

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 1 de 10			

Fecha del Informe:	02 de febrero de 2026
Título del Informe:	Informe anual Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, Año 2025
Proceso:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional – GSI
Objetivo:	Mantener el compromiso de desarrollar e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de conformidad con lo establecido en la norma, para promover el mejoramiento continuo de la calidad en todo el Instituto con el fin de disminuir los riesgos de atención, obtener los mayores beneficios para el paciente a unos costos razonables de atención.

INTRODUCCIÓN

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

El Instituto Nacional de Cancerología INC es una entidad pública de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, perteneciente al sector descentralizado de la rama ejecutiva del orden nacional, adscrita el Ministerio de la Protección Social bajo la nueva Ley 2291 del 17 de febrero de 2023, cuyo objeto es trabajar por el Control Integral del Cáncer. Se encamina a ser una Institución líder en atención integral, formación del talento humano, desarrollo científico y tecnológico en cáncer.

Como entidad pública le exige la búsqueda de estrategias que permitan una gestión eficiente y efectiva de sus recursos, así como de generar estrategias para el mejoramiento de sus procesos, así como rendir cuentas a la ciudadanía y grupos de interesados sobre el avance de su gestión, en este sentido, el Instituto ha trabajado en fortalecer su plataforma estratégica, permitiendo contar una misión, visión y el concepto de control de cáncer bien definido.

El Instituto ha implementado el procedimiento de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación y está alineado con el sistema de gestión de la calidad institucional. Igualmente se ha descrito el procedimiento de gestión de mejora que permite fortalecer los procesos institucionales. Ambos procedimientos se enmarcan en el sistema de gestión de calidad, el cual se ha denominado sistema de desempeño institucional y que se constituye en la estrategia que armoniza diferentes modelos de gestión (SISTEDA, MECI y el SOGCS).

El presente informe describe las etapas y los resultados en que se desarrolló en el PAMEC institucional iniciando desde la autoevaluación y finalizando con el aprendizaje organizacional, documentado en el GSI-P02-PG-01 Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud – PAMEC.

El PAMEC para el año 2025, tiene como alcance seis líneas:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 2 de 10	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 2025



1. Estándares de acreditación
2. Gestión del riesgo
3. Auditorías Internas
4. Auditorías de calidad:
 - Auditoría de historias clínicas por servicios (hospitalarios, ambulatorio y enfermería)
 - Auditoría del Consentimiento Informado
 - Auditoría de adherencia de Guías de Práctica Clínica (GPC)
5. Eje de Acreditación- Segunda Víctima
6. Seguridad del paciente
 - Estrategia Multimodal
 - Limpieza y Desinfección
 - Reporte de eventos adversos derivados de proyectos de investigación
 - Aislamientos (Sistema de ventilación)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 3 de 10			

DESARROLLO DEL INFORME

Este informe se realizó dando seguimiento al cumplimiento de la calidad esperada de acuerdo con lo planteado para cada línea en el GSI-P02-PG-01 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC del año 2025. El cumplimiento anual se definió de acuerdo con el resultado de los indicadores de las líneas evaluadas, obteniéndose para el año 2025 de 82% de cumplimiento. Comparado con el cumplimiento del año 2024 (93.3%) se mantiene el cumplimiento superior a la meta establecida de 85%, Figura 1.

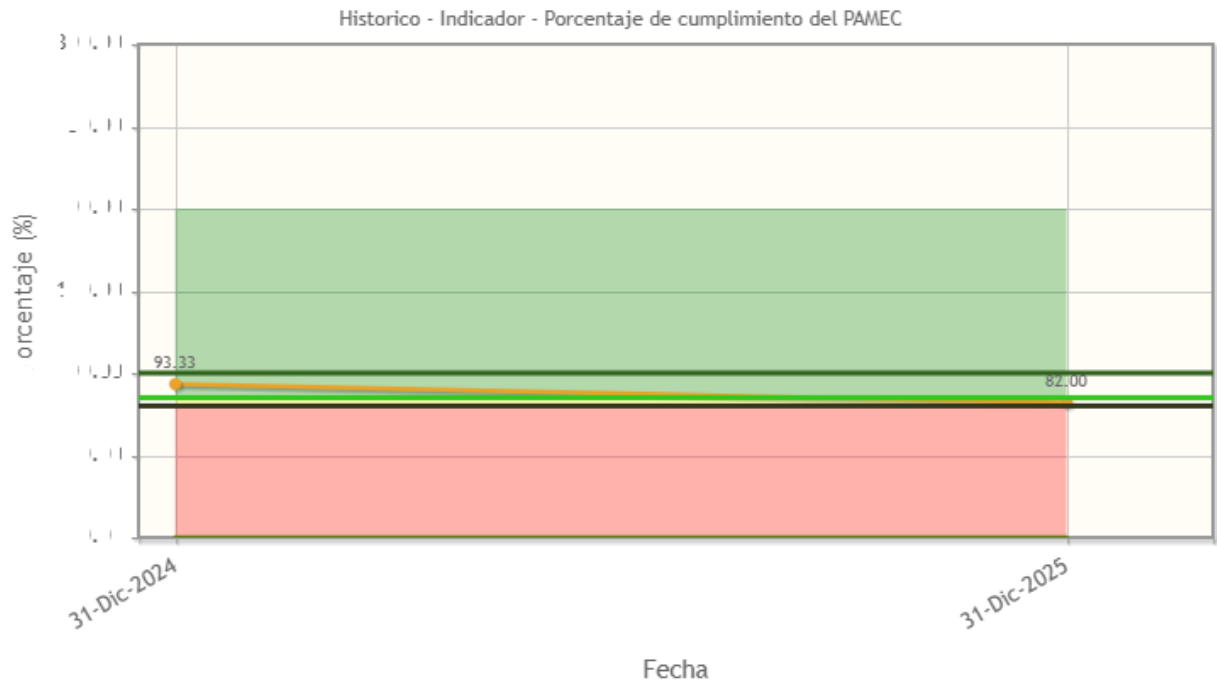


Figura 1. Distribución de porcentaje de cumplimiento PAMEC

A continuación, se reporta el cumplimiento del año 2025 de acuerdo con la calidad esperada de cada una de las líneas de alcance, obteniendo los siguientes resultados:

	Línea	Descripción	Calidad Esperada	Cumplimiento por línea (%)
1	Cumplimiento de los estándares de acreditación	Calificación de autoevaluaciones anuales	3.9 en la quinceava autoevaluación	100%
2	Gestión del riesgo	Cumplimiento en el tratamiento a los riesgos institucionales	90%	0%
3	Auditorías Internas	Cumplimiento en las auditorías internas	100%	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 4 de 10	

Línea		Descripción	Calidad Esperada	Cumplimiento por línea (%)
4	Auditorías de Calidad	Auditoría de Historias Clínicas por servicio	90%	99%
		Auditoría del Consentimiento informado	90%	
		Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica	97%	
5	Eje de Acreditación-Segunda Víctima	Despliegue de la estrategia de segunda víctima definida en el INC	40%	96%
6	Seguridad del Paciente	Estrategia Multimodal	85%	100
		Limpieza y Desinfección	90%	
		Herramienta para el reporte de eventos adversos derivados de estudios de investigación. Herramienta	100%	
		Aislamiento	90%	
82%				

Tabla 1. Calidad esperada y cumplimiento por líneas, año 2025

1. Cumplimiento de los estándares de Acreditación

Durante los meses de septiembre y octubre de 2025 se realizó la Autoevaluación de Acreditación del Instituto Nacional de Cancerología, en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA). Este ejercicio tuvo como propósito evaluar el desempeño institucional con un enfoque en la mejora continua, centrado en el usuario y orientado a la excelencia. Como resultado del proceso, se obtuvo una calificación de 3,9 correspondiente al Ciclo 15, cumpliendo la meta establecida. El resultado evidencia el fortalecimiento de los procesos institucionales y el compromiso con los estándares de calidad en salud. La autoevaluación constituye un insumo clave para la formulación de planes de mejora y el seguimiento continuo del desempeño institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 5 de 10	

2. Gestión del Riesgo

En el marco del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se había programado la identificación y actualización de los 14 procesos institucionales, así como el seguimiento a la implementación de acciones de mejora derivadas de riesgos materializados en los procesos de Diagnóstico y estadificación, Unidades Funcionales de Tratamiento y Gestión de Apoyo Clínico. Sin embargo, estas actividades no fueron ejecutadas durante el periodo evaluado debido a la renuncia de la líder del proceso de Gestión del Riesgo, quien tenía a su cargo la coordinación técnica y metodológica de dichas acciones. La vacancia del cargo generó una interrupción temporal en la continuidad operativa del proceso, afectando la programación y ejecución de las actividades relacionadas con la actualización documental y el seguimiento estructurado de los planes de mejora. Esta situación obedeció a una contingencia administrativa y no a la falta de compromiso institucional con el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Para la vigencia 2026, el Instituto Nacional de Cancerología reafirma su compromiso con la consolidación del Sistema de Gestión del Riesgo y el mejoramiento continuo, contemplando la designación formal del responsable del proceso, la actualización integral de los procesos institucionales, la reactivación del seguimiento a los planes de mejora priorizados y la definición de un cronograma con metas verificables, garantizando así la continuidad, trazabilidad y sostenibilidad de las acciones orientadas a la calidad y seguridad en la atención.

3. Auditorías Internas

En relación con la línea de cumplimiento de auditorías internas a los diferentes procesos del Instituto Nacional de Cancerología (INC), durante la vigencia evaluada se desarrollaron las auditorías programadas conforme al plan anual aprobado, permitiendo evaluar el grado de adherencia a los procedimientos institucionales, la aplicación de los estándares de calidad y la efectividad de los controles establecidos. Las auditorías realizadas facilitaron la identificación de oportunidades de mejora, la verificación del cumplimiento normativo y el fortalecimiento de la cultura de autocontrol en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

4. Auditorías de Calidad

Auditoría de Historias Clínicas

Durante la vigencia evaluada se desarrolló el proceso de auditoría de historias clínicas, el cual incluyó como actividades: la definición del tamaño muestral para las auditorías, la ejecución de auditorías a historias clínicas de los servicios ambulatorios, hospitalarios y de enfermería, y la retroalimentación al equipo médico de acuerdo con los resultados obtenidos. La meta establecida fue alcanzar un 90 % de cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas, con el fin de garantizar decisiones informadas, la seguridad del paciente y la responsabilidad ética y legal en una atención centrada en el paciente. El tamaño de la muestra se definió conforme a lo establecido, y en cada bimestre se evaluaron historias clínicas de los diferentes servicios, cuyos resultados se encuentran documentados en los informes que reposan en el sistema SIAPINC. Como resultado del análisis consolidado anual, se obtuvo un cumplimiento del 88,3 %, lo que frente a la meta del 90 % representa un nivel de cumplimiento del 98 %, evidenciando un desempeño cercano al logro del objetivo propuesto y oportunidades de mejora para alcanzar el cumplimiento total de la meta.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GS-I-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 6 de 10	

Auditoría de Consentimiento Informado

Durante la vigencia evaluada se desarrolló el proceso de auditoría de consentimiento informado, el cual incluyó como actividades la definición del tamaño muestral para las auditorías, la ejecución de evaluación a los consentimientos informados de los servicios de imágenes diagnósticas, anestesia, gastroenterología, quimioterapia y enfermería, así como la retroalimentación al equipo médico de acuerdo con los resultados obtenidos. La meta establecida fue alcanzar un 90 % de cumplimiento en el diligenciamiento del consentimiento informado, con el fin de garantizar decisiones informadas, la seguridad del paciente y la responsabilidad ética y legal en una atención centrada en el paciente. El tamaño de la muestra se definió conforme a lo establecido y, en cada bimestre, se evaluaron los consentimientos informados de los diferentes servicios, cuyos resultados se encuentran documentados en los informes que reposan en el sistema SIAPINC. Como resultado del análisis consolidado anual, se obtuvo un cumplimiento del 88 %, lo que frente a la meta del 90 % representa un nivel de cumplimiento del 98 %, evidenciando un desempeño cercano al logro del objetivo propuesto y oportunidades de mejora orientadas al cumplimiento total de la meta.

Medición de Adherencia Guías de Práctica Clínica (GPC)

Durante la vigencia 2025, se realizó la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica para linfomas, cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, leucemias linfoblástica y mieloide, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, mieloma múltiple y leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes, con el fin de evaluar la aplicación de las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia y promover una atención segura, efectiva y centrada en el paciente. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor ejecutado del indicador fue del **96,62 %**, superando el valor establecido dentro de los límites de medición (90 %). Así mismo, el cumplimiento del indicador durante el período evaluado fue del 100 %, lo que evidencia un desempeño óptimo y sostenido en la adherencia a las guías de práctica clínica por parte de los servicios evaluados.

Estos resultados reflejan un alto nivel de apropiación de las Guías de Práctica Clínica en los procesos asistenciales, contribuyendo a la estandarización de la atención, la toma de decisiones clínicas informadas y la mejora de los desenlaces en salud.

5. EJES DE ACREDITACION-ATENCIÓN A SEGUNDA VÍCTIMA

En el marco de la línea de atención a la segunda víctima, se realizó la actualización del descriptivo institucional para el abordaje de la segunda víctima, incorporando mejores prácticas y lineamientos vigentes. Se solicitó a las empresas tercerizadas del Instituto Nacional de Cancerología el envío de sus respectivos descriptivos para garantizar coherencia en los procesos de apoyo. Además, se elaboró y socializó una infografía explicativa del mecanismo de atención, la cual fue difundida entre las Empresas Prestadoras de Servicios Médicos, los comités institucionales y a través de la página web del instituto. Esta información fue socializada a 852 colaboradores, incluyendo coordinadores de cada grupo y área, con el objetivo de sensibilizar sobre la identificación y reporte oportuno de posibles casos. De igual manera, se promovió la participación activa de los coordinadores en la identificación y reporte de casos, y se socializó el mecanismo establecido con las empresas aliadas para homogeneizar el abordaje y fortalecer el reporte. Los casos relacionados con la segunda víctima fueron presentados y analizados en el Comité de Seguridad del Paciente y en el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, consolidando un espacio de apoyo multidisciplinario. Estas acciones fortalecen el compromiso institucional con la seguridad del paciente y el bienestar del personal, en línea con los objetivos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Porcentaje de cumplimiento para esta línea 96%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 7 de 10	

6. SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la línea de Seguridad del Paciente, durante la vigencia evaluada se desarrollaron acciones de Limpieza y Desinfección, orientadas a garantizar entornos seguros, el control de infecciones y el cumplimiento de la normativa vigente. Como meta se estableció alcanzar un 90 % de cumplimiento en la aplicación de las pautas de cotejo para limpieza y desinfección, asegurando que al menos el 80 % de los resultados se ubicaran por encima del estándar definido. Para el desarrollo de esta actividad se realizó el cálculo muestral y la definición del número de habitaciones y áreas a evaluar, priorizando servicios críticos como salas de cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), UPTH, Hematología cuarto piso oriente y occidente, y Pediatría. La aplicación de las pautas de cotejo se efectuó mediante dos validaciones semanales con marcaje y una validación mensual con luminometría, abarcando tanto superficies como equipos biomédicos. Durante cada período se realizaron 120 luminometrías en superficies, 120 luminometrías en equipos biomédicos y 200 validaciones con marcaje mediante luz neón o fluorescente en los servicios priorizados. Como resultado, se evidenció un avance significativo en la aplicación sistemática de las pautas de cotejo en áreas críticas, mediante validaciones periódicas y el uso de herramientas objetivas de medición. Los resultados obtenidos fueron consolidados y presentados en el Comité de Infecciones durante cada periodo, permitiendo el análisis, la retroalimentación y la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de los procesos de limpieza y desinfección, en concordancia con los objetivos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Porcentaje de cumplimiento 90%

Respecto a las acciones encaminadas a mejorar el sistema de ventilación en las habitaciones de Aislamiento de presión positiva y negativa, durante la vigencia evaluada se desarrollaron acciones orientadas a fortalecer los mantenimientos preventivos de las habitaciones de aislamiento y de la Unidad de Progenitores de Tejidos Hematopoyéticos (UPTH), con el objetivo de garantizar la prevención de infecciones, proteger a pacientes inmunosuprimidos mediante el control del ingreso de aire. La meta establecida fue alcanzar un 90 % de cumplimiento en el mantenimiento preventivo del sistema de ventilación de las habitaciones de aislamiento y la UPTH. Para el logro de este objetivo, se elaboró el instructivo para el recambio de aires en habitaciones de aislamiento, identificado con el código GAC-P05-I-13, como documento orientador del proceso. Así mismo, se realizó seguimiento permanente al mantenimiento preventivo de los sistemas de ventilación, se elaboró una lista de verificación para el control y monitoreo de las actividades ejecutadas, y se llevaron a cabo auditorías de seguimiento que permitieron verificar el cumplimiento de lo establecido. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de las condiciones de bioseguridad, a la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud y al cumplimiento de los objetivos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Porcentaje de cumplimiento: 100%

En el marco de la línea de Seguridad del Paciente, en la Estrategia Multimodal de Lavado de Manos, durante la vigencia evaluada se desarrollaron diversas actividades orientadas a fortalecer la adherencia a esta práctica como medida fundamental para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Entre las acciones realizadas se incluyó la redefinición del número de observaciones a efectuar, con el fin de asegurar que el proceso de monitoreo y evaluación del cumplimiento en la adherencia al lavado de manos se encontrara alineado con la población institucional actual. Así mismo, se realizó la capacitación de los observadores y de los estudiantes en rotación, se efectuaron inspecciones a las señalizaciones, recordatorios visuales e insumos disponibles en las diferentes áreas, y se llevó a cabo la campaña conmemorativa del Día Mundial del Lavado de Manos. Como parte del proceso de seguimiento, se dio cumplimiento a la realización de 5.000 observaciones. La meta establecida fue alcanzar un 85 % de adherencia al lavado de manos conforme a los protocolos institucionales y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como resultado del análisis consolidado, se obtuvo un cumplimiento global del 86 %, superando la meta propuesta, lo que evidencia la efectividad de las acciones implementadas y su contribución al fortalecimiento de la seguridad del paciente, la prevención de infecciones y la promoción de prácticas clínicas seguras. Porcentaje de cumplimiento: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 8 de 10	

En cuanto al desarrollo de una herramienta en el sistema SAP, de acceso para los investigadores, que permite el registro y análisis sistemático de los eventos adversos derivados de estudios de investigación. Esta iniciativa tiene como propósito fortalecer la seguridad del sujeto de investigación, garantizar la trazabilidad de la información y asegurar el cumplimiento de los lineamientos éticos y regulatorios vigentes. Como parte de la implementación, se desarrolló un módulo en SAP para el reporte de eventos adversos, se elaboró el instructivo para orientar a los investigadores en el proceso de reporte y se diseñó el instructivo para el diligenciamiento del Algoritmo de Naranjo, identificado con el código UFT-P01-I-40, como herramienta para la evaluación de la causalidad de los eventos adversos. Estas acciones contribuirán al fortalecimiento del sistema institucional de vigilancia de eventos adversos en investigación, promoviendo una cultura de reporte oportuno soportando la mejora continua de los procesos relacionados con la seguridad del sujeto de investigación. Porcentaje de cumplimiento: 100%

Durante la vigencia evaluada, la línea de Seguridad del Paciente evidenció una ejecución integral y articulada de las acciones programadas, orientadas al fortalecimiento de la bioseguridad, la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, la adherencia a prácticas seguras y la vigilancia de eventos adversos. Las estrategias implementadas incluyeron el monitoreo sistemático de procesos críticos, el uso de herramientas objetivas de medición, la estandarización de procedimientos, el seguimiento a mantenimientos preventivos, el desarrollo de actividades de capacitación y la implementación de herramientas tecnológicas para la trazabilidad y análisis de eventos en investigación. Como resultado consolidado, la línea alcanzó un 97 % de cumplimiento global, lo que refleja un alto grado de adherencia a las metas establecidas, la efectividad de las acciones ejecutadas y el compromiso institucional con la seguridad del paciente como eje transversal del mejoramiento continuo en el marco del PAMEC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 9 de 10	

CONCLUSIÓN

En el marco del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el balance general evidencia un desempeño institucional favorable, reflejado en un cumplimiento global del **82%**, lo cual demuestra un compromiso sostenido con el fortalecimiento de los procesos de calidad y la mejora continua.

Durante el periodo evaluado se consolidaron avances en los componentes estratégicos del programa, especialmente en aquellos relacionados con la autoevaluación institucional y el cumplimiento de estándares de calidad, lo que permitió mantener coherencia entre la planeación y la ejecución de las acciones orientadas al mejoramiento. Asimismo, el desarrollo y ejecución del plan de auditorías permitió garantizar el seguimiento sistemático a los procesos priorizados, incorporando revisiones técnicas fundamentales para asegurar la pertinencia, oportunidad y seguridad en la atención prestada.

En relación con el eje de acreditación, se evidencian progresos importantes en la implementación de estrategias centradas en el talento humano y en el acompañamiento frente a situaciones derivadas de la atención en salud, fortaleciendo una cultura organizacional basada en el aprendizaje y el apoyo institucional. De igual manera, las acciones implementadas en el componente de seguridad del paciente reflejan un enfoque preventivo y sistemático, orientado a la reducción de riesgos, el fortalecimiento de prácticas seguras y la optimización de las condiciones asistenciales.

Si bien se identificaron aspectos susceptibles de fortalecimiento, particularmente en líneas que requieren liderazgo específico para su dinamización, el comportamiento general del programa muestra coherencia, compromiso institucional y capacidad de respuesta frente a los retos identificados. Esto constituye una base sólida para continuar avanzando en la consolidación de una cultura de calidad, seguridad y mejoramiento continuo, alineada con los principios del Programa de Auditoría para la Calidad PAMEC y con las metas estratégicas de la organización.

Los resultados alcanzados evidencian una gestión estructurada y orientada al logro, con avances relevantes en la mayoría de las líneas estratégicas, lo que permite proyectar acciones de mejora focalizadas para el próximo periodo y reafirmar el compromiso institucional con la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 10 de 10			

Elaborado por Diana Patricia Rojas Prada Profesional Especializado Asesoría de Calidad	Aprobado por Edgar Augusto Salguero Peña Asesor Asesoría de Calidad
---	--

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	05-07-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-10-2020	modificar informe por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina
3	19-01-2024	No se realizan cambios en la estructura del documento, se actualiza la razón social del documentos eliminando las siglas ESE y se genera nueva versión	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar

"TODA VERSIÓN FÍSICA O ELECTRÓNICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	16-01-2024	Fecha:	18-01-2024	Fecha:	18-01-2024