asimilación por la organización.

REFERENCIACIÓN INTERNA

Este tipo de referenciación puede ser aplicado en las organizaciones cuando se identifican actividades que se están desarrollando de mejor manera en unos procesos de la entidad. Se puede conocer a fondo la propia entidad mediante un análisis detallado de sus diferentes procesos, y a partir de allí aplicar las prácticas más óptimas o exitosas dentro de la entidad.

Si deseas referenciarte con nuestra entidad, ingresa a la página web:

<https://psiquiatricocali.gov.co/wp/referenciacion/> en el sitio "REFERENCIACION" y descarga el formato de solicitud



RECONOCIMIENTOS

- ✓ **Reconocimiento al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, otorgado por la Gobernación del Valle del Cauca, mediante Resolución No. 1.03.01-0961 del 6 de diciembre de 2024, en conmemoración de sus 80 años de fundación y en reconocimiento a su destacada labor en pro del bienestar y la salud mental de los vallecaucanos.**



- ✓ **La Honorable Asamblea del Departamento del Valle del Cauca, mediante la Resolución No. 734 del 6 de diciembre de 2024, otorga la Orden Independencia Vallecaucana al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., en conmemoración de los 80 años de su fundación institucional, Este reconocimiento exalta su valioso liderazgo en la atención en salud mental en la región y su alto compromiso con la excelencia y la calidad en la prestación de servicios.**
- ✓ **Reconocimiento al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle otorgado por el concejo de la facultad de salud de la Universidad del Valle, mediante Resolución No 360 del 10 de diciembre de 2024, en conmemoración de sus 80 años por su contribución de manera invaluable a la formación de profesionales de salud de la universidad del valle, así como su atribución, tratamiento y cuidados de la salud mental en la región.**



- ✓ **Condecoración Medalla Orden Sebastián de Belalcázar – Grado Cruz de Caballero, otorgada por la Alcaldía de Santiago de Cali mediante el Decreto 4112.010.20.1136 del 4 de diciembre de 2024, en reconocimiento a su valioso aporte al fortalecimiento de la salud mental en la región, con motivo de los 80 años de servicio en este campo.**

- ✓ **Exaltación de Honor al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle**, otorgada por el Concejo de Santiago de Cali mediante Resolución No. 200.2.2-439-2024, en conmemoración de sus 80 años de servicio, como reconocimiento a su valioso aporte a la salud mental de los colombianos y por consolidarse como un campus de formación, educación y una institución garante de bienestar para quienes acuden en búsqueda de sus servicios especializados.



- ✓ **Miembros de Planetree: Desde Junio del 2025 hacemos parte de Planetree**, una red internacional comprometida con la humanización de la atención en salud. Esta membresía respalda nuestro enfoque centrado en la persona, impulsando prácticas que promueven el respeto, la empatía y la participación activa del paciente en su proceso de cuidado.

- ✓ **Reconocimiento nacional: En julio de 2025, fuimos reconocidos por el Instituto Nacional de Salud y la revista El Congreso durante el Encuentro Nacional para la Salud de Colombia**, por demostrar altos estándares de calidad y contribuir significativamente al fortalecimiento de la salud mental en el país

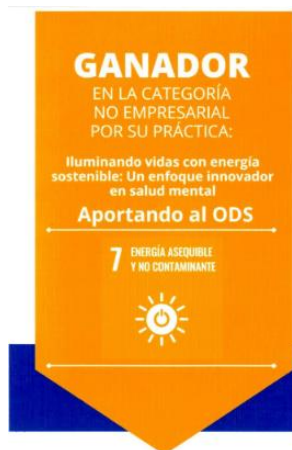


- ✓ **Reconocimiento en medios y exaltación institucional (julio de 2025): Destacados en la portada de la revista El Congreso con el artículo "Así transformamos la salud mental – Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle"**, donde se exalta nuestro modelo innovador y el compromiso con una atención en salud mental centrada en la persona



- ✓ **Reconocimiento nacional:** En julio de 2025, fuimos reconocidos por el Instituto Nacional de Salud y la revista El Congreso durante el Encuentro Nacional para la Salud de Colombia, por demostrar altos estándares de calidad y contribuir significativamente al fortalecimiento de la salud mental en el país

- ✓ **Adhesión al Pacto Global de las Naciones Unidas:** Desde la adhesión formal en 2019, la institución hace parte del Pacto Global de las Naciones Unidas, fortaleciendo de manera continua el cumplimiento de los 15 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En 2025, recibimos el Reconocimiento del Pacto Global Red Colombia y Cámara de Comercio de Bogotá a las Buenas Prácticas de Desarrollo Sostenible por su compromiso con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No 7 gracias a la estrategia “Iluminando vidas con energía sostenible” (agosto 13 de 2025).



EVENTOS

1º SIMPOSIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
COMO EJE EN EL ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO MENTAL

Octubre 10 y 11 2024

Ejes temáticos

- ✓ Gestión del conocimiento desde la academia.
- ✓ Experiencia en la prestación de servicios.
- ✓ Iniciativas y lineamientos sociales y políticos.
- ✓ Prácticas Institucionales - Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E desde el direccionamiento estratégico y el modelo de atención.

Inscríbete **Agenda**

Valor de la inscripción

Tarifa general	\$60.000
Tarifa Estudiantes	\$40.000

 Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E

 8 AÑOS

"Comprometidos con la Excelencia en Salud"



1º Simposio de Seguridad del Paciente

"Como eje en el abordaje integral del trastorno mental"

(10 y 11 de octubre de 2024)



Participamos en la organización y desarrollo de este evento académico.

Primer Simposio Nacional de Salud Mental 2024

**“La neuropsiquiatría en
la práctica médica y
psiquiátrica general”**

**(27 y 28 de noviembre de
2024)**



Participamos en la organización y desarrollo de este evento académico.

Referenciación Interna

“Gestión comités Institucionales”

Lineamientos para la gestión de los comités institucionales socializando la importancia de su estructura, propósito y funcionamiento, resaltando que estos espacios aseguran el seguimiento a compromisos, la alineación con los objetivos estratégicos y el cumplimiento de la normatividad vigente.

 Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.  80 años "Comprometidos con la Excelencia en Salud" Página 1 de 1

Santiago de Cali, julio 28 de 2025

COMUNICADO

PARA: Subgerentes, asesores, líderes y responsables de proceso, líderes de equipos de autoevaluación, referentes de ejes de acreditación y programas institucionales, presidentes y secretarios de comités institucionales, químico farmacéutico, oficina de calidad, profesional universitario DSI, profesional estadística y asociación de usuarios.

DE: Gerencia

ASUNTO: Jornada de referenciación interna y fortalecimiento análisis de indicadores

Cordial saludo

Desde el equipo de mejoramiento institucional para dar respuesta a oportunidades de mejora de los diferentes grupos de estándares, se programó la jornada de referenciación interna, con enfoque en la alineación de los diferentes comités institucionales a la metodología de mejoramiento y adherencia al procedimiento PRO-SIG-14 GESTIÓN DE COMITES INSTITUCIONALES. Se recuerda que desde el procedimiento PRO-SIG-03 REFERENCIACIÓN, se establecieron otros tipos de referenciación, como el de referenciación interna: que permite conocer las buenas prácticas o experiencias que desarrollan ciertos procesos institucionales y que se pueden tomar como referencia para aplicarlas en su proceso.

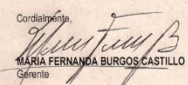
Además, articulados a las oportunidades de mejora transversales, en esta jornada se incluirá el taller de fortalecimiento del análisis de indicadores, dirigido a los líderes de programa y a los responsables de procesos que tengan a su cargo el diligenciamiento, análisis de indicadores y reporte en la herramienta ALMERA.

En este sentido, se ha programado la jornada de referenciación interna y el taller de fortalecimiento de análisis de indicadores, dirigido a los presidentes y secretarios de comités institucionales, líderes y responsables de procesos y del diligenciamiento y análisis de indicadores, en la siguiente fecha:

DIA: viernes 1° de agosto de 2025 **HORA:** 8:30 am **LUGAR:** Auditorio La Casona

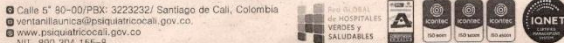
Se requiere que la información de comités e indicadores esté reportada en ALMERA. La asistencia es obligatoria.

Cordialmente,


MARÍA FERNANDA BUROOS CASTILLO
Gerente

Proyecto: Homero Rosero Montoya – Profesional Universitario de Calidad





● Calle 5ª 90-00/PBX: 3223232/ Santiago de Cali, Colombia
● ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co
● www.psiquiatricocali.gov.co
● NIT: 890.304.155-5



INFORME DE LA EXCELENCIA “UN JARDIN DE LA EXCELENCIA HDPUV 2025”

En su sexta versión, la Feria de la Excelencia, organizada por la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Comunicaciones, en articulación con la Subgerencia Científica, se desarrolla bajo el lema “CULTIVANDO EL COMPROMISO, FLORECE LA EXCELENCIA INSTITUCIONAL”, denominado: “UN JARDIN DE LA EXCELENCIA HDPUV 2025”

Este año, la feria se concibe como un gran “Jardín de la Excelencia”, donde cada eje de acreditación o proceso institucional se representa simbólicamente como una planta, flor o árbol dentro del jardín. A través de esta metáfora, se destacan los frutos del trabajo bien hecho: los logros, avances, innovaciones y buenas prácticas que reflejan el compromiso de toda la comunidad institucional con la calidad y la mejora continua.

Por segundo año consecutivo, la feria estará abierta al público externo, permitiendo la participación de instituciones y empresas aliadas, con el propósito de fortalecer los procesos de referenciación y cooperación interinstitucional.

Cada equipo participante diseñará una estación temática, decorada con elementos naturales o simbólicos —flores, macetas, árboles, regaderas, entre otros—, y desarrollará dinámicas interactivas, juegos o retos que inviten a los visitantes a “sembrar conocimientos” y “cosechar aprendizajes”. Los asistentes recorrerán las diferentes estaciones con un “Pasaporte Botánico”, que irán sellando a medida que participan en las actividades, fomentando así la integración, la creatividad y el aprendizaje colaborativo.

En síntesis, la Feria de la Excelencia 2025 se consolida como un espacio de encuentro, reconocimiento e intercambio de experiencias, que fortalece la identidad institucional, impulsa la mejora continua y reafirma el compromiso de todos con la calidad, la innovación y la excelencia en el servicio



El 25 de septiembre del año en curso, a partir de las 9:00 a.m., se dio inicio a la sexta versión de la Feria de la Excelencia “Un Jardín de la Excelencia HDPUV 2025” con un desfile inaugural que contó con la participación del nivel directivo, líderes de proceso, referentes de los ejes de acreditación, funcionarios, contratistas y proveedores de servicios tercerizados del HDPUV.

El acto de apertura estuvo acompañado por bailarines de música del pacífico, quienes ofrecieron un espectáculo lleno de color, alegría y tradición, enmarcando el espíritu de entusiasmo y compromiso que caracteriza esta actividad institucional:



Los participantes recorrieron de manera presencial los stands de los ejes de acreditación, ubicados en el sector de La Casona, espacio dotado con acceso a conectividad Wi-Fi para facilitar la interacción digital durante la jornada.

En la entrada principal se dispuso un código QR para el registro de los asistentes, mientras que en cada stand se instaló otro código QR que permitía a los visitantes, mediante sus dispositivos móviles, acceder al formulario de evaluación correspondiente al eje de acreditación o tema institucional presentado.

Como complemento, se entregó material informativo en formato físico y digital, disponible como herramienta de apoyo y consulta posterior.

Al finalizar el recorrido, una vez completadas todas las visitas y evaluaciones, los participantes recibieron en su correo electrónico registrado un certificado de participación, en reconocimiento a su vinculación activa en la Feria de la Excelencia 2025.



Durante la Feria de la Excelencia “Un Jardín de la Excelencia HDPUV 2025”, se tuvo la oportunidad de conocer, compartir y visibilizar las buenas prácticas y experiencias exitosas desarrolladas por los diferentes ejes del hospital en el marco de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud y la cultura de mejora continua que promueve la institución.

A lo largo de la exposición, se presentaron iniciativas destacadas en Seguridad del Paciente, Cuidado Humanizado, Gestión de Riesgos Institucionales, Gestión de la Tecnología y Direccionamiento estratégico evidenciando el compromiso permanente con la calidad, la seguridad y la innovación en la atención. Asimismo, se socializaron las estrategias implementadas desde el eje de Responsabilidad Social Empresarial, orientadas al bienestar del colaborador y a la transformación cultural como pilares del fortalecimiento institucional.

De igual manera, se dio a conocer los avances en tema de infraestructura establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional 2024–2028, junto con la metodología de mejoramiento institucional, que consolida las acciones de planeación, seguimiento y evaluación orientadas al cumplimiento de los estándares de la Acreditación Nacional en Salud. También se destacaron las iniciativas del eje de Asociación de Usuarios y SIAU, la gestión de riesgos clínicos y ambientales, y las buenas prácticas en la gestión de tecnologías, en las cuales se evidenció un notable componente de innovación, incluyendo el uso de videos y herramientas basadas en inteligencia artificial en los ejes de Gestión de Tecnología y Transformación Cultural.

Esta feria permitió realizar un recorrido integral por los avances, logros y resultados institucionales alcanzados en los últimos años, reafirmando el compromiso del HDPUV con la excelencia en la atención en salud y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión. Durante los dos días del evento se contó con la participación de 336 asistentes, entre funcionarios, contratistas, invitados especiales, representantes de entidades externas, personal en formación y comunidad en general, quienes pudieron conocer de primera mano cómo la institución continúa evolucionando para ofrecer servicios en salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización.

Resultados

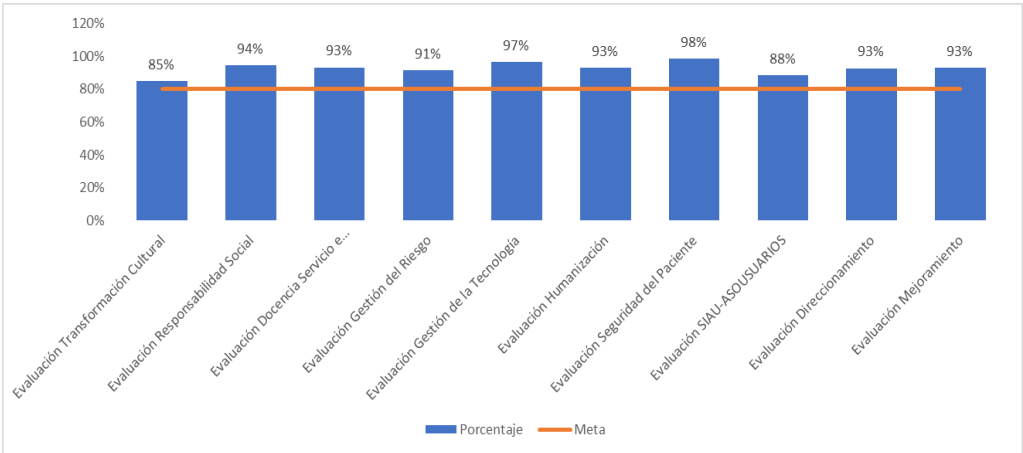
La actividad contó con la participación total de trescientos treinta y cinco (335) personas, entre funcionarios públicos, contratistas, agremiados, docentes y estudiantes, quienes hicieron parte activa de las diferentes exposiciones y actividades desarrolladas durante Un Jardín de la Excelencia HDPUV 2025.

Asimismo, participaron cinco proveedores estratégicos que prestan sus servicios a la institución:

- PROVIDER, encargado del servicio de seguridad.
- SYNLAB, aliado en el laboratorio clínico.
- FARMART, responsable del servicio farmacéutico.
- ICONTEC, entidad certificadora y acompañante en los procesos de gestión de calidad.
- Metro MIO, sistema aliado en la movilidad de nuestros usuarios y colaboradores.

A cada uno de estos proveedores se les asignó un espacio especial dentro de la feria, donde pudieron presentar sus procesos, servicios y aportes al fortalecimiento institucional, reafirmando la alianza y el compromiso compartido con la excelencia, la seguridad y la calidad en la atención.

Resultados de Conocimiento



En cada uno de los stands se evaluó los temas socializados mediante un cuestionario en código QR, se estableció como meta el 80% de respuestas correctas, del total de registros de los formularios de evaluación, los resultados por eje de acreditación o tema institucional.

Durante la sexta versión de la Feria de la Excelencia – “Un Jardín de la Excelencia HDPUV 2025”, se realizaron 1302 evaluaciones distribuidas entre los distintos ejes temáticos participantes. Los resultados reflejan un alto nivel de compromiso, creatividad e impacto por parte de los equipos, consolidando la feria como un espacio de aprendizaje, innovación y fortalecimiento institucional.

El promedio general de las evaluaciones fue del 93%, lo que refleja una percepción altamente positiva por parte de los asistentes frente a la información socializada, la calidad del contenido y la pertinencia de los stands presentados. Este resultado evidencia la efectividad del trabajo colaborativo entre los diferentes procesos institucionales y el liderazgo comprometido en la consolidación de una cultura de la excelencia, la mejora continua y la innovación en la gestión hospitalaria.

Conclusiones

- ✓ Todos los ejes temáticos socializados alcanzaron niveles de adherencia superiores al 85%, reflejando una alta satisfacción y compromiso por parte de los participantes
- ✓ El promedio general de las evaluaciones fue del 93%, demostrando la efectividad del trabajo colaborativo, la claridad en la comunicación institucional y el liderazgo de los diferentes ejes temáticos en la promoción de la cultura de la excelencia y la mejora continua.
- ✓ Se alcanzó una cobertura superior al 90% entre el personal de planta y los miembros de ASOSINDISALUD, lo que refleja un alto nivel de compromiso y participación. La realización de la actividad en horario laboral facilitó la asistencia y el involucramiento activo de los colaboradores en diferentes momentos de su jornada.
- ✓ Los canales de comunicación más efectivos para la divulgación de la Feria de la Excelencia fueron WhatsApp y correo electrónico, seguidos de las carteleras informativas institucionales, lo que permitió una amplia difusión y convocatoria entre los funcionarios.
- ✓ La mayoría de los participantes manifestó que la información presentada durante la Feria fue relevante y valiosa para el desempeño de sus funciones dentro del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, destacando su pertinencia frente a los procesos institucionales.
- ✓ La participación de los miembros de ASOSINDISALUD, proveedores y contratistas en el proceso de socialización fortaleció la adherencia a los temas institucionales y consolidó su compromiso con los procesos de calidad, acreditación y mejora continua en los que el hospital avanza de manera permanente.



Hospital Departamental
Psiquiátrico Universitario
Del Valle E.S.E.

Calle 5 No. 80-00,
PBX +57 (602) 3223232
Santiago de Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co



psiquiatricocali.gov.co