



PROCESO

AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS

CÓDIGO

AIFT06

FORMATO

FICHA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN

1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER		
NIT DE LA ENTIDAD	900.006.037	DV	4
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO		
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	91.479.575		
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD	CARRERA 33 # 28-126		
TELÉFONOS	6346110		
FAX			
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@hus.gov.co		
FORMA POR LA CUAL SE DETECTÓ EL HALLAZGO	Auditoría / Visita inspectiva		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	28/11/2017	NURC DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	1-2017-190593
NOMBRE DE QUIEN EVALUA EL PLAN DE MEJORA		FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
1 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no tiene conformada la estructura organizacional a partir de la estructura básica funcional.	Actualizar la estructura organizacional de acuerdo a la estructura básica funcional descrita en el Decreto No 025 de febrero 04 de 2005, por medio del cual se crea la ESE Hospital Universitario de Santander	Revisar y ajustar la estructura organizacional, para ser presentada ante la Junta Directiva para su revisión y aprobación pertinente	Estructura organizacional ajustada	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/04/2018

2	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander, no incluyó como uno de sus miembros, al rector de la Universidad de Santander o su delegado, el cual forma parte del estamento político administrativo.	Crear una carpeta donde se incluya los documentos basicos de la Junta Directiva.	La carpeta debe incluir: normatividad juntas directivas ESE, norma creación, estatutos, reglamento interno y un acapite de conformación con los miembros de la junta directiva con sus respectivos actos administrativos de nombramiento.(actualización según periodos)	Elaboración Carpeta	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente-Secretaria Junta Directiva	21/11/2017	13/12/2017
3	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander, al no realizar las reuniones ordinarias en el mes de enero de 2016.	En caso de llegarse el tercer miércoles del mes sin haberse realizado la reunión ordinaria, tres miembros de la junta directiva citaran para su realización ante de terminar el mes.	Mediante convocatoria a todos los miembros estableciendo hora y lugar de realización de la Junta Directiva a través del electrónica.	(Numero de reuniones ordinarias realizadas/12)*100	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018
4	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander,realizan las reuniones ordinarias y extraordinarias con personas delegadas (Gobernador de Santander, Rector UIS, Secretario de Salud de Santander) sin su respectivo acto administrativo, delegando la representación de dos miembros (Gobernador y secretario de Salud) en una misma persona, sin que medie acto administrativo.	Presentar en el punto de verificación del quórum los actos administrativos de delegación	Adjuntar los actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva	Numero de actos administrativos/total delegaciones *100	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente-Secretaria Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018
5	ADMINISTRATIVO	El Secretario de Salud Departamental de Santander y el Rector de la UIS representantes del Estamento Político Administrativo no asistieron cinco (5) veces a las reuniones incumpliendo con el Estatuto Interno de la ESE HUS en relación a la inasistencia injustificada a cinco (5) reuniones durante el año siendo cuasal de pérdida de carácter de miembro de la Junta Directiva.	Presentación de informe de gestión de la Junta Directiva	Informe semestral sobre el desarrollo de las reuniones de la junta directiva,dentro del cual debe estar la asistencia de sus integrantes	Total de citaciones menos 4 inasistencias injustificadas anuales o dos consecutivas sin justa causa.	Asistir al total de las citaciones de la Junta Directiva	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018

6 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander al no reportar la información de la Circular 009 de 2015 los meses de junio, agosto, noviembre y diciembre de 2016 y enero a abril de 2017, referente a la obligatoriedad de reportar la información por parte de los Gerentes encargados y a los que estando en propiedad no son objeto de evaluación del Informe de Gestión anual por parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, detallada sobre las gestiones adelantadas en las áreas asistenciales, administrativas y financieras de la ESE.	Enviar el informe 1 día antes del cumplimiento de la fecha establecida para la entrega en la Supersalud	Que cada una de las áreas involucradas en el proceso relacionado con la circular 009 de 2015 preparen el informe de manera anticipada para poder analizar la información y enviarla de manera oportuna	Soportes de envío el día anterior a la fecha requerida # informes entregados antes de la fecha establecida / total de informes requeridos	Informe recibido por la Supersalud en la fecha establecida por circular 09 de 2015	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera María Dominga - Asesora Financiera	11/01/2017	31/01/2018
7 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander al invitar a una persona como apoyo y participación activa para realizar la evaluación del Plan de Gestión del gerente para la vigencia 2015, sin que dicha persona formara parte del cuerpo colegiado ni representara a ningún miembro del estamento de la junta directiva.	Programa anual de capacitación en temas pertinentes de la Junta Directiva	Diagnostico mediante encuesta sobre temas que consideren se deben conocer para el funcionamiento de la Junta Directiva y realizar cronograma.	Plan de capacitación de Junta Directiva	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/01/2018	01/03/2018
8 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta vicios de legalidad en la evaluación del Plan de Gestión del gerente para la vigencia 2015, debido a que las personas asistentes no tienen acto administrativo de delegación como miembros del estamento político administrativo (Secretaria de Salud de Santander, Gobernación de Santander, Rectoría de la UIS) de la ESE.	Presentar en el punto de verificación del quórum los actos administrativos de delegación	Adjuntar los actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva	Numero de actos administrativos/total delegaciones *100	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018

9	ADMINISTRATIVO	No se evidencia que el Hospital Universitario de Santander realice inducción y reintroducción al personal de planta y contratado por OPS para la vigencia 2015 y 2016 y lo corrido del 2017. Incumple Resolución 2003 del 2014 Estandar del Talento Humano	Continuar con el Fortalecimiento del Proceso de Inducción y Reinducción al personal de Planta	Una vez se posesiona el personal de planta se le crea el usuario y contraseña en la plataforma MOODLE y se le da un plazo de una (01) semana para la realización de la inducción Institucional general e incorporarlos así a la cultura organizacional de la Institucional.	No inducciones realizadas/No de funcionarios con nuevos ingresos	1	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018
			Implementar el GTH-PR-02 Procedimiento de Inducción, GTH-PR-03 Procedimiento de Reinducción y la GTH-GU-01 Guía de Inducción al personal contratado por OPS.	Enviar oficio a los Subgerentes, Jefes de las Oficinas Asesoras y Jefes de las Unidades Funcionales, para que una vez firmada el acta de inicio, el supervisor técnico comunica al personal contratado por OPS, que debe realizar la Inducción a la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante la plataforma virtual, durante la primera semana de ingreso a la Institución.	No. Inducción en la Plataforma realizadas / No de personal OPS * 100	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	17/11/2017	30/12/2018
10	ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta una deficiente gestión de riesgos, aunque se tienen identificados, valorados y cuentan con la implementación de la política de riesgos, hay ausencia de controles y/o son efectivos debido a que los riesgos se materializan.	Valorar el diseño y efectividad de los controles desde auditorias y seguimientos basados en riesgos	Verificar el cumplimiento de lo descrito en la ficha técnica de cada control que debe incluir responsable del control, propósito del control, frecuencia del control, descripción detallada de la operación del control, manejo de las desviaciones del control, evidencia del control, nombre del control	(Numero de riesgos que tienen controles efectivos/Total de riesgos identificados en el mapa de riesgos Institucional)*100	100	Julio Hernan Villabona Vargas - Jefe Oficina Asesora de Control Interno	01/12/2017	30/12/2018

11 ADMINISTRATIVO	<p>La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no cumplir con el pago oportuno a terceros para la contratación de personal de los procesos administrativos, asistenciales y de apoyo, está afectando la continuidad en los pagos de las empresas tercerizadas al personal contratado para dichos procesos.</p>	<p>La E.S.E. HUS, en los procesos contractuales que tramite y que tengan como objeto la vinculación de personal, exigirá que la capacidad financiera del contratista y la capacidad residual de contratación sea lo suficientemente sólida, en aras de garantizar la contratación con empresas con musculo financiero fuerte, en observancia del Artículo 3° inciso 2 de la Ley 80 de 1993, que a su tenor señala que "los particulares, por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que colaboran con ellas en el logro de sus fines y cumplen una función social que, como tal, implica obligaciones"; dada la situación financiera del Sector Salud en Colombia.</p>	<p>Incluir en los Pliegos de Condiciones, indicadores financieros altos para los procesos de contratación de personal de la entidad, y fortalecer la actividad de Supervisión e Interventoría en aras de aplicar los mecanismo legales de los que esta revestida la entidad, para hacer cumplir a los contratistas con la obligación de pagar oportunamente las acreencias laborales de sus ejecutores.</p>	<p>Porcentaje de Pliegos de Condiciones de procesos de contratación de personal que incluyan indicadores financieros suficientes y cálculo de la capacidad residual de contratación.</p>	100	<p>Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera</p>	01/01/2018	31/12/2018
12 ADMINISTRATIVO	<p>La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander vincula personal misional asistencial, mediante la contratación suscrita con la organización sindical de tal forma que presuntamente se configura una posible tercerización laboral para la prestación de servicios de médicos generales y especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, así como de otros profesionales del área de la salud.</p>	<p>El CONTRATO SINDICAL es legal, de conformidad con el Decreto 1429 de 2010, según el cual es una institución jurídica del Derecho Colectivo del Trabajo, a través del cual los Sindicatos pueden participar en la gestión de las empresas y en la promoción del trabajo colectivo. Es así como la Corte Constitucional en Sentencia T-457 de 2011, con ponencia del Magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, señaló: "(...) como está regulado el contrato colectivo sindical en nuestro país, se busca proveer el derecho a la negociación colectiva, a la promoción del derecho de asociación sindical y a generar múltiples empleos más dignos para los afiliados, en procura de dar una dinámica a la actividad sindical. Así mismo, busca mitigar el fenómeno de la tercerización reinante en Colombia, evitando de tal forma la deslaboralización de la relación de trabajo (...)".</p>	<p>Continuar con la Contratación suscrita con Organizaciones Sindicales atendiendo que esa Tipología de Contrato se encuentra dentro del marco de legalidad garantizando los derechos de los profesionales, así como la prestación adecuada y oportuna de los servicios que oferta la E.S.E. HUS.</p>	<p>Numero de contratos suscritos con organizaciones sindicales para la prestación de servicios de salud, servicios asistenciales y gestión administrativa de la E.S.E. HUS/ Total de contratos suscritos para la prestación de servicios de salud, servicios asistenciales y gestión administrativa de la ESE HUS</p>	100	<p>Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera</p>	01/01/2018	02/06/2018

13 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no realizar acuerdos de gestión para la vigencia 2015 y 2016 con los subgerentes de servicios de enfermería, de la mujer y la infancia, medica, servicios de apoyo diagnostico y servicios de Alto Costo.	Establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos de la ESE Hospital Universitario de Santander, entre el Gerente y los Subgerente de servicios de enfermería, de la mujer y la infancia, medica, servicios quirúrgicos, servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de Alto Costo.	Se pactaran los Acuerdos de Gestión en el mes de Enero de 2018, entre el Gerente y los Subgerente de la ESE Hospital Universitario de Santander.	Número de Acuerdos de Gestión Firmados/ No. De Subgerentes	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018
14 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al destinar recursos propios del presupuesto de vigencias 2014, 2015, 2016, para una obra sin que a la fecha se evidencie mejoría en el producto final de adecuación y mejoramiento de la infraestructura física del Hospital.	La E.S.E. HUS, no ha suscrito ningún contrato de obra comprometiendo vigencias futuras pues apropió el 100% de los recursos en la vigencia fiscal en que suscribió el contrato. Si bien, su ejecución contractual por diferentes causas ha obligado a suspender el desarrollo de los mismos y por consiguiente extenderse su ejecución durante varias vigencias; estos recursos pasan de vigencia a vigencia por medio de acto administrativo de constitución de cuentas por pagar.	Fortalecer la correcta ejecución de los contratos de obra, en aras de minimizar demoras en su ejecución y optimizar la infraestructura física que le permita a la E.S.E. HUS. ofrecer una mejor prestación de los servicios de salud.	Porcentaje de contratos de Obra terminados dentro del plazo de ejecución pactado.	100	Equipo de Infraestructura.y Luis Hernán Triana Sandoval. Profesional Universitario Servicios Básicos	01/01/2018	31/12/2018

15	ADMINISTRATIVO	Presenta debilidades en la supervisión del contrato de obra civil, debido al incumplimiento en la entrega de la obra de reforzamiento estructural del Hospital en los tiempos estipulados a nivel contractual, el atraso en la entrega de la obra causó un detrimento patrimonial al Hospital porque afectó el total de los Egresos de los pacientes en un 5% y el total de días de camas disponibles en un 4%, esto debido al cierre de servicios que conlleva a la disminución en el número de camas, tal como se plasmó en el Informe de Rendición de Cuentas vigencia 2016.	En los procesos relacionados con la contratación de obras, se dará especial vigilancia al cumplimiento del cronograma establecido en el Inicio de la Etapa de Ejecución y hasta la finalización de los contratos, salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito o las previstas legalmente que impidan su ejecución en el plazo inicialmente pactado.	Fortalecer el seguimiento de la fase de ejecución de los Contratos de Obra y del cumplimiento del cronograma, llevando un registro de dicho control en cada uno de los Comités de Obra que se realicen y exigiendo el cumplimiento de las funciones a los Supervisores e Interventores acorde el Manual de Interventoría de la Institución.	Porcentaje de Contratos de Obra con registro de evaluación del cumplimiento del cronograma de ejecución en Actas de Comité de Obra.	100	Equipo de Infraestructura.y Luis Hernán Triana Sandoval. Profesional Universitario Servicios Básicos	01/01/2018	31/12/2018
16	ADMINISTRATIVO	Presenta falta de planeación de las obras de infraestructura para la construcción y ampliación y remodelación de la Unidad Neonatal UCI Pediátrica, contrato de obra para la reconstrucción del reforzamiento estructural las placas del área del servicio de urgencias, y la construcción de la subestación eléctrica y acometida de 13,2 Kva a 34,5 Kva para ESE.	Elaborar Estudios Previos que contemplen los requisitos mínimos exigidos en el Artículo 2.2.1.1.2.1.1. del Decreto 1082 de 2015, que den cuenta de la necesidad, la conveniencia y la oportunidad del contrato de obra antes de su celebración, con miras a que se ajusten al Plan de Desarrollo, de Inversión, de Gestión, de acción y de compras de la E.S.E. HUS.	Identificar la necesidad y elaborar los Estudios Técnicos, necesarios para establecer la viabilidad del proyecto en cuanto corresponde a: (i) estudios de ingeniería, (ii) aspectos presupuestales, (iii) establecer el impacto social, económico y ambiental, (iv) identificar los permisos, autorizaciones y licencias requeridas para la ejecución del proyecto y (v) proyectar la gestión predial.	Número de Procesos de Contratación de obra pública con estudios técnicos que permitan concluir que las obras son viables	100	Equipo de Infraestructura.y Luis Hernán Triana Sandoval. Profesional Universitario Servicios Básicos	01/12/2017	30/06/2018
17	ADMINISTRATIVO	No realiza una eficaz y debida planeación y supervisión de los contratos referentes a medicamentos e insumos, que se evidencia en el desabastecimiento constante de dichos insumos en la ESE.	Revisar el plan de compras del servicio farmacéutico de acuerdo a las necesidades reales de los servicios asistenciales con el fin de evitar la falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y dispositivos médicos.	El servicio farmacéutico, reforzará de manera eficaz los consumos de medicamentos y dispositivos médicos mediante el programa de máximos y mínimos.	(numero de pedidos imcompletos)/(total de pedido solicitados)*100	<10%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018
				Establecer con base en lo anterior una programación de las necesidades de medicamentos y dispositivos médicos acorde al presupuesto asignado.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018
				Establecer el listado básico de medicamentos acorde a las guías de práctica clínica adoptadas en la E.S.E Hospital Universitario de Santander			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018

18	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander de 2017, no ha aprobado el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2017 y no se publicó en el Portal Único de Contratación el contrato No. 194 de 2017 suscrito con PROH SA por valor de \$4.200.000.000 para el suministro de medicamentos.	La E.S.E. HUS., dará cumplimiento a los Artículo 7 y 8 del Decreto 103 del 20 de enero de 2015, relativos a Publicación de la Información Contractual y Publicación de la ejecución de contratos respectivamente.	Aprobar el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2018, por parte del ordenador del Gasto de la E.S.E. HUS.	Plan Anual de Adquisiciones aprobados por el ordenador del Gasto durante su periodo.	1 Plan de Anual de Adquisiciones aprobaro Correspondiente a las vigencia 2018,	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera - Yolanda Cediell - Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Fisicos . y su Equipo de Apoyo.	15/01/2018	30/06/2018
			Se dará cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 9 del Decreto 103 de 2015, relativo a la Publicación de procedimientos, lineamientos y políticas en materia de adquisición y compras, que para los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos, son los previstos en el manual de contratación de la entidad, expedido conforme a las directrices señaladas por la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente , el cual debe estar publicado en el sitio web oficial del sujeto obligado. Igualmente de publicará el Plan Anual de Adquisiciones en la forma y terminos establecidos en el Artículo 10 ibidem.	Publicar los contratos y la actividad contractual de la E.S.E. HUS., siguiendo los lineamientos dados por Colombia Compra Eficiente para entidades con Régimen Especial	Contratos publicados en el SECOP por Régimen Especial, con el cumplimiento de los requisitos exigidos.	100	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/12/2017	30/06/2018
19	FINANCIERO Y CONTABLE	En los años 2015 y 2016 y el periodo comprendido entre enero 1 a marzo 31 de 2017, reportó un déficit presupuestal del -14,15%, -23,65% y -62,34%, respectivamente es decir, de \$27.810.378 miles, \$44.571.448 miles y \$-79.144.414, respectivamente, situación que refleja que el criterio de programación presupuestal es el gasto y en consecuencia aumenta el riesgo en el equilibrio financiero de la entidad.	Respaldar la totalidad de las cuentas por pagar de la vigencia anterior	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respaldara la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el deficit de tesoreria mas no presupuestal	(Valor total de las cuentas por pagar respaldadas presupuestalmente/ total de cuentas por pagar)*100	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Paola Perez - Profesional Especializado Recursos Financieros	31-12-2017	31/12/2018

20	FINANCIERO Y CONTABLE	La ESE Hospital Universitario de Santander, entregó información inconsistente respecto a los inventarios de equipos biomédicos y a los cronogramas de mantenimiento preventivo de los mismos, en las últimas vigencias	Lograr el manejo consistente de inventarios de equipos biomédicos, entre las áreas de activos fijos y mantenimiento, que permita la gestión estandarizada de la tecnología.	Actualización y unificación de criterios del inventario de equipos biomédicos existentes, entre activos fijos y mantenimiento.	Cumplimiento Actualización del Inventario Equipo Biomedico= (Cantidad de servicios intervenidos en la actualización de inventario de equipo biomedico/ Numero de servicios de la ESE HUS)*100	Actualización del inventario del 100% de los servicios de la ESE HUS.	Claudia Roa - Profesional Universitario Almacen e Inventarios. Ing. Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-09-2018	
				Incluir en el listado maestro de documentos, la matriz de planeación de frecuencia de mantenimiento preventivo, en cumplimiento al procedimiento de mantenimiento preventivo GT-PR-01.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	14-11-2017	30/03/2018	
				Asegurar la aplicación consistente de los procedimientos y formatos definidos para la planeación y ejecución del mantenimiento preventivo.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos planeados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-12-2018	
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	
			Entregó información que permite concluir que no han realizado los mantenimientos preventivos con	Lograr la realización oportuna del	Incluir todos los equipos biomédicos en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017
					Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de	Cumplimiento del 90% de mantenimiento	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30/12/2017

21	FINANCIERO Y CONTABLE	oportunidad a algunos de los equipos de tecnología biomédica requiere, durante los últimos 6 meses en virtud de no existir contrato para ello.	mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido.	Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.	mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia y a la gerencia, informando que solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento no han sido atendidas.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018
22	FINANCIERO Y CONTABLE	Incurrir en un manejo inadecuado de las hojas de vida de equipos industriales, dado por desorden en los registros, hojas de vida de equipos incompletos y en algunos equipos no se evidencia el riguroso cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos	Fortalecer el proceso sistemático de la gestión de equipos industriales existentes en la ESE HUS	Socializar el proceso de gestión documental al personal encargado de la organización y alimentación de las hojas de vida de los equipos industriales.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	10-11-2017	30/03/2018
				Garantizar el 100% de las fichas técnicas de los equipos industriales, correctamente diligenciadas.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	28/02/2018
				Revisar y actualizar las hojas de vida de todos los equipos industriales, de forma cronológica, según el proceso de gestión documental de la institución.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-07-2018
				Incluir todos los equipos industriales en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017
				Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30-11-2017
				Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017

			Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.			Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018				
23	FINANCIERO Y CONTABLE	Asume riesgos que pueden comprometer el patrimonio de la Institución al no realizar oportunamente los mantenimientos preventivos recomendados por el fabricante del equipo de Resonancia Nuclear magneticas PHILIPS 1.5 TESLA	Lograr la realización oportuna del mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido para el resonador magnético.	Incluir el resonador magnético y demás equipos críticos en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento exclusivo según los lineamientos establecidos en el procedimiento de mantenimiento preventivo GT-PR-01.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	18/10/2017	01/12/2017			
				Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.						Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/11/2017	30/11/2017
				Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.						Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/10/2017	30/11/2017
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.						Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2018
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia y a la gerencia, informando que solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento no han sido atendidas.						Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2018
24	FINANCIERO Y CONTABLE	Incorre en practicas inseguras al no tener mecanismos de advertencia suficientemente visibles y adecuados para administrar riesgos en las instalaciones de almacenamiento central de oxigeno y otros gases medicinales y no contar con los procedimientos claros con los responsables de la institución que establezcan los mecanismos de control y los planes de contingencia institucional ante emergencias en tanques de oxigeno, combustibles de plantas, depositos de agua, etc. con los	Estructurar el plan de gestión del riesgo de equipos industriales críticos.	Identificación y evaluación de riesgos de los equipos industriales.	Porcentaje de avance del Plan de gestion del riesgo de equipos industriales= (actividades desarrolladas / Numero de actividades programadas)*100	Cumplimiento del 100% de ejecucion en Enfoque, implementacion y resultado.	Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	30/03/2018			
				Documentar, socializar, implementar y evaluar el plan de gestión de riesgos de equipos industriales, en el cual se incluyan criterios de seguridad y control de riesgos asociados al uso de equipos industriales, control de emergencias e indicadores de seguridad, entre otros.			Sandra Rodríguez-Profesional Universitario Mantenimiento	01/04/2018	30/09/2018			

		plantas, depósitos de agua, etc. con los roles y responsabilidades por parte del personal de la institución.		Implementar una auditoria periódica al proceso de gestión de riesgos de equipos industriales.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/10/2018	30/12/2018
25	FINANCIERO Y CONTABLE	Presuntamente, incurre en un detrimento patrimonial por no haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión en equipos biomedicos que asciende a entre 2.0 y 3.95 miles de millones.	Planificación eficiente de procesos de adquisición de equipos para dotación de servicios	Instalar los equipos Biomedicos adquiridos por la E.S.E. HUS en el momento en que se finalice las obras correspondientes	Equipos Instalados	100%	Sandra Rodriguez Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2019
				Articular la planificación de adquisición de equipos para dotación con el desarrollo de la ejecución de obras, previa certificación de interventoría con fecha de finalización de obras	Actualización de procedimiento de adquisición de equipos de dotación	Procedimiento actualizado y socializado	Sandra Rodriguez Profesional Universitario Mantenimiento	22/11/2017	30/06/2018
26	FINANCIERO Y CONTABLE	Presenta serias fallas en la planeación de sus proyectos de infraestructura, por no haber considerado la necesidad de haber inscrito sus proyectos con la debida oportunidad en el plan bienal de inversiones, situación que obligó a suspender los contratos, razón por la cual no solo no puso en funcionamiento las unidades UCI neonatal y pediátrico, sino que adicionalmente no permitió haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión cuantiosa en equipos biomedicos.	Aclara que el proyecto esta reportado en el Plan Bienal 2016-2017 como "PROYECTO DE REMODELACION DE HOSPITALIZACION, PEDIATRIA Y UNIDAD MATERNO FETAL" información la cual corresponde con lo avances de obra e informes correspondientes al contrato No. 164 de 2013, "CONSTRUCCION AMPLIACION DE LA NEONATAL-UCI PEDIATRICA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER", a su vez aclarar las causales de suspensión del contrato. Aclarar los motivos de suspensión del contrato.	De acuerdo a las indicaciones del Ing Melbin Gutierrez persona que maneja el aplicativo del Plan Bienal se reunirán los soportes e información que corresponde a los avances del contrato No.164 de 2013, los reportes presentados en Plan Bienal del periodo 2016-2017 y al acta de suspensión No.5 suscrita entre el contratista e interventor del contrato. Se adjunta Acta No. 5 del contrato No. 164 de 2013 donde se identifican los motivos de suspensión	Envío soportes aclaratorios del proyecto	Presentar ante la Secretaria Departamental de Salud los soportes a 31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional.	14/11/2017	31/12/2018
27	FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias auditadas: 2015, 2016 y a marzo de 2017, NO asignó ni ejecutó el mínimo requerido para el mantenimiento de infraestructura y de la dotación hospitalaria, de acuerdo con el presupuesto definitivo reportado por la entidad en cada una de las vigencias	Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 029 de 1997	Asignar el 5% del valor total del presupuesto de los ingresos de la ESE.	Total de presupuesto de ingresos por el 5 %	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Ofelmina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto Yolanda Cediél - Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Físicos	01/01/2017	31/12/2018

		entidad en cada una de las vigencias, observando que para el año 2015 asignó el 3,77% y ejecutó el 1,99%, para la vigencia 2016, asignó el 5,01% y ejecutó el 2,93% y para el 2017 asignó el 4,47%	Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 029 de 1997	Asignar el 5% del valor total del presupuesto de los ingresos de la ESE.	(Total de presupuesto de mantenimiento hospitalario ejecutado / Total de presupuesto asignado para mantenimiento hospitalario) *100	85	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Ofelmina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto Yolanda Cediell - Profesional Especializado Servicios Básicos	01/01/2017	31/12/2018
28	FINANCIERO Y CONTABLE	De acuerdo con el estado de situación financiera con corte a marzo de 2017, suministrado por la Entidad al grupo auditor, y la información reportada por la ESE a través del Sistema de información de Hospitales SIHO, existe diferencia en los saldos de las cuentas por Pagar y Beneficios a los Empleados; lo que indica que la información carece de razonabilidad y confiabilidad, generando incertidumbre sobre la veracidad de la misma.	Verificar el cargue de la información con el área de contabilidad	Antes de subir la información de las cuentas por pagar se efectuara una conciliación de los valores correspondientes a cada área	# Informes cargados en los tiempos exigidos / # Informes requeridos en los tiempos exigidos y de acuerdo a la normatividad vigente	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Yaneth Contreras Acevedo - Profesional universitario Tesorería Blanca Albarracín - Profesional Universitario Contabilidad	22/11/2017	31/12/2018
29	FINANCIERO Y CONTABLE	No cumple con la adecuada gestión en la radicación de la facturación, gestión y recaudo de recursos financieros... y adicionalmente puede llegar a generar un posible daño patrimonial a la entidad.	La facturación del 2015 se encuentra debidamente radicada en las ERP. La facturación del 2016 se ha gestionado la radicación sobre el hallazgo encontrado en un 98,5% ya se encuentra solventado, el 1,5% faltante se gestionara la radicación. Se establecerá una meta de mínimo radicar el 95% hasta con dos meses anteriores al mes actual de la facturación en poder del área de cartera	Radicar la facturación al 100% del hallazgo realizado. Radicar mínimo el 95% de lo enviado a Radicar	F.E R (m-2)/F.R (m) F.E.R= Facturas Enviadas a Radicar F.R=Facturación Radicada m=mes actual de Radicación	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	H30 INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO 2018 ENERO
30	FINANCIERO Y CONTABLE	NUEVA EPS Y SALUDVIDA EPS, presentan inobservancia a la instrucción primera de la Circular 016 de 2015 de la SNS, toda vez que presuntamente incurren en prácticas indebidas frente al proceso de radicación de facturas, generando...	Reportar de acuerdo a la circular 016 a la SUPERSALUD las malas prácticas presentadas con las ERP	Se estableció contacto con la EPS SALUDVIDA Y NUEVA EPS, en donde se concilio las glosas (se adjuntan acta de conciliación.) Se estableció compromisos en las mesas de la SUPERSALUD para realizar conciliación de facturas devueltas con la NUEVA EPS, la cual por el momento esta en proceso de conciliación.	(Malas prácticas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018
				Se radicará en el mes de Noviembre oficio a la Supersalud solicitando una mesa de trabajo con la NUEVA EPS para definir las prácticas indebidas de radicación.	(Malas prácticas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018

	generando glosas presuntamente injustificadas.		Se seguira notificando a la Supersalud cuando se presenten practicas indebidas para la radicación, o se reciban glosas y devoluciones injustificadas.	(Malas practicas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018
			Se solicitara para los contratos se aplique la normatividad vigente para los procesos de radicación y respuesta de glosas.	(Malas practicas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018
31 FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias 2015 y 2016, incrementò las cuentas por cobrar superiores a 360 días (vigencias anteriores), pese a que durante las vigencias evaluadas tuvo ingresos por giro directo, compra de cartera y cesiones de credito, lo que puede estar evidenciando deficiencias en la gestión de cobro.	Se continuara circularizando cartera mensualmente, donde se evidenciara a las ERP que hagan caso omiso al oficio y se remitira comunicado a la Supersalud de las ERP que no accedan a conciliar.	Se circulariza cartera mensual realizando el cobro a las ERP e invitandolos a conciliar las carteras, se adjunta archivo de gestion por entidad.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018
			Se realizo mesas de trabajo con la Supersalud y el Ministerio y se logro acuerdo de pago por \$ 29,000 millones de pesos con las ERP	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018
			Se asiste a las mesas de saneamiento de la circular 030 trimestralmente	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018
		Se continuara reportando los incumplimiento al giro directo con la notificacion a la Supersalud para que tome las medidas de su competencia.	Mensualmente se envian oficios a las ERP que hacen incumplimiento con el giro directo con copia a la supersalud.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018
		Se entregara cartera mayor a 120 dias al area de juridica para el inicio del cobroprejuridico de la informacion que no este concialada	Se entrego a la oficina de Juridica para inicio de cobro prejuridico y juridico la suma de \$66,237,381,107 de la facturacion mayor a 180 dias	(Facturacion enviada a juridica/ facturacion lista para pago sin abono mayor a 120 dias)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera Jefe Oficina Asesora Juridica	10/10/2017	10/06/2018
			Realizar conciliaciones mensuales	Continuar con la conciliacion de la informacion contable vs los saldos de cada una de las areas.	(Conciliaciones realizadas / Total de conciliaciones contables con las areas)*100	100	Blanca Albarracín - Profesional Universitario Contabilidad	01/11/2017

32	FINANCIERO Y CONTABLE	No observa presuntamente las características cualitativas en relación con la confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.	Enviar correo electrónico a las diferentes áreas solicitando que se debe tener en cuenta la información bajo la Resolución 414/2014 y sus modificaciones	Nuevamente indicar a las áreas donde registran las transacciones que ocurren en la ESE HUS que la información a reportar ante toda institución debe corresponder a la información que contiene los ajustes bajo el nuevo marco normativo Resolución 414/2014 y sus modificaciones	(Num de correos enviados / Total de áreas que deben tener en cuenta la Resol. 414/2014)*100	100	Blanca Albarracín - Profesional Universitario Contabilidad	01/11/2017	31/12/2017
33	ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no presta los servicios de transplante de tejido osteomuscular, Cirugía gastrointestinal, Enfermería, Inmunología, Medicina general, Cirugía plástica oncológica, Cirugía oncológica Pediátrica, Dermatología oncológica, Nefrología pediátrica, Ortopedia oncológica, Urología oncológica, Hematología oncológica, estando habilitados, ni se soportan las novedades de cierre temporal de los servicios precitados.	Por parte de la UIS se apoya con interconsultas por parte de Nefrología Pediátrica	Se cuenta con dos Nefrologos pediátricos que realizan interconsultas: Dra Pilar Amado y Dra Lida Martínez	(Interconsulta realizadas / interconsultas solicitadas)*100	85	Subgerentes Técnico Científicos	14/11/2017	31/12/2017
34	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta habilitación de servicios de salud y una vez realizada la revisión de las instalaciones se identifica que no cumple con los estándares de Infraestructura, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros para garantizar la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta las características del SOGCS	Proponer acciones de revisión y evaluación para establecer el estado de cumplimiento de los hallazgos descritos	Elaborar el diagnóstico del cumplimiento de los estándares de habilitación en los diferentes servicios	Documento Diagnóstico	1	Subgerentes Técnico Científicos Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	22/11/2017	28/02/2018
				Implementar las acciones correctivas necesarias para darle cumplimiento a los estándares de habilitación	(Acciones implementadas / Total de acciones proyectadas)*100	80	Subgerentes Técnico Científicos Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	22/11/2017	30/12/2019
35	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta historias clínicas con tachones, enmendaduras, formatos en físico con letra ilegible, otras se imprimen para registrar datos de otros usuarios lo que no garantiza el proceso de diligenciamiento ni custodia de historias clínicas de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Auditoría de historias clínicas, evaluando la existencia de tachones o enmendaduras en la historia clínica electrónica.	Evaluación mensual de las historias clínicas electrónicas por servicios, estableciendo la cantidad de enmendaduras y/o tachones encontradas por historia.	Total de tachones y/o enmendaduras encontradas en el total de historias electrónicas revisadas.	El 70% de las historias auditadas no tengan tachones ni enmendaduras.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/11/2018
			Auditoría de historias clínicas para identificar formatos físicos existentes al interior de la historia clínica no electrónica.	Auditoría mensual de historias clínicas por servicios, identificando los tipos de formatos físicos existentes en cada historia, para buscar la sistematización de estos.	Total de tipos de formatos físicos identificados en las historias evaluadas.	El 50% de los formatos se sistematicen	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/05/2018

36	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta fallas en la gestión de medicamentos ya que se evidenciaron medicamentos almacenados en forma no adecuada y sin garantía de la conservación del principio activo del medicamento.	Adecuar las áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos hospitalarios, de los diferentes servicios asistenciales; lugar donde se evidenció el hallazgo.	Instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en áreas de hospitalización.	Cumplimiento de actividades asignadas VS actividades ejecutadas.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/11/2017	01/01/2018
				Evaluación de la necesidad para la instalación de aire acondicionado para el mantenimiento de condiciones ambientales optimas para el almacenamiento de estos productos.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez Profesional Universitario de Mantenimiento.	01/11/2017	01/01/2018
				Registro diario de temperatura y humedad de los sitios de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos médicos.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helda Anaya Subgerente Servicios de Enfermería	01/11/2017	01/01/2018
37	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no garantizar los medicamentos que se requieren para el tratamiento intrahospitalario de los	Gestionar con el Servicio de Urgencias la priorización del triage, seleccionando los pacientes que dado su patología deben ser atendidos en una instrucción de alto nivel de complejidad.	Comunicar a la Subgerencia encargada del servicio de Urgencias la necesidad de priorizar a los pacientes que requieren tratamiento en la institución de alta complejidad acorde a su estado de salud.	# ACTIVIDADES REALIZADAS/# ACTIVIDADES	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018
			Coordinar con el Servicio Farmacéutico la Hospitalización de pacientes que ameriten por su patología compleja ser atendidos en la institución, en los momentos que no se cuente con suficiente disponibilidad presupuestal.	Informar en el Comite de Farmacia y Terapeutica de manera oportuna a las diferentes Subgerencias Asistenciales el estado presupuestal de medicamentos disponibles para una atención oportuna y continua del paciente hospitalizado			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018

	usuarios, lo anterior no permite la contunuidad del mismo.	<p>Evaluar el estado actual de avance de elaboración e implementación de guías de práctica clínica que contribuya a priorizar la identificación de medicamentos más necesarios en los diferentes servicios.</p> <p>Realizar seguimiento a la modificación e implementación de las guías de práctica clínica por medio del Programa de Atención Farmacéutica.</p>	PLANTEADAS		<p>Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia</p> <p>30/11/2017</p> <p>31/12/2018</p>
		<p>Actualización del Listado Básico de Medicamentos con el fin de racionalizar la compra y utilización de medicamentos necesarios para la atención en salud de patologías de alta complejidad.</p> <p>Presentar en el Comité de Farmacia y Terapeutica el listado básico de medicamentos actualizado a las diferentes subgerencias institucionales.</p>			<p>Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia</p> <p>30/11/2017</p> <p>31/12/2018</p>
38 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta reuso de dispositivos médicos y a pesar de contar con un manual de uso y reuso de dispositivos médicos, no lo aplica.	<p>Garantizar la verificación del estado de limpieza y desinfección de cada dispositivo medico durante la etapa de lavado</p> <p>Solicitud y compra de equipos biomedicos que permitan verificar el estado de limpieza y desinfeccion, integridad, funcionalidad de cada dispositivo antes de realizar reprocesamiento</p>	<p>Numero de dispositivos medicos reprocesados y utlizados a satisfaccion/Total de dispositivos medicos reprocesados y utilizados</p>	100	<p>Juan Paulo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas Jefe. Jessica S. Rojas Enfermera Coordinadora Central de Esterilización</p> <p>20/02/2018</p> <p>31/12/2018</p>
		<p>Identificar lista de dispositivos médicos y realizar trazabilidad del uso del mismo</p> <p>Evaluar el plan de mejora que se radico a subgerencia quirurgica relacionado al cumplimiento de las 8 etapas del reprocesamiento de un dispositivo medico</p>			<p>20/02/2018</p> <p>31/12/2018</p>
		<p>Actualizacion de los software para que cruce informacion de la historia clinica con la central de esterilizacion con el fin de conocer los estados de los dispositivos medicos</p>			<p>20/02/2018</p> <p>31/12/2018</p>
		<p>Revisar la ficha tecnica y el listado de los dispositivos medicos con el fin de verificar si se permite reusar o no dichos dispositivos.</p>			<p>20/02/2018</p> <p>31/12/2018</p>
		<p>Detectar la necesidad de dotacion técnica de neveras para el almacenamiento de medicamento que requieran cadena de frio y gestionar ante mantenimiento la compra de faltantes evidenciados.</p> <p>Informar a la oficina de mantenimiento el faltante de neveras en los servicios asistenciales hallados</p>			<p>Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez Profesional Universitario Mantenimiento</p> <p>01/11/2017</p> <p>05/02/2018</p>

39	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no garantiza la cadena de frío de los medicamentos que lo requieren.	Implementar el procedimiento de buenas practicas de almacenamiento de productos farmaceuticos	Socializar el FC-PR- Buenas Prácticas de Amacenamiento de productos Farmacéuticos al personal del servicio farmacéutico y personal de enfermería, encargado de la custodia del medicamento una vez este es despachado por el Servicio Farmacéutico	(# ACTIVIDADES REALIZADAS/# ACTIVIDADES PLANTEADAS)*100	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/11/2017	31/01/2018
			Actualización del procedimiento FC-PR- Buenas Prácticas de Amacenamiento de productos Farmacéuticos	Actualización del FC-PR- Buenas Prácticas de Amacenamiento de productos Farmacéuticos			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/11/2017	31/01/2018
40	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al realizar reenvase de medicamentos y no contar con un protocolo para dicha actividad.	Reforzar la dispensacion de medicamentos en dosis unitaria	Revisar el listado de medicamento institucionales y dispensarlos en dosis unitaria la mayor cantidad de ellos que por su estabilidad lo permitan.	# MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN DOSIS UNITARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES/ TOTAL MEDICAMENTOS DISPENSADOS A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	<100%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
			Creación del Protocolo de Administración Segura de medicamentos	Crear y socializar por parte del Comité de Protocolos de Enfermería el Protocolo de Administración Segura de Medicamentos, el cual contemple la identificación correcta de medicamentos intravenosos, orales y multidosis manejados en los servicios de hospitalización			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helda Anaya Subgerente Servicios de Enfermería	15/11/2017	31/12/2018
41	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple con el procedimiento de devolución de medicamentos a la farmacia.	Actualización del FC-PR- 09 Procedimiento devolución de medicamentos y dispositivos médicos a Farmacia y Subfarmacia	Socializar el FC-PR- 09 Procedimiento devolución de medicamentos y dispositivos médicos a Farmacia y Subfarmacia al personal de Farmacia y personal de enfermería encargado de la ejecución de dicho procedimiento.	#CAPACITACIONES REALIZADAS/#CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN GRUPOS PRIMARIOS DE ENFERMERIA Y SERVICIO FARMACEUTICO.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018

			Continuar el seguimiento de la ejecución del procedimiento por medio de Rondas de Seguridad del paciente y auditorías aleatorias a los servicios de Hospitalización por parte del programa de Farmacovigilancia.	#devoluciones de medicamentos y dispositivos medicos realizados mensual/ total de medicamentos y dispensados mensual.l.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
42 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al tener muestras médicas en los diferentes servicios genera incumplimiento a la resolución 1403 de 2007.	Socializar a los diferentes servicios asistenciales las consecuencias y demás problemas establecidos en el marco legal que prohíbe la tenencia de muestras medicas.	Informar el marco legal a todos los servicios asistenciales acerca de la prohibición de muestra medicas en la institucion	# DE SERVICIOS ASISTENCIALES CON ADHERENCIA A LA NORMA / TOTAL DE SERVICIOS ASISTENCIALES.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Lady Rodriguez Subgerente De Servicios Médicos Alvaro Gomez Torrado Subgerente De Servicio De Alto Costo Jurg Niederbacher Velásquez Subgerente De Mujer E Infancia Juan Paulo Serrano. Subgerente De Especialidades Quirúrgicas. Sigifredo Fonseca Subgerente De Apoyo Diagnóstico. Helda Cecilia Amaya Subgerente De Servicios De Enfermería Luis Hernán Triana Profesional Universitario de Servicios Básicos	15/11/2017	31/12/2018
			Continuar la vigilancia de tenencia de muestras médicas por medio de Rondas de Seguridad del paciente y demás auditorías aleatorias realizadas por el programa de Farmacovigilancia.			15/11/2017	31/12/2018	
			Planificar las fechas con el Equipo de Mejoramiento Institucional de la Autoevaluación 2017 para iniciar el Cuarto Ciclo de preparación a la Acreditación.	Porcentaje de cumplimiento de la programación de la Autoevaluación Noviembre 2017 por grupo de estándares.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	14/11/2017	31/10/2018

<p>La ESE Hospital Universitario de Santander, no está cumpliendo con la ruta crítica del PAMEC, se observa que los diferentes ciclos anuales se comienzan sin finalizar el de las vigencias anteriores, con lo cual en un momento dado no se puede precisar si la actividad evaluada lo es de una u otra vigencia, tampoco se formalizan los respectivos aprendizajes organizacionales en cada ciclo o en cada vigencia.</p>	<p>Asegurar el cumplimiento a las fechas del inicio y cierres de Ciclos de preparación para la acreditación, como se establece en la Ruta Crítica del PAMEC ESE HUS para la vigencia 2018.</p>	<p>Programar los seguimientos trimestrales para el 2018 con corte a 30 de Abril a, 31 de Julio y 31 de Octubre y para Noviembre 2018 hacer el cierre del Cuarto Ciclo.</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento: Número de Informes de Seguimiento trimestral presentado sobre Número de informes de seguimiento programados 2018..</p>	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	14/11/2017	31/10/2018
		<p>Realizar la certificación trimestral y cierre del cuarto ciclo del estado de cada una de las acciones de mejoramiento, con los soportes de las evidencias por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Calidad y el Jefe de la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento: Número de Certificaciones trimestrales sobre Número de certificaciones programadas 2018,</p>	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Jefe de Oficina de Control Interno.	14/11/2017	31/10/2018
	<p>Realizar las actividades correspondientes para construir el documento soporte del aprendizaje organizacional del Cuarto Ciclo, finalizado el 30 de Septiembre de 2018.</p>	<p>Revisar y ajustar los documentos (procedimientos, manuales, guías, protocolos, instructivos) que se generen de las oportunidades de mejora en cada seguimiento trimestral en estado Completo 2018.</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento: Número de documentos elaborados sobre Número de documentos programados para el Cuarto Ciclo 2018</p>	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018
		<p>Retroalimentar los resultados a través de los Grupos Primarios en el punto 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. de socialización de documentación para estandarizar y mantener las mejoras alcanzadas en cada proceso.</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento: Número De Actas de Grupo Primario realizados sobre Número de Grupos Primarios programados (12)</p>	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018
		<p>Divulgar los avances del logro alcanzado en cada uno de los seguimientos trimestrales del Cuarto Ciclo 2018 en la Estructura del Mejoramiento de la ESE HUS y en todos los espacios definidos para la divulgación y socialización de los resultados del mejoramiento de la calidad.</p>	<p>Número de resultados del mejoramiento de la calidad comunicados sobre Número de resultados obtenidos del mejoramiento de la calidad 2018</p>	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018

44	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no está articulando las diferentes fuentes de información respecto al seguimiento de auditoría para la consolidación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, al no incorporar los esfuerzos de auditoría interna como parte del PAMEC.	Establecer el Programa de Auditoría Interna de la ESE HUS, incluyendo todas las actividades de monitoreo, seguimiento y auditoría interna que se realizan en los procesos y subprocesos, e incorporarlo al PAMEC institucional.	Solicitar a la Coordinación de Auditoría, a la Subgerencia de Enfermería y a los diferentes supervisores la programación de auditorías internas de primer y segundo orden anual para consolidar un solo Cronograma de Auditorías para incluirlo en el PAMEC ESE HUS.	Porcentaje de cumplimiento: Número de auditorías internas ejecutadas sobre las auditorías internas programadas 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Subgerentes	01/01/2018	31/12/2018
				Incluir dentro del PAMEC el cronograma de auditorías, verificar su cumplimiento y entrega de los informes respectivos para realizar el respectivo seguimiento y articulación con los planes de mejora existentes.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las acciones de auditoría sobre el Número de las acciones de auditoría identificadas en la vigencia 2018..	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018
				Elaborar y socializar a el informe de resultados de las mejoras generadas al Equipo de Mejoramiento Institucional, procesos y subprocesos.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de mejoras socializadas e implementadas sobre el Número de las programadas en el período.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018
45	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, demuestra informalidad en el cumplimiento de los compromisos de los cronogramas de los planes de mejora en cuanto a la ejecución y en el seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejormiento formulados para alcanzar la calidad esperada y su evidencia documental, respecto a lo planteado en los planes de mejoramiento, incluyendo los seguimientos desde el autocontrol y de	Asegurar el cumplimiento de los compromisos verificables en las fechas establecidas para su ejecución (fecha inicio - fecha final), en los Planes de Mejora y su respectivo seguimiento a las mejoras implementadas.	Definir los tiempos para cada una de las acciones de mejora de acuerdo a la planificación de recursos humanos, técnicos y financieros para lograr su ejecución en el período.	Porcentaje de acciones de mejora en estado atrasado por falta de planificación sin causa justificada.	Menor al 10% por Plan de Mejora.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018
				Establecer el mecanismo para garantizar la seguridad de la evidencia documental que soporta el cumplimiento de cada una de las acciones de mejora (SIPA- Copia de seguridad).	Porcentaje de evidencia Número de documentos/productos entregables que soportan el cumplimiento de cada acción de mejora sobre el Número total de documentos entregables programados por período.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018

	la auditoría interna para lograr que las mejoras se implementen y se mantengan en el tiempo.		Implementar el nivel de autocontrol y auditoría interna de seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora para garantizar su implementación y permanencia en el tiempo.	Porcentaje de Cumplimiento en las Observaciones de Autocontrol y de Seguimiento interno en el SIPA sobre el Total de las Acciones de Mejora programadas para el periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018
		cumplimiento a la resolución 4505/2012 y lineamientos PAI nacionales verificados por entes de control en las visitas técnicas operativas con periodicidad trimestral	Elaboración anual del plan de acción de vacunación entregada a la secretaría de salud municipal	Número de planes de acción entregados a entes de control	1	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/01/2018
Realizar el diligenciamiento diario de vacunación de acuerdo a los lineamientos PAI respecto a la población vacunada por régimen de seguridad social, de Bucaramanga y otros municipios para entregar mensualmente el informe al área de epidemiología de la ESE HUS.	Número de informes entregados al área de epidemiología / Total de informes requeridos al año x 100		12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	07/01/2019		
Ingresar diariamente al sistema nominal nacional PAI WEB los biológicos administrados a la población objeto en la ESE HUS.	Número de ingresos diarios al sistema nominal PAI WEB al mes		30	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018		
Realizar informe mensual de población recién nacida no vacunada con BCG y Hepatitis B en la ESE HUS.	Número de recién nacidos no vacunados con BCG y Hepatitis B atendidos en la ESE HUS / Total de recién nacidos atendidos en la ESE HUS x 100		80	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018		

<p>La ESE Hospital Universitario de Santander, probablemente subregistró o no realizó en la vigencia 2016, la vacunación oportuna, pertinente y segura de todos los recién nacidos atendidos en la institución y evidenció falta de control de la producción de servicios en el área de urgencias en condiciones normativas, con un presunto incumplimiento de la calidad en sus atributos de pertinencia, accesibilidad, oportunidad del servicio de vacunación.</p>	<p>Seguimiento mensual a población que no fue vacunada contra BCG y HB por bajo peso al nacer/extremo, hospitalización, muerte, restricción médica y por remisión UCI extra institucional, entre otros</p>	<p>Realizar seguimiento diario intrahospitalario a la población no vacunada para lograr el esquema completo al recién nacido antes de su egreso</p>	<p>Número de rondas realizadas en los servicios del área materno infantil en la ESE HUS / x 100 Total de rondas programadas en el mes en la ESE HUS</p>	80	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
		<p>Realizar demanda inducida mensual a la población recién nacida del municipio de Bucaramanga no vacunada de acuerdo a las causas de no vacunación vigentes para lograr el esquema completo PAI.</p>	<p>Número recién nacidos vacunados del municipio de Bucaramanga / x 100 Total de citaciones programadas en el mes en la ESE HUS</p>	80	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
	<p>Realizar seguimiento a la productividad mensual de la población vacunada por grupo etareo en la ESE HUS.</p>	<p>Realizar informe mensual de la productividad mensual del servicio de vacunación de la ESE HUS.</p>	<p>Número de informes entregados a la Subgerencia de Servicios de Enfermería / x 100 Total de informes requeridos al año</p>	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
		<p>Realizar informes mensuales de la población objeto del programa de vacunación en la ESE HUS.</p>	<p>Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año</p>	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
	<p>Cumplir con las metas programáticas para la ESE HUS de acuerdo a los lineamientos de la Secretaría de Salud</p>	<p>Realizar informe trimestral de los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación</p>	<p>Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año</p>	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018

		Municipal para la población Recién nacida, menor de 1 año, mayor de 1 año y 5 años.	Realizar informe de indicadores de vacunación de acuerdo a las metas programática asignadas para la ESE HUS.	Número de informes entregados a las área respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
			Realizar captación mensual de susceptibles para Fiebre Amarilla y Triple Viral de acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de Protección Social.	Número de informes entregados a la Secretaria de Salud Municipal / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018
47 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presuntamente presentó un subregistro y probablemente una sobrefacturación de las interconsultas o consultas médicas especializadas en urgencias durante el año 2016 evidenciando un pobre autocontrol y del control de la producción de consultas especializadas de especialista en urgencias en la vigencia 2016 con respecto a la vigencia 2015.	Definir y desarrollar la herramienta tecnológica que permitan a la IPS ESE-HUS , medir y obtener de manera directa la producción de las actividades desarrolladas en el servicio de urgencias (interconsultas, consultas medicas en las primeras 24 horas).	Definir y gestionar ante el proveedor de tecnología el desarrollo de la herramienta tecnológica: DGH dinamica gerencial en indicadores para EL SERVICIO de urgencias (menor o igual a 24 horas) para obtener un canal directo entre la ESE-HUS y el proveedor.	Sumatoria total de todas las actividades y/o eventos realizados FACTURADOS , discriminandolas en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas): iNTERCONSULTAS , CONSULTAS MEDICAS ETC.: FACTURACION. / Sumatoria total de todas las actividades realizadas, discriminandolas en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas) : PRODUCCION. X 100	Que el 100% de las actividades realizadas, discriminandolas en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas) SEAN FACTURADAS SEGÚN formas de pago CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/20107	01/12/2018
		Realizar seguimiento mensual a los indicadores de: interconsultas, consultas especializadas en el en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas) .	A través de la jefatura de urgencias e interventoria de facturacion se realizará el seguimiento mensual del comportamiento de los indicadores de producción de actividades en el servicio de urgencias (menor o igual a 24 horas) y las actividades facturables en este servicio.			Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/20107	01/12/2018
		Medir , comparar , analizar los eventos y/o actividades facturadas en el servicio de Urgencias comparandola con la producción en este servicio en este periodo (menos o igual a 24 horas)	Solicitar a través de la Gerencia de la ESE HUS el desarrollo de la herramienta tecnologica al Administrador del software DGH Dinamica gerencial para poder medir la producción y facturación de las actividades en el servicio de urgencias (menor o igual a 24 horas) .			Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/20107	01/12/2018
		Ajustar segun resultados el proceso segun el autocontrol .	Elaborar e implementar acciones de mejora			Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/20107	01/12/2018

48	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no hizo entrega de los COVE de mortalidad Materna Extrema de las vigencias 2016 y 2017.	Documentar las actas de analisis de casos de morbilidad materna extrema en los formatos preestablecidos por el HUS	Llevar consecutivos de las actas con soportes de asistencia y archivar.	Numero de historias analizadas/Numero de actas realizadas	100%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/01/2018	31/12/2018
49	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta incoherencia en la información capturada, reportada y procesada en algunos de los eventos de interés en salud pública en las vigencias 2016 y primer semestre de 2017, lo cual genera dudas frente a la calidad del dato reportado.	Elaborar instrumento de captura y reporte de informacion de eventos de interes en salud pública	1,Analizar la informacion de las diferentes fuentes, relacionada con eventos de interes en salud publica. 2, Crear herramienta para consolidacion 3, Garantizar el debido reporte de la información 4, Capacitar las personas que reportan la información y realizar seguimiento mensual	numero de eventos de interes en salud publica capturados/numero de eventos de inssteres en salud publica reportados	100%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/06/2018	31/12/2018
50	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta incoherencia en la información capturada, reportada y procesada en algunos de los eventos de interés en salud pública en las vigencias 2015, 2016 y primer semestre de 2017, lo cual genera dudas frente a la calidad del dato reportado por probable subregistro por parte del personal asistencial u otras razones.	Capacitar al personal sistencial sobre la identificacion de patologia de interes publico y el correcto y oportuno diligenciamiento de las fichas epidemiologicas.	A traves de grupos primarios de servicios asistenciales realizar dicha capacitacion. A traves de moodle montar capacitacion	numero de personas capacitadas/total personal asistencial	80%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/11/2018	31/12/2018
51	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no tiene el soporte de suficiencia para contratar los servicios a partir de la capacidad instalada, documento que hace parte integral del acuerdo de voluntades suscritos con las entidades responsables de pago.	Elaborar estudio de capacidad instalada para mejorar esta accion para la vigencia 2018	El Hospital Universitario de Santander empezara a partir de la vigencia 2018, a contratar según capacidad instalada	Estudio de capacidad instalada	Aplicar estudio de capacdiad instalada a la contratacion con EPS vigencia 2018	Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional	31/06/2018	31/12/2018
52	ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no presentar disponibilidad de agendas de algunas de las especialidades estando habilitadas, oportunidades lejanas (más de 15 días hábiles) para los servicios de genética, hematología, infectología, medicina física y rehabilitación, nutrición pediátrica, oftalmología, urología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de mama tumores y tejidos blandos, neumología pediátrica, ortopedia pediátrica.	Realizar jornadas adicionales en las especializadades de mayor demanda con el fin de mejorar la oportunidad.	Programación de consultas en horarios adicionales a los ya establecidos	# de horas adicionales ofertadas / total de horas demandadas	90%	Guillermo Gomez Moya - Subgrente Ambulatorios	01/12/2017	30/03/2018

53 ASISTENCIAL

La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta prácticas inadecuadas y acciones inseguras en la prestación del servicio, que evidencia la no implementación del programa de seguridad institucional establecido.

	Fortalecer el despliegue de la política de seguridad del paciente.	Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente y en la metodología para el reporte y análisis multicausal de eventos e incidentes asociados con la atención en salud dentro de la ESE HUS.	Numero. de multiplicadores formados	20	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	
		Evaluación del conocimiento de la política de seguridad del paciente.						
		Fomentar e incentivar el reporte voluntario de eventos	Crear cultura del reporte voluntario de incidentes y eventos adversos en todo el personal de la ESE HUS a través de los grupos primarios.	Numero de reportes mensuales de incidentes y eventos adversos	aumentar en 10% los reportes a seguridad del paciente, respecto a la vigencia anterior	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018
		Capacitar en los servicios sobre temas de seguridad del paciente.	Definir programa de inducción y reinducción en Seguridad del Paciente para todos los colaboradores independiente de su tipo de contratación.	número de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente/total de colaboradores	>90% de colaboradores capacitados.	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018
			Capacitación directamente en los servicios a través de rondas de seguridad y sesiones breves					
Implementar el reporte de eventos a través de la herramienta tecnológica en medio electrónico	Adquisición de un software, que permita en tiempo real conocer la situación de los servicios respecto a incidentes y eventos adversos, permitiendo el abordaje inmediato de la situación e implementación de las acciones de mejora	software de reporte	contar con el software antes de la fecha de terminación	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	28/02/2018		
Implementar las recomendaciones emitidas en las guías de buenas prácticas en la seguridad del paciente en la atención en salud establecidas a nivel nacional	A través de líderes establecidos para la implementación de buenas prácticas en la seguridad del paciente, priorizando las 7 metas establecidas en la institución	Porcentaje de cumplimiento a las 7 metas de seguridad del paciente priorizadas en la ESE HUS	>80% de cumplimiento.	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018		

La ESE Hospital Universitario de Santander, al no contar con los insumos para el lavado de manos, ni utilizar los elementos de protección personal en los diferentes servicios, ni realizar la desinfección de los elementos, además del manejo educado de muestras de laboratorio y exposición de fluidos como sangre presuntamente incumple con el Manual de Conductas Básicas en Bioseguridad del Ministerio de Salud y Protección Social y el manual de Bioseguridad propio.	Garantizar la dispensación de los insumos para el lavado de manos solicitados por los servicios	Elaborar plan de compras donde se establecen los volúmenes de insumos para el lavado de manos suficientes y acorde a la demanda de los servicios asistenciales para la vigencia 2018	(Insumos para el lavado de manos despachado por farmacia/Total de insumos para el lavado de manos solicitados a farmacia por los servicios)*100	100	Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	
		Dispensar los insumos para el lavado de manos según necesidad de los servicios.	(Insumos para el lavado de manos despachado por almacén/Total de insumos para el lavado de manos solicitados a almacén por los servicios)*100					
	Promover, desarrollar y evaluar estrategias para apropiar la cultura del autocuidado en los trabajadores de la Institución independientemente del tipo de vinculación laboral	Realizar campañas educativas de autocuidado en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	Realizar inspecciones de seguridad periódicamente en cumplimiento de las normas de bioseguridad en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES LABORALES Número de veces que ocurre un accidente laboral, en un periodo de tiempo. Formula = (No. De accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo / total de horas hombre trabajadas en el periodo) X 240000	Prevenir y minimizar la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales, disminuyendo los índices entre un 5 % y 10 % de la línea base.	Damary Rueda Sanchez. Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018
				SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES LABORALES Número de días perdidos y/o cargados por accidentes laborales en un periodo de tiempo. Formula= (No de días de trabajo perdidos por accidentes de trabajo en el periodo + número de días cargados en el periodo / horas hombre trabajadas en el periodo) X 240000				

			Implementar estrategias de promoción y prevención del autocuidado en la ejecución de sus actividades	MORTALIDAD DE LOS ACCIDENTES LABORALES Número de accidentes laborales mortales en un periodo de tiempo. Formula: (número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo) X 100		Damary Rueda Sanchez. Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018
		Capacitar al personal de enfermería de todos los servicios sobre el manejo adecuado de muestras de laboratorio.	Se capacitará el personal de enfermería en las prácticas seguras para la toma de muestra, conservación y envío de muestras a laboratorio	(Num de capacitaciones realizadas/Num de capacitaciones programadas)*100	100	Laura Maria Ardila Pimiento Profesional Universitario Area de la Salud Laboratorio Clinico	01/01/2018	31/12/2018
55 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no contar con los insumos para el área de esterilización como cepillos de cerda gruesa, cepillos cerda delgada para lavado de instrumental, Lápiz de electro bisturí, Papel grado médico rolo vapor 30, 25, 20, 15 plano y con fuelle, para empaque de dispositivos médicos en vapor, Papel Tyvek rolo empaque Sterrad de 70X500, 70X300, Tira o integrador químico a vapor para el control de paquetes que garanticen un control frente al material estéril presuntamente incumple con el Manual de buenas prácticas de esterilización adoptado mediante resolución 2183 del 2004.	Coordinar con la central de esterilización el material requerido para la continuidad y calidad de los procesos acorde a la demanda.	Solicitar a la central de esterilización la relación mensual de los insumos requeridos para el adecuado abastecimiento. Proyectar los gastos de material de la central de esterilización e incluirlos en el plan de compras del Servicio Farmacéutico según el presupuesto asignado.	Control de equipos con resultados correctos/total de controles de equipos realizados *100	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Juan Paulo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas	15/11/2017	31/12/2018
	La ESE Hospital Universitario de Santander, al presentar productos finales del material estéril donde solo se identifica con fechas de esterilización y	Centralizar el proceso de esterilización y realizar cada una de sus etapas en una sola area en este caso 6° piso, para garantizar el control y la calidad del servicio.	Solicitar a la Subgerencia Quirúrgica, Subgerencia de Alto Costo, Mantenimiento de equipos	Controles de equipos con resultados correctos Total de controles de equipos realizados 100 Controles de carga con resultados		Juan Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo		

56	ASISTENCIAL	no recnas de vencimiento de los paquetes , y algunos sin cinta indicadora, responsable, nombre del prodcuto, y/o esterilizador número de carga, no mantenimiento de equipos, higiene inadecuada.	Realizar un inventario de los equipos biomedicos (Autoclaves) , instrumental quirurgico y hacer la ficha tecnica de cada uno de estos equipos para implementar el cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo; Asi como la bajas de equipos dañados	biomedicos, Control Interno y Tecnovigilancia visita de inspeccion para traslado de proceso a la central de esterilizacion	correctos Total de controles de carga realizados 100 Controles de paquetess con resultados correctos Total de controles de paquetes realizados 100	100	Juan Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo Sandra Milena Rodriguez. Profesional Universitario de Mantenimiento	15/11/2017	31/12/2018			
57	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, evidencia la inexistencia y falta de disponibilidad de un número importante de mediamentos e insumos médico quirúrgicos al momento de la auditoría, algunos de los cuales resultaban críticos para la atención de pacientes, exponiendo a riesgos por mala calidad del servicio farmacéutico a los pacientes (pertinencia, accesibilidad, oportunidad, continuidad y seguridad).	Gestionar con el Servicio de Urgencias la priorización del triage, seleccionando los pacientes que dado su patología deben ser atendidos en una instrucción de alto nivel de complejidad.	Comunicar a la Subgerencia encargada del servicio de Urgencias la necesidad de priorizar a los pacientes que requieren tratamiento en la institución de alta complejidad acorde a su estado de salud.	# DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DISPENSADOS /#MEDICAMENTO S Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOLICITADOS.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018			
			Coordinar con el Servicio Farmacéutico la Hospitalización de pacientes que ameriten por su patología compleja ser atendidos en la institución, en los momentos que no se cuente con suficiente disponibilidad presupuestal.									
			Evaluar el estado actual de avance de elaboración e implementación de guías de práctica clínica que contribuya a priorizar la identificación de medicamentos más necesarios en los diferentes servicios.	Realizar seguimiento a la modificación e implementación de las guías de práctica clínica por medio del Programa de Atención Farmacéutica.						Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018
			Informar en el Comite de Farmacia y Terapeutica de manera oportuna a las diferentes Subgerencias Asistenciales el estado presupuestal de medicamentos disponibles para una atención oportuna y continua del paciente hospitalizado.	Presentar en el Comité de Farmacia y Terapeutica el listado básico de medicamentos actualizado a las diferentes subgerencias institucionales.						Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018
		Actualización del Listado Básico de Medicamentos con el fin de racionalizar la compra y utilización de medicamentos necesarios para la atención en salud de patologías de alta complejidad.					Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018			

58	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no evidencia un control adecuado de las fechas de vencimiento de los insumos que entrega a los servicios al no tener establecido los procedimientos para el monitoreo, control y activación de los planes de contingencia que eviten la caducidad de los productos insumos y medicamentos de su inventario en el servicio farmacéutico.	Semaforizar los productos Farmacéuticos acorde a su fecha de vencimiento en su almacenamiento y en el sistema Dinamica Gerencial.	Actualización del FC-PR- Buenas Prácticas de Amacenamiento de productos Farmacéuticos	# De servicios asistenciales participantes en detectar y reportar medicamentos y dispositivos medicos con fecha menor a dos meses de vencimiento, mensualmente/ totalidad de servicios asistenciales.	mayor del 90%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
			Disponer de medicamentos y dispositivos médicos con fechas de vencimiento superior a tres meses en los servicios asistenciales.	Exigir a los proveedores el suministro de medicamentos con mínimo un año de vida útil.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
			Verificación quincenal de inventario y fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos almacenados en el Servicio Farmacéutico.	Socializar el FC-PR- Buenas Prácticas de Amacenamiento de productos Farmacéuticos al personal del servicio farmacéutico y personal de enfermería, encargado de la custodia del medicamento una vez este es despachado por el Servicio Farmacéutico			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
59	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no controla de manera adecuada los mecanismos para el uso racional de los insumos en la institución, no controla adecuadamente las cantidades entregadas a los servicios y las devoluciones de los no usado, por cuanto no ha socializado las políticas, ni estandarizado ni implementado los procedimientos dirigidos a ello, permitiendo la creación de depósitos paralelos de insumos y medicamentos que no están bajo el control del Servicio farmacéutico, sin control adecuado de las cantidades que, son entregadas, que se usan y que se deben devolver por no utilizarse en los servicios.	Establecer mecanismos que permitan el control de existencia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos dirigidos al consumo en los diferentes procedimientos asistenciales en cantidades adecuadas.	Documentar el proceso de despacho y control de medicamentos, dispositivos médicos e insumos dirigidos al consumo.	Numero de medicamentos devueltos por cada servicio / Total de medicamentos entregados al servicio	10	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
				Establecer maximos y minimos de insumos de consumo de cada servicio asistencial y despachar los productos acorde a estas estadísticas.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
				Socializar el procedimiento para despacho y control de material de consumo de los servicios asistenciales.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
				Revisión de stock de inventario en los diferentes servicios asistenciales por parte de los regentes de farmacia.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018
		La ESE Hospital Universitario de Santander. cuenta con los equipos e		Suspender la producción de aire medicinal hasta tanto se cuenta con la certificación en BPM.	% de avance de Ejecucion del proyecto DE CONSTRUCCION , COMPRA DE EQUIPOS Y CERTIFICACION		Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente	01/12/2017	31/12/2019

60	ASISTENCIAL	Santander, cuenta con los equipos e instalaciones para la producción de gases medicinales activa y evidencia la producción industrial de aire medicinal para los usuarios del Hospital, sin embargo, no entregó a este equipo auditor, la certificación de buenas prácticas BPM, emitidas por el ente de control INVIMA, para su funcionamiento.	Lograr la certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM) de gases medicinales emitida por el INVIMA	Elaborar e implementar un plan de contingencia inmediato para el suministro de aire medicinal.	CERTIFICACION EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA GASES MEDICINALES - INVIMA = (actividades desarrolladas / Numero de actividades programadas)*100	Cumplimiento del 100% de ejecución en Enfoque, implementación y resultado.	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento Manuel de Jesus Jimenez Profesional Universitario de Farmacia.	10/11/2017	31/12/2019
				Lograr la ejecución del proyecto de construcción, compra de equipos y certificación en buenas prácticas de manufactura para gases medicinales - INVIMA					10/11/2017
61	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no realiza una adecuada clasificación de los residuos hospitalarios ya que se evidencia que los residuos se desechan en bolsa transparente (Biológicos y comunes), se identifica en canecas verdes tapabocas, y en recipientes rojos, empaques de jeringas y servilletas de papel.	A través del programa de inducción y reinducción reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos.	A través de la inducción y reinducción reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos y realizar evaluación de adherencia.	(Numero de evaluaciones aprobadas/ Numero de evaluaciones aplicadas)*100	90% de las evaluaciones aplicadas deben ser aprobadas.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018
			Auditorias internas en los servicios para verificar la segregación de la fuente.	Realizar auditorias no anunciadas en los servicios para verificar la segregación en la fuente.	(Numero de canecas evaluadas con cumplimiento de segregación de la fuente/ total de canecas evaluadas en el servicio)*100	100% de Cumplimiento en la segregación en la fuente.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018
			Capacitar en los diferentes servicios en la clasificación de los residuos hospitalarios.	Realizar charla al personal que se encuentra de turno al momento de la auditoria.	(Numero de evaluaciones aprobadas/ Numero de evaluaciones aplicadas)*100	90% de las evaluaciones aplicadas deben ser aprobadas.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018
				Ayuda visual a través de los protectores de pantalla de los computadores.				Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018
62	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, en las áreas de almacenamiento intermedio y central de residuos, no cumple con los parámetros normativos definidos.	Habilitar espacio físico para la correcta clasificación y disposición de residuos	Presentar proyecto adecuación cuartos de clasificación y disposición de residuos	Proyectos presentados	1	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos .	22/11/2017	31/03/2018
				Ejecución de obras	Contrato de obra ejecutado	1		04/06/2018	31/12/2018

63	ASISTENCIAL	El personal de servicios generales - aseo de la ESE Hospital Universitario de Santander encargado de la limpieza, desinfección y recolección de residuos no cuenta con los elementos de protección en el desarrollo de sus labores.	Capacitar al personal en la importancia y uso adecuado de los epp en el desarrollo de sus labores.	Realizar jornadas de sensibilización en la importancia y el uso adecuado de los EPP, para generar barrera de protección en las diferentes partes del cuerpo del trabajador que vayan a tener contacto directo con factores de riesgo que le puedan ocasionar una lesión, accidente o enfermedad	Indice de personal capacitado en EPP= (No de Personal capacitado)/(No de personal adscrito al servicio) % cubrimiento de EPP= #(de Epp Entregados al personal)/ (# de Epp Requeridos)*100	100	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos .	09/11/2017	17/11/2017	
64	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no presentar Plan de Contingencia que permita garantizar frente a las situaciones de crisis, la continuidad de la actividad principal de la institución a fin de evitar interrumpir el desarrollo de la actividad hospitalaria de acuerdo con las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Documentar, planear, implementar y verificar un Plan de Contingencia que permita garantizar la continuidad del servicio de atención en salud en situaciones de crisis.	Realizar investigaciones de planes de contingencia con entidades afines.	Documentos elaborados, socializados y evaluados	1	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018	
				Hacer diagnóstico de la situación institucional.				Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018
				Elaborar documento según estudio institucional. .				Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018
				Implementar el documento y hacer seguimiento				Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018
65	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, establece acciones de mejora con respecto al resultado de las PQRS de las cuales no se observa ejecución y seguimiento de acuerdo a lo ordenado en el Título VII Capítulo I de la Circular Única por la Superintendencia Nacional de Salud.	Se remite la pqr a la dependencia pertinente para que ésta realice la indagación y análisis, tomando las medidas correctivas, expresándolas a través de planes de mejoramiento (revisión del proceso, actividades, conocimientos, socializaciones, llamados de atención, verificación de la adherencia, u otra acción); posteriormente se emite respuesta al usuario con sus respectivos soportes y se envía copia a siau para su publicación en página web de la entidad y posterior su archivo.	Enviar correo electrónico adjuntando oficio, archivo consolidado en excel y evidencias de la quejas a la Dependencia responsable para gestión ante la empresa tercerizada y respuesta al usuario. Ajustar cuadro de excel adicionando seguimiento y diligenciándolo por parte de Siau.	# de Quejas Resueltas / total # quejas Recibidas*100	75% Resueltas a la fecha de corte	Dr. SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ Subgerente de Apoyo Diagnostico LADY RODRIGUEZ BURBANO Subgerente de servicios médicos HELDA CECILIA AMAYA DIAZ Subgerente de Enfermería JUAN PAULO SERRANO PASTRANA Subgerente de Servicios Quirúrgicos JURG NIEDERBACHER Subgerente Mujer e Infancia ALVARO GOMEZ TORRADO Subgerente de Alto Costo YOLANDA CEDIEL CASTILLO Especializado UFRFSB LUIS HERNAN TRIANA SANDOVAL Prof. Universitario de Servicios Básicos Dr. JAVIER ZARATE	01/07/2017	31/12/2017	

			Realizar seguimiento a las PQRS recibidas, gestionadas, en trámite y resueltas	Realizar visita a las dependencias registrando seguimiento a las PQR en acta y lista de asistencia.	# de Seguimientos realizados	10 Seguimientos	Natali Galván - Profesional Universitario del SIAU	01/07/2017	31/12/2017
66	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, mediante contrato con la empresa ECOSERVIR no garantiza que los alimentos sean transportados y rotulados adecuadamente.	Se realizará nuevo cronograma de auditoria al servicio de alimentación para verificar transporte y rotulación de las dietas hospitalarias.	Por medio de una inspección a los carros transportadores y rotulos de las dietas hospitalarias de los pacientes	% de cumplimiento de rotulación de dietas (# de dietas rotuladas / total de dietas despachadas)*100	100	GUILLERMO GOMEZ MOYA. Subgerente Servicios Ambulatorios Equipo de Nutrición y Dietética y Empresa contratista ECOSERVIR	01/12/2017	31/01/2018
67	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no garantizar los requisitos sanitarios que deben cumplir las instituciones en cuanto al procesamiento, preparación, almacenamiento, transporte, distribución de alimentos.	Revisar y ajustar procedimientos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos de la empresa contratista	Se aplicará lista de chequeo al procedimiento de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos a cargo de la empresa contratista.	% de cumplimiento a los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos.	90 a 100%	GUILLERMO GOMEZ MOYA. Subgerente Servicios Ambulatorios Empresa contratista ECOSERVIR S.A.S	01/12/2017	31/01/2018
68	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple con las condiciones de infraestructura en el servicio de Oncología y en particular en las salas de quimioterapia y lo hace en situaciones de hacinamiento.	Analisis de la situacion y de las condiciones actuales de la infraestructura a intervenir	La E.S.E HUS, formulará Proyecto para realizar mejoramiento y adecuación de las condiciones de infraestructura del área de oncología y salas de quimioterapia,	Proyectos formulados	1	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente Jefe Oficina juridica Luis Hernan Triana - Profesional Universitario de Servicios Básicos Equipo de infraestructura	31/12/2017	31/12/2018
			Elaboración del proyecto arquitectonico para la inversion en adecuacion y remodelacion de toda el area.	Realizar la contratacion de la obra civil.	Area Intervenido	100% del área del Servicio de Oncología y Quimioterapia		30/04/2018	

69 ASISTENCIAL

<p>La ESE Hospital Universitario de Santander, no exhibió los procedimientos de Oncología y quimioterapia estandarizados, adaptados y/o adoptados, documentados, socializados y controlados de manera adecuada y oficial en la Institución, para el suministro de quimioterapia en condiciones pertinentes y seguras, por ende no hay adherencia a los mismos.</p>	<p>Actualizar la Documentacion, socializacion de los mismos y adherencia: 1. Procedimiento de manejo, control y seguimiento del paciente en oncologia y radioterapia. 2. Procedimiento del manejo del paciente con Quimioterapia. 3. Instructivo para la administracion de medicamentos antineoplasicos. 4. Guia de practica clínica para el tratamiento de cáncer de mam. 5. Guia de practica nclinica para el tratamiento de cáncer de estómago. 6. Guia de practica clínica para el tratamiento de cáncer de próstata. 7. Guia de manejo de paciente con sarcoma de tejido blando del adulto. 8. Guia de manejo del paciente con cáncer de recto. 9. Guia de manejo del paciente con cáncer de cervix. 10. Guia de manejo del paciente con cáncer de pulmon.</p>	<p>Definir y priorizar la documentación que debe actualizar, socializar y evaluar por el personal médico competente</p>	<p># de guias socializadas / #total de guias a socializar*100</p>	<p>100</p>	<p>Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud</p>	<p>14/11/2017</p>	<p>31/12/2018</p>		
		<p>Elaborar las actualizaciones respectivas</p>							
		<p>Revisar y aprobar</p>					<p>Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud</p>	<p>14/11/2017</p>	<p>31/12/2018</p>
		<p>Socializar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados</p>	<p># de profesionales capacitados / # Total de Profesionales * 100</p>	<p>100</p>	<p>Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud</p>	<p>14/11/2017</p>	<p>31/12/2018</p>		
		<p>Evaluar la socialización de los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados</p>	<p># de profesionales evaluados / # Total de Profesionales * 100</p>	<p>100</p>					
		<p>Implementar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados</p>							
		<p>La papeleria de prescripcion medica y formula de medicamentos se encuentra actualmente estandarizada en la Historia Clínica de la plataforma Dinamica .NET</p>	<p>Estructurar en el sistema Dinamica NET el formato de Historia Clínica el protocolo de administración de Quimioterapia</p>					<p>01/11/2017</p>	<p>31/12/2018</p>

70 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple estándares de historia clínica, la papelería de prescripción de quimioterapia en el servicio de oncología no está estandarizada, se encuentran revisiones hechas por enfermería para el suministro, en hojas sueltas, archivos magnéticos de historia no controlados oficialmente por la institución, se pueden incluir textos a la historia clínica desde archivos de word.	Para el protocolo de administración de quimioterapia se el cual se encuentra en la historia clínica del paciente se le diseñaran en el formato institucional de la Historia Clínica del paciente unos campos de forma que se tenga más claridad para el personal asistencial y así evitar escribir en hojas sueltas	Construir con el personal asistencial el contenido requerido a fin de ser estructurado en la Historia Clínica para el protocolo de administración de Quimioterapia	# de especialistas capacitados / #total de especialistas hematooncólogos * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	01/11/2017	31/12/2018
			Elaborar requerimiento al comité de Historias Clínicas a fin de que se estructure el protocolo de administración de Quimioterapia en la Historia Clínica del paciente				01/11/2017	31/12/2018
			Socializar las modificaciones con el personal del servicio				01/11/2017	31/12/2018
			Evaluar al personal				01/11/2017	31/12/2018
			Implementar el formato				01/11/2017	31/12/2018
71 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, prestó servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, irradiando presumiblemente zonas sanas y equivocando los sitios de patología, situaciones compatibles con faltas en la pertinencia, seguridad, accesibilidad, continuidad y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, allende a fallas éticas en la prestación del servicio de radioterapia, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud, con calidad.	Adquisición de los insumos para la toma de imágenes de posicionamiento de los pacientes que inician y se encuentran en tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal	Identificar y definir una estrategia para que no se dejen de tomar las imágenes de posicionamiento de los pacientes que inician y se encuentran en tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal	IGP= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100	Cuando el índice alcance el 70 % se elabora el requerimiento para la adquisición de insumos	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018
			Elaborar solicitud mediante el formato de nuevas tecnologías GT-FO-20 versión 2, Proceso de Gestión de la Tecnología, a la oficina de mantenimiento a fin de que se realice la adquisición de un sistema de imágenes portales (IVS) para la toma de imágenes digitales.				14/11/2017	31/12/2018
			Elaborar informe del número de placas radiográficas existentes para la verificación de los campos de radiación una vez se estén agotando				14/11/2017	31/12/2018
			Supervisar que ante la no consecución de las placas radiográficas se suspendan los tratamientos y se informará a la Gerencia y Subgerencia Administrativa.				14/11/2017	31/12/2018
			Prestar al servicio con los insumos requeridos a fin de garantizar el tratamiento en los pacientes seguro				14/11/2017	31/12/2018

72	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al prestar servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, irradiando presumiblemente zonas sanas y equivocando los sitios con patología, presenta presuntas fallas éticas y disciplinarias por no garantizar la seguridad, accesibilidad, continuidad, pertinencia de la atención y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud.	Realizar seguimiento mensual al índice de placas Radiograficas de radioterapia, con el fin de garantizar la existencia de los insumos y una planeacion eficiente en la prestación de los servicios de radioterapia a los pacientes oncologicos proporcionando seguridad, accesibilidad, continuidad y pertinencia de la atención	Definir el índice de placas radiograficas de radioterapia	IGP= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100	Cuando el índice alcance el 70 % se elabora el requerimiento para la adquisicion de insumos	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Diego Aponte - Médico Físico	01/01/2018	31/12/2018
				Construir el índice de placas Radiograficas				10/08/2017	31/12/2018
				Socialización del índice de placas				10/08/2017	31/12/2018
				Supervisar el seguimiento del índice de placas				10/08/2017	31/12/2018
				Implementación del índice de gasto de placas radiograficas				10/08/2017	31/12/2018
73	ASISTENCIAL	El Ministerio de Salud y la Secretaría Departamental de Salud, no han realizado desde hace tiempo, visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación del servicio de oncología de la ESE Hospital Universitario de Santander, situación que ha favorecido el incumplimiento de las condiciones de habilitación del servicio.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
74	ASISTENCIAL	La guía de interrupción voluntaria del embarazo cita normatividad derogada como la Resolución 1441 de 2013 evidenciando debilidades en el procedimiento de control de documento y registro.	Solicitar actualización de guías al Departamento de Ginecobstricia - UIS	En el proceso de adopción y adaptación de la guía se debe socializar por correo y en comites	Actualización de guía completa cumpliendo con la normativa	100	Jurg Niederbacher Velásquez - Subgerente Mujer e Infancia	14/11/2017	31/12/2017

Firma del Evaluador

Nombre:

Cargo:

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							
Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Se encuentra en actualización el Manual de Funciones y el mapa de procesos.

<p>Carpeta con normatividad junta directiva ESE, norma creación, estatutos, reglamento interno y un acapite de conformación con los miembros de la junta directiva con sus respectivos actos administrativos de nombramiento.(actualización según periodos) y demás documentos.</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>	<p>13/12/2017</p>	<p>OPORTUNO</p>	<p>100%</p>	<p>CERRADO OPORTUNO</p>	<p>Se Creo una carpeta donde se incluyen los documentos basicos de la Junta Directiva en fisico y en digital.</p>
<p>Plan de mejoramiento presentado 13 de Diciembre de 2017 e Informe presentado a la Junta Directiva en sesion ordinaria el dia 17 de Enero de 2018.</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>	<p>13/12/2017</p>	<p>OPORTUNO</p>	<p>100%</p>	<p>CERRADO OPORTUNO</p>	<p>Informe presentado a la Junta Directiva en sesion ordinaria el dia 13 de Diciembre de 2017.</p>
<p>Se adjuntasn Actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>			<p>100%</p>		<p>En las secciones de junta realizadas se presentan los actos administrativos de delegacion</p>
<p>Informe semestral sobre el desarrollo de las reuniomes de la junta directiva,dentro del cual debe estar la asistencia de sus integrantes.</p>							<p>Informe semestral sobre el desarrollo de las reuniones de la junta directiva,dentro del cual debe estar la asistencia de sus integrantes</p>

Reportes de la Circular	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se recopio la informacion de las areas involucradas en el proceso de la circrcular 009 del 2015 para eviedenciar el cumplimiento del informe de gestion.
Formato encuesta aplicada a los miembros de Junta Directiva el dia 17 de Enero de 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		se realizo encuesta a los miembros de Junta Directiva sobre temas de interes
carpeta con actos administrativos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se presentan en el punto de verificación del quórum los actos administrativos de delegación

Certificado de Induccion y/o reinduccion GTH-FO-02 Version 3 GESTION DEL TALENTO HUMANO	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		<p>Una vez ingresa un funcionario nuevo a la institución, la Unidad Funcional de Talento Humano mediante correo electrónico invita a realizar la Inducción General a la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante el Aula Virtual de Aprendizaje (plataforma Moodle) del Hospital, se adjunta Guía de Ingreso a la plataforma Moodle. se le indica también que debe tener en cuenta lo siguiente: Dispone de (2) dos semanas para realizar la Inducción General, en las evaluaciones de conocimiento de cada uno de los módulos, el porcentaje que obtenga debe ser mayor al 70% (3.5), para aprobar el proceso de Inducción. En el caso de no ser mayor al 70% debe repetir el módulo que obtuvo menor puntaje. Condiciones Generales: El usuario y contraseña asignados es de uso personal e intransferible. Es responsabilidad del usuario el manejo que se le dé a la información a la que tiene acceso. encontrará el Usuario y Contraseña para ingresar al Aula Virtual de Aprendizaje y realizar la Inducción General. En lo que va corrido del año 2018. se han culminado dos inducciones mediante la plataforma Moodle a funcionarios que ingresaron nuevos a la Institución.</p>
Email Enviado-plantilla registro usuarios MOODLE	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		<p>El día 15 de enero de 2018 se envía correo electrónico a todos los supervisores en donde se informa que en el proceso de Gestión del Talento Humano, la Inducción General de la ESE Hospital Universitario de Santander que facilita la integración del personal a la Cultura Institucional, está a cargo de la Unidad Funcional de Talento Humano. Se recuerda que para esta nueva vigencia 2018: una vez que toda CPS firme el acta de Inicio; el Supervisor, informará a la Unidad de Talento Humano los datos del personal que ingresa (Nombre, Número de Identificación, Servicio, Objeto Contractual y e-mail). Paso a seguir: la Unidad Funcional de Talento Humano, asignará Usuario y Contraseña y le informará a la CPS, mediante correo electrónico, el inicio del proceso de Inducción, quien tendrá (1) una semana para realizarlo en el Ambiente Virtual de Aprendizaje (plataforma Moodle), así mismo, una vez finalice exitosamente el proceso de Inducción General se emitirá documento de aprobación a la Inducción, por parte de la Unidad Funcional de Talento Humano. Es la persona contratada por CPS, la que debe adjuntar el documento de aprobación de inducción en la primera cuenta del servicio prestado y comunicar al Supervisor.</p>
Oficios solicitando consolidado mapa de riesgos	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		<p>Se envió oficio a la Oficina Asesora de Calidad solicitando el consolidado de mapa de riesgos de fecha Diciembre 05 de 2018. Se envió segunda solicitud de consolidado de mapa de riesgos con fecha marzo 02 de 2018</p>

<p>procesos adelantados por la oficina juridica publicados en las pagina de contratacion cecop y la pagina web de la entidad</p>	<p>La actividad cuenta con evidencias de implementación</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>34%-69%</p>		<p>Se revisaron los indicadores financieros en los procesos adelantados por la oficina de contratación, y se establecieron indices de liquidez mayores y menores indices de endeudamiento y se establecieron mesas de trabajo con las empresas contratistas mejorando los pagos a los mismos y por consiguiente los pagos laborales de cada una de estas empresas</p>
<p>Contratos de los procesos asistenciales bajo la modalidad del contrato colectivo laboral sindical</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>			<p>100%</p>		<p>se realizo la contratacion de los procesos asistenciales bajo la modalidad del contrato colectivo laboral sindical</p>

<p>Resolución numero 66 de febrero 06 de 2018. Emails enviados los días 07, 14 y 27 de febrero de 2018 . FORMATO GESTION DEL RENDIMIENTO DE LOS GERENTES PUBLICOS, ADOPCION FORMATO PARA ACUERDOS DE GESTION, ADOPCION DE DOCUMENTO, Listado de Asistencia GTH-FO-20, Versión 3 Seguimiento Acuerdos de Gestion</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>El día Febrero 07 de 2018 La Unidad Funcional de Talento Humano adjuntó a los correos institucionales de todos los Subgerentes , la Resolución numero 66 de febrero 06 de 2018, por la cual se adopta la Guía Metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos-Acuerdos de Gestión, para su conocimiento y fines pertinentes.</p> <p>El día 14 de febrero de 2018 se envió correo electrónico a todos los subgerentes, al Gerente y al Jefe de la Oficina Asesora Control Interno en donde se les informa lo siguiente "El día 07 de febrero de 2018 fueron notificados del acto administrativo, Resolución 66 de 2018 (6 FEB 2018) "Por la cual se adopta la Guía Metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos — Acuerdos de Gestión". La Unidad Funcional de Talento Humano, le recuerda lo siguiente:</p> <p>"Pautas para la elaboración de los acuerdos de gestión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa de Concertación: Esta fase en la que el Subgerente y el Superior Jerárquico efectúan un intercambio de expectativas personales y organizacionales. 2. Etapa de Formalización: El Acuerdo de Gestión debe quedar siempre por escrito y se formaliza con la firma del superior jerárquico y el Subgerente. 3. Etapa de Seguimiento y retroalimentación: En esta etapa se adelantan seguimientos semestrales entre el Subgerente y el Superior Jerárquico <p>Es importante tener cuenta que, la etapa de concertación y formalización deberá realizarse en un plazo no mayor al 28 de febrero del presente año y el periodo de los acuerdos de gestión va desde el primer (01) de febrero al treinta y uno (31) de enero del año siguiente.</p> <p>Se anexa formato de Gestión, adoptados dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Hospital Universitario de Santander en el proceso de Gestión del Talento Humano, subproceso de Talento Humano- FORMATO GESTIÓN DEL</p>
<p>Acta de liquidación final CTO 177-2017 CONSORCIO IMPERMEABILIZACION.PDF</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>Se está exigiendo cumplimiento al cronograma de actividades de obras civiles que presentan al momento de la firma del contrato.</p>

Se anexan tres (3) actas de comité de obra. Informe de obras y consultorias							Se realizan comités de obra por contrato semanalmente.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Quando se elaboran los requerimientos simples (Solicitud de contratación), se realiza acompañamiento a la oficina Jurídica en la elaboración de los estudios previos técnicos necesarios para establecer la viabilidad del proyecto..
Consolidado de maximos y minimos	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		El Servicio farmacéutico realizo un consolidado semanal del informe de maximos y minimos de los medicamentos y dispositivos medicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Correo orden de compra enero. • Correo orden de compra febrero. • Pedido Orden de Compra mes de Febrero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Enero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Febrero. 	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		El servicio farmacéutico con base a los requerimientos realiza las ordenes de compra a los diferentes proveedores.
Listado basico de medicamentos E.S.E HUS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se Establecio el listado básico de medicamentos institucional.

EVIDENCIA PUBLICACION PLAN DE COMPRAS EN EL SECOP	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2018 fue aprobado por la Gerencia y publicado en el Portal de Contratación Colombiano SECOP
Contratos publicados en el Secop I	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se publicaron los contratos y la actividad contractual de la E.S.E. HUS, siguiendo los lineamientos dados por Colombia Compra Eficiente para entidades con Régimen Especial
ACTOS ADMINISTRATIVOS ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA VIGENCIA 2017 ANEXO (23) ACUERDOS, (59) FOLIOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respaldara la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el deficit de tesoreria mas no presupuestal

<p>* Acta No. 001 del 11/01/2018. * Oficio 2210-GTAI-029-2018. Fecha 05/02/2018. Asunto: inventario Equipos Biomédicos * Oficio 2220GTM0054-2018, Fecha 12/02/2018. Asunto: Respuesta oficio</p>	<p>La actividad cuenta con evidencias de implementación</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>34%-69%</p>		<p>Se realizó reunión con la Profesional Universitario de mantenimiento de la ESE HUS para replantear el inventario de los equipos biomédicos. Se realizó toma física del inventario de equipos biomédicos 21 servicios: Urgencias pediátricas, central de esterilización, ecografías ginecológicas, epidemiología, imagenología, medicina interna hombres, quirófanos, cardiología, cirugía general, electroencefalografía, gastroenterología, laboratorio clínico, medicina interna mujeres, sala de partos, oftalmología, recién nacidos, subfarmacia, unidad materno fetal, urgencias pediátricas, neumología, unidad de quemados.</p>
<p>Matriz de planeación</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>Se actualizó la matriz de planeación de frecuencia de mantenimiento preventivo, pendiente enviar a codificar.</p>
<p>Resumen plan de compras aprobado vigencia 2018 Plan de Mantenimiento Hospitalario Requerimientos elaborados</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>Se proyectó el plan de compras el cual fue aprobado, con la siguiente distribución, para mantenimiento de equipo biomédico, mueble de uso hospitalario y equipo industrial: gastos administrativos bienes \$302.227.643, gastos administrativos servicios \$237.880.847, gastos operativos bienes \$800.806.169, y gastos operativos bienes \$4.486.938.132, Con este presupuesto se elaboró el plan de mantenimiento hospitalario. Y se inició la contratación del mantenimiento vigencia 2018 siguiendo los formatos establecidos, y las condiciones generales del procedimiento de mantenimiento.</p>
<p>formato maestro Gestión de la Tecnología, con seguimiento de febrero</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos del mes de febrero.</p>
	<p>La actividad no presenta ejecución</p>	<p>ABIERTO</p>			<p>0%</p>		<p>los indicadores de gestión de la tecnología se presentarán en el comité de tecnovigilancia se forma semestral. No aplica para este periodo</p>
<p>resumen plan de compras aprobado vigencia 2018 Plan de Mantenimiento Hospitalario Requerimientos elaborados</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>Se proyectó el plan de compras el cual fue aprobado, con la siguiente distribución, para mantenimiento de equipo biomédico, mueble de uso hospitalario y equipo industrial: gastos administrativos bienes \$302.227.643, gastos administrativos servicios \$237.880.847, gastos operativos bienes \$800.806.169, y gastos operativos bienes \$4.486.938.132, Con este presupuesto se elaboró el plan de mantenimiento hospitalario. Y se inició la contratación del mantenimiento vigencia 2018 siguiendo los formatos establecidos, y las condiciones generales del procedimiento de mantenimiento.</p>

formato maestro Gestion de la Tecnologia, con seguimiento de febrero	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimiento preventivos del mes de febrero.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		los indicadores de gestion de la tecnologia se presentaran en el comité de tecnovigilancia se forma semestral. Todos los equipos biomedicos cuentan con contrato de mantenimiento.
Se adjuntan aleatoriamente hojas de vida de los equipos industriales de uso hospitalario.							el dia 20 de febrero se recibio capacitacion en gestion documental, a toda la institucion, sin embargo se pudo evidenciar que esto no aplica a las hojas de vida de los equipos biomedicos, por lo cual se plantea realizar referenciacion con otras instituciones.
Contrato 114/18							se estan organizando las hoja de vida de los equipos industriales, con orden cronologico. Adicionalmente se realizo la compra de un sistema de informacion para la gestion tecnologica, contrato 114/18. por lo anterio no se elabora ficha tecnica en fisico.
contrato No 85/18 y 61/18	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	todos los equipos industriales se encuentran incluidos en el Plan de mantenimiento preventivo y cuentan con contrato de mantenimiento vigente, Contrato No 85/18 y 61/18.
cronograma de mantenimiento equipo industrial	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboro cronograma de mantenimiento equipo industrial

seguimiento mensual al cumplimiento de mantenimiento preventivo.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realiza seguimiento mensual al cumplimiento de mantenimiento preventivo.
contrato No 52/18 Philips.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		todos los equipos biomedicos se encuentran incluidos en el Plan de mantenimiento preventivo y cuentan con contrato de mantenimiento vigente, especialmente el contrato No 52/18 mantenimiento del resonador magnetico suscrito con la empresa Philips.
Cronograma de mantenimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se elaboró cronograma de mantenimiento preventivo
Seguimiento cumplimiento cronogramas de mantenimiento	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimiento preventivos del mes de febrero. Se tiene programacion de MP del resonador para el mes de Mayo.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		los indicadores de gestion de la tecnologia se presentaran en el comité de tecnovigilancia se forma semestral. Todos los equipos biomedicos cuentan con contrato de mantenimiento.
correo de asignacion de estudiantes de practica de la UIS.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		apoyados en los estudiantes de practica de la UIS, se planteo la elaboracion del manual de gestion de la tecnologia - equipo industrial, actualmente en desarrollo.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		apoyados en los estudiantes de practica de la UIS, se planteo la elaboracion del manual de gestion de la tecnologia - equipo industrial, actualmente en desarrollo.

	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		apoyados en los estudiantes de practica de la UIS, se planteo la elaboracion del manual de gestion de la tecnologia - equipo industrial, actualmente en desarrollo.
Porque las obras encuentran suspendidas.	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		obras actualmente suspendidas.
No hay planificación para compra de equipos para nuevos servicios.	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		No hay planificación para compra de equipos para nuevos servicios.
Listado asistencia reunión Noviembre 14 y 17 de 2017, oficio enviado a la Secretaria Departamental de Salud, pantallazo reporte plan bienal 2016-2017 e informe del proyecto No 164 de 2013	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		1. Se realizó reunión con Ingenieros Supervisores de las obras del Hospital Universitario de Santander el día 14 de Noviembre de 2017 identificando que acorde con sus actividades coincide con el Contrato No.164 de 2013 " CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN DE LA NEONATAL UCI PEDIATRICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER". 2. Los avances de obra reportados en el POAI y en el reporte efectuado en la plataforma del plan bienal coinciden con el Contrato No.164 de 2013. 3. Se realizó reunión con el encargado del Plan Bienal de la Secretaría de Salud Departamental, el día 17 de noviembre 2017 haciéndose las aclaraciones correspondientes. 4. Se envió oficio 1220-ODI-16-2018 a la Secretaria Departamental de Salud con el objetivo de subsanar o certificar que los reportes efectuados en el Plan Bienal 2016-2017 corresponden al mismo proyecto.
EJECUCION A FEBRERO 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		DEL PRESUPUESTO SE ASIGNO EL 5% QUE EQUIVALE A \$ 7,484,905,179

EJECUCION A FEBRERO 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		EJECUTADO A FEB 28 DE 2018 VAN \$ 5,807,466,827
1 formato FT0004- Supersalud en EXCEL	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Cargue de la informacion de los pasivos en la plataforma de la supersalud equivalente a los saldos que refleja el estado de situacion financiera
Informe de radicación de facturación	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se radicaron las facturas entregadas por facturación a las diferentes EPS, recibiendo \$ 16.116.475.701 y fueron radicados 15.790.579.352, quedando un valor pendientes por radicar por \$ 325.896.349
ACTAS COMITÉ DE CARTERA Y FACTURACIÓN	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se hace seguimiento a la radicacion de facturas de estas dos empresas

INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO 2018 ENERO	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%	Se cruzo facturacion realizada por circular 014 contra el giro directo, para establecer los incumplimientos y generar oficio a la supersalud sobre el incumplimiento
actas de compromisos de las mesas saneamiento de la circular 030 del mes de diciembre	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%	Se asisito a la mesas de saneamiento de la circular 030 del mes de diciembre
INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO 2018 ENERO	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%	Se cruzo facturacion realizada por circular 014 contra el giro directo, para establecer los incumplimientos y generar oficio a la supersalud sobre el incumplimiento
SE ANEXA INFORME DE ACTIVIDADES, CUADRO ENVIADO POR CARTERA.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%	Se realizo cobro Juridico y pre - Juridico
Conciliacion con tesoreria, cartera, activos fijos, farmacia, almacén, facturacion y talento humano	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%	Realizacion de conciliacion de los saldos contables vs saldos de la informacion donde registran las transacciones

Correo enviado a las dependencias donde se registra las transacciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO			100%		Se envió correo a las dependencias indicando que toda información de informes tanto externos como internos deben ser conciliados con la información de los estados financieros
H33/INDICADORES 2017 NEFROLOGIA	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		La interconsulta se hace a través de nefrología por parte de los médicos especialistas de la UIS. SE PRESTA EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA UBICADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEXTO PISO Y SE TIENE PROGRAMADO 13 HORAS SEMANALES PARA CONSULTA EXTERNA
Cronograma de habilitación Informe Diagnostico Habilidad	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El diagnostico fue levantado por la Oficina Asesora de Calidad
Planes de mejora Servicios SSAAT	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se documentaron e implementaron los planes de Mejora de los Servicios de Farmacia, Rehabilitación y Consulta Externa
Archivo adjunto evaluación meses de Diciembre de 2017 y Enero de 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó la auditoría de las historias clínicas en físico respectivas.
Archivo anexo con formatos escaneados.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó la respectiva auditoría identificando los formatos físicos existentes.

Comunicado a la Ingeniera Sandra Rodríguez para solicitar la instalación de termohigrometros. Comunicado a la Ingeniera Sandra Rodríguez para solicitar su colaboración en Adecuación de áreas de almacenamiento temporal de productos farmacéuticos en los diferentes Servicios Asistenciales. Relación de termohigrómetros por los Servicios Asistenciales. informe de avance termohigrometros	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado a la Ingeniera Sandra Rodriguez solicitando la colaboración de instalación de termohigrometros en áreas de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes Srvicios Asistenciales. SE REALIZA VISITA TECNICA EN LOS SERVICIOS, IDENTIFICANDO LA NECESIDAD DE INSTALACION DE TERMOHIGROMETROS
* Relación de existencias de neveras por los Servicios Asistenciales. • Relación de termohigrómetros por los Servicios Asistenciales.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó una inspección en en los diferentes Servicios Asistenciales para determinar las existencias de termohigrometros y neveras y los respectivo faltantes de los mismos.
formato ENF-R-58 Registro de Temperatura de Refrigerador. Comunicado a la Jefe Helda Amaya para capacitar el Procedimiento de Buenas Practicas de Almacenamiento de Productos farmacéuticos y el Procedimiento de Devolución de Productos farmacéuticos.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realiza registro diario de temperatura de los almacenamientos temporales de medicamentos en los diferentes servicios y unidades de acuerdo al formato institucional ENF-R-58, diligenciado durante el periodo del 01/11/2017 hasta el 31/01/2018. Se le envía un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboración para capacitar al personal de enfermería en el procedimiento de almacenamiento de productos farmaceuticos y la importancia de la toma y registro diario de la temperatura y humedad de las condiciones ambientales
Comunicado Álvaro Gómez Torrado Subgerente de Alto Costo-Subgerente de Servicios Médicos €	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se le envía un comunicado al Dr.Alvaro Gomez Torrado Subgerente de Alto Costo, Subgerente de Servicios Medicos (e) solicitando la colaboración en la priorización de ingresos de pacientes, debido al no cumplimiento de los requerimientos propuestos por el Servicio Farmacéutico en el mes de diciembre del año 2017.
COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA MARZO 9 DE 2018 LISTADO DE ASISTENCIA DE COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		se presentó en el comité de Farmacia y teapeutica correspondiente al mes de febrero 2018 el informe presupuestal del servicio farmaceutico

Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermeria- Protocolo Guia Seguridad Paciente	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Abministracion Segura de Medicamentos.
Listado basico de medicamentos E.S.E HUS-borrador	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se Establecio el listado básico de medicamentos institucional.
Oficio enviado a mantenimiento solicitando adquisición del equipo	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se solicitó mediante oficio, equipo luminómetro para verificación del estado de los dispositivos antes de realizar el reprocesamiento
Comunicado Sandra Rodriguez Ingeniera	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envia un comunicado a la Ingeniera Sandra Rodriguez solicitando la colaboracion de instalacion de termohigrometros en areas de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes Srvicios Asistenciales.

Comunicado a la Jefe Helda Amaya para capacitar el Procedimiento de Buenas Practicas de Almacenamiento de Productos farmacéuticos y el Procedimiento de Devolución de Productos farmacéuticos. Respuesta al comunicado 502-gtsf-0040-2018 jefe Helda Amaya Subgerente de Enfermería							Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion para capacitar al personal de enfermeria en el procedimiento de almacenamiento de productos farmaceuticos y la importancia de la toma y registro diario de la temperatura y humedad de las condiciones ambientales.
Procedimiento de Almacenamiento de productos Farmacéuticos.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		El Procedimiento se encuentra en revision en el Servicio Farmaceutico.
Estabilidades de antibióticos y paliativos	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Creacion de la tabla de Estabilidades De Medicamentos
Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente. Actas del comité de protocolos de enfermería	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Abministracion Segura de Medicamentos. Se encuentra en creación y aprobación por parte del comité de protocolos de enfermería el "Protocolo Administración segura de medicamentos", según actas del comité de protocolos de enfermería del mes de 23/11/2017, 21/12/2017, 25/01/2018 y 01/02/2018 del trabajo continuo en la creación y aprobación del protocolo administración segura de medicamentos
comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion para capacitar al personal de enfermeria en el procedimiento de Devolucion de Medicamentos a Farmacia Y Subfarmacia. Procedimiento Devolución de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia y Subfarmacia • Suministro de pacientes y devoluciones mes enero de 2018 • Suministros de pacientes y devoluciones mes de febrero de 2018							Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion para capacitar al personal de enfermeria en el procedimiento de Devolucion de Medicamentos a Farmacia Y Subfarmacia.

Auditorías a los Servicios Asistenciales E.S.E HUS en Ronda de Seguridad del Paciente							Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
<p>H42/ACTA GRUPO PRIMARIO PEDIATRIA No 2</p> <p>H42/LISTA DE ASISTENCIA SOCIALIZACION DE MUESTRAS MEDICAS SIN EL DEBIDO INGRESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas de Capacitación en BPA • Comunicado a diferentes subgerentes de E.S.E HUS • Comunicado Luis Hernán Triana Subgerente Servicios Asistenciales- Profesional de Servicios Básicos • Diapositivas Socialización PBA y Prohibición de muestras médicas- respuesta del Dr. JURG • Listado de asistencia reunión conj. Info. Subgerencia de mujer e infancia febrero 2018. 	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/02/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	<p>Se le envia un comunicado al Profesional Universitario de Servicios Basicos Subgerencias Asistenciales, Soicitando su colaboración para capacitar al Personal Medico Asistencial en lo referente a la Prohibición de Muestras Medicas en la E.S.E HUS.</p> <p>Se realizó socialización con el personal de la resolución 1403de 2007 en la cual se establece que: "se prohíbe la recepción o tenencia de muestras médicas en los servicios farmacéuticos de la Institución Prestadora de Servicios de salud y en los establecimientos farmacéuticos". Además, la resolución gerencial 137 de Mayo de 2014 del HUS que en su artículo 8 establece, Autorización: "Solo se autoriza la administración de medicamentos traídos por el paciente o familiares, cuando medie conciliación y reconciliación medicamentosa, estos serán puestos en custodia por el servicios farmacéutico (Farmacovigilancia) y serán devueltos al egreso del paciente".</p>
Auditorías a los Servicios Asistenciales E.S.E HUS en Ronda de Seguridad del Paciente	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
Cronograma de jornada de autoevaluación. Listados de asistencia. Informe.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la jornada de Autoevaluación planeada según cronograma.

Consolidado Manual de estandares del sistema unico de acreditación, Mejoramiento Continuo.							Diligenciamiento y proyección del estandar de mejoramiento continuo con sus respectivas acciones para la vigencia 2,018
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Las certificaciones trimestrales se empezaran a expedir cuando los avances del proceso de acreditación se carguen al SIPA. El cierre del cuarto ciclo se realizara a finales de la vigencia 2,018
GMC-CA-PR-07 Procedimiento Aprendizaje Organizacional.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó el procedimiento de aprendizaje organizacional.
Se anexan actas de grupos primarios. Consolidado de actas de grupos primarios	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se soportan actas de grupos primarios llevados a cabo en los meses de Enero y Febrero con los temas socializados en el punto en 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. En Enero con un total de 13 y en Febrero 13.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		A medida en que los avances se identifiquen seran socializados.

GMC-CA-PR-02 Procedimiento de Auditorías Internas (Actualizado) Cronogramas de Auditorías. Informe auditorías internas.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	20/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la solicitud del cronograma de auditorías para la vigencia 2018, se incluyó el respectivo cronograma al PAMEC ESE HUS. Actualización Procedimiento de Auditorías Internas.
Documento PAMEC GMC-CA-MA-07 MANUAL DEL PAMEC ESE HUS. Informe de Seguimiento de las auditorías realizadas a 28 de Febrero de 2018.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se incluyó dentro del PAMEC el cronograma de las respectivas auditorías internas. Se recopiló el informe de las auditorías programadas/auditorías realizadas.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		El informe se expedirá cuando las mejoras sean implementadas
GMC-CA-FO-96 FORMATO GESTIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se estructuró la matriz de seguimiento a planes de mejora derivados de las auditorías internas y externas.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Se remitirá a la oficina de Sistemas el requerimiento respectivo para que así se definan los plazos de las copias de seguridad a realizar.

	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Se realizó la socialización del Documento PAMEC en donde se resalto la importancia de la implementación del Autocontrol.
Plan de acción vacunación vigencia 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró el plan de acción de vacunación para la vigencia 2018 y fue presentado ante la Secretaria Municipal de Salud.
Evidencia de entrega de los informes de la población vacunada al área de epidemiología de la ESE HUS de los meses de Enero y Febrero de 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se registra diariamente los vacunados de acuerdo a los lineamientos PAI y se entrega informes de la población vacunada al área de epidemiología de la ESE HUS
Se adjunta evidencia soporte de dos días (04/01/2018 y el 16/02/2018) del registro día en la PAI WEB (2 Folios). Se adjunta informe del total de las cantidades ingresadas de los biológicos administrados durante los meses de enero y febrero de 2018 al PAI WEB (1 Folio). Cabe resaltar que el sistema PAI WEB se encuentra al día por parte de la ESE HUS.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se registra diariamente los biológicos administrados de la población objeto en el sistema nominal nacional PAI WEB y Se adjunta el informe consolidado del total de los biológicos administrados en los meses de enero y febrero de 2018
Informe de seguimiento semestral a causas de no vacunación en la ESE Hospital Universitario de Santander	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		En los meses de enero y febrero se vacunaron a 422 recién nacidos. Se elabora informe de seguimiento semestral a causas de no vacunación en la ESE Hospital Universitario de Santander

Se adjunta la programación de los meses de Enero y Febrero de 2018 (2 Folios).	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN			70%-99%		Se programarán 2 rondas diarias en los servicios materno infantiles para el seguimiento y cumplir con el esquema nacional antes de los egresos de los recién nacidos en la ESE HUS.
Se adjunta informe mensual de indicador de no vacunación en la ESE HUS. Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Enero. Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Febrero.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó informe mensual de indicador de no vacunación en la ESE HUS.
Se adjunta evidencia de la entrega del informes a la Subgerencia de enfermería	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se entrego informe de relacion diaria de poblacion vacunada en el mes de Enero a 475 personas y en el mes de Febrero a 279 personass y los Biológicos administrados a población objeto.
Se adjunta evidencias de los meses de Enero y Febrero	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó informe de consolidado mensual de los meses de enero y febrero distribuidos por regimen contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y otros de la población objeto del programa.
Se elaboró informe de los meses de Enero y Febrero de los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		

	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Esta actividad es trimestral, se presenta avance en el proximo informe
Se adjunta evidencia del envío del informe a la Secretaria de Salud Municipal	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se envió en los meses de enero y febrero el informe de susceptibles para triple viral (SRP) correspondientes al mes de enero (4 casos) y el mes de febrero (2 casos). *Se envió informe de la Encuesta previa a la vacunación contra la Fiebre Amarilla de acuerdo a la dosis aplicadas.
copia de actas de reunion - facturacion desl servicios de urgencias especificamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizo reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evaluo el tema, generando un reporte mensual de lo facturado por consulta en urgencias e interconsulta ambulatoria e intrahospitalaria, evaluando la atencion en las primeras 24 horas

Actas de enero y febrero con los casos analizados	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Registrar en formatos del HUS las actas de las reuniones realizadas por morbilidad materna extrema
Formato de Eventos de interes capturados y reportados	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se han analizado las diferentes fuentes de información: Mortalidad y Nacimientos regitrados, fichas epidemiologicas, RIPS y se contrastan con lo infomrado en el SIVIGILA. Se creo herramienta para contrastar entre las fichas epidemiologicas recibidas en la oficina de vigilancia epidemiologica y lo registrado en el SIVIGILA.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		No aplica para este seguimiento
ACTA DE INICIO CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		1. Se celebró el contrato de prestación de servicios No.143 de 2018 cuyo objeto es "la prestación de servicios profesionales a la oficina de desarrollo en lo relacionado con la toma de desiciones estrategicas respecto a la prestación de servicios, capacidad instalada y mejoramiento del flujo de recursos de la Institución, mediante el cual se va a "realizar estudio para cubrir las necesidades respecto al hallazgo presentado".
1) Comparativo productividad enero - febrero de 2018 Fisiatria 2)Comunicaciones notificación ampliación de oferta Oftalmologia, Coloproctologia y Medicina Interna 3)Indicador oportunidad especialidades validadas	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		1) Contratación adicional de seis (6) horas semanales en la oferta de Consulta Externa en la Especialidad de Medicina Fisica y Rehabilitación. 2) Oferta adicional de diez (10) horas semanales en Consulta Externa en la Especialidad de Oftalmologia. 3) Ajuste de agenda de dos (2) horas semanales en la oferta de Consulta Externa en la Especialidad de Coloproctologia. 4) Jornadas adicionales de Consulta en la Especialidad de Medicina Interna los días 23 y 30 de enero de 2018 (9 horas adicionales) 5) Verificación y Ajuste de horario de todas la especialidades ofertadas en consulta externa de acuerdo a lo contratado. 6) Seguimiento mensual a la oportunidad en la oferta de consulta en estas especialidades

Listado de asistencia.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Diciembre: Se realizó capacitación a coordinadoras de enfermería.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
Formatos de listas de asistencia a grupos primarios noviembre 2017	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se socializó en grupos primarios del mes de Noviembre de 2017 el tema: reporte de incidentes y eventos adversos
Pantallazo de correo enviado a talento humano con las necesidades de educación en temas de seguridad del paciente para 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se remite a Talento humano por medio de oficio la necesidad de incluir dentro del PIC el respectivo tema para socializar. Se esta realizó la respectiva inducción y reinducción de manera presencial durante el año 2,017 y durante el año 2,018 por medio de la plataforma Moodle.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
Pantallazo de plataforma SEPA para reporte de incidentes y eventos adversos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Desde el mes de Noviembre se dio inicio al uso de la herramienta SEPA para el reporte de incidentes y eventos adversos en toda la ESE HUS. En Octubre se realizó prueba piloto en 4 servicios (pediatría, UCIA, cirugía general, recién nacidos). De 01 de Octubre de 2017 a 28 de Febrero de 2018 se han realizado 1200 reportes
Listas de chequeo de avance en la implementación de las buenas prácticas priorizadas. Listas de asistencia a reuniones programadas. Actas de reuniones con los líderes de las buenas prácticas priorizadas.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó cronograma de reuniones para los meses de Enero y Febrero de 2018. Se aplicaron listas de chequeo para definir el avance en la implementación de las buenas prácticas.

Plan de compras vigencia 2018. Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	28/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró el plan de compras vigencia 2018
Informe consolidado de elementos despachados - Detallado (Sistema DGH)	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Despacho de toallas desechables para el lavado de manos a los servicios
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		En las rondas de seguridad realizada en el area de medicina interna hombre y medicina interna mujeres se recuerda al personal la importancia de la utilización de los EPP.
Informe de ronda técnica de seguridad en Formato Inspección de seguridad y salud en el trabajo GTH-SST-FO-04, Versión 2	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Ronda técnica de seguridad al area de medicina interna hombres y medicina interna mujeres realizada el día 07/03/2018.

	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		En las rondas de seguridad realizada en el area de medicina interna hombre y medicina interna mujeres se recuerda al personal la importancia de la utilización de los EPP
H54/LISTADO DE ASISTENCIA CAPACITACION 16-03-2018_1 PROGRAMACION CAPACITACIONES_1 OFICIO 7010-LC-027-2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Se realizó capacitación al personal de Enfermería de los servicios de Hospitalización de la ESE HUS los días 16 y 23 de Marzo del año en curso de 7:30a.m. a 11 :30 a.m. realizandose cada dia cuatro capacitaciones en total
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicado 3000-sse-30-2018 Relación de Faltantes De Insumos médicos Central de Esterilización. • Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería (esterilización) * Oficio enviado desde la central de esterilización a la Subgerencia de enfermería. * Reporte de indicadores enviados a la Oficina Asesora de Calidad. 	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	12/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboración en la entrega de los insumos para el area de esterilización.
Oficio solicitando la centralización del proceso de esterilización en el piso 6	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		

<p>inventario tecnico. Oficio solicitando inventario y fichas tecnicas de los equipos biomedicos e instrumental quirurgico. Reporte de indicadores enviados a la oficina de Calidad</p>	<p>La actividad cuenta con soporte documental</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>1%-33%</p>		<p>se realizo actualizacion del inventario de equipos biomedicos.</p>
<p>Comunicado Álvaro Gómez Torrado Subgerente De Alto Costo-Subgerente De Servicios Médicos €</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>	<p>05/02/2018</p>	<p>OPORTUNO</p>	<p>100%</p>	<p>CERRADO OPORTUNO</p>	<p>Se le envia un comunicado al Dr.Alvaro Gomez Torrado Subgerente de Alto Costo, Subgerente de Servicios Medicos (e) solicitando la colaboracion en la priorizacion de ingresos de pacientes, debido al no cumplimiento de los requerimientos propuestos por el Servicio Farmacéutico en el mes de diciembre del año 2017.</p>
<p>Comunicado Helda Amaya Subgerente De Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente</p>	<p>La actividad cuenta con evidencias de implementación</p>	<p>EN EJECUCIÓN</p>			<p>34%-69%</p>		<p>Se le envia un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboracion en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Abministracion Segura de Medicamentos.</p>
<p>Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>	<p>09/03/2018</p>	<p>OPORTUNO</p>	<p>100%</p>	<p>CERRADO OPORTUNO</p>	<p>se presentó en el comité de Farmacia y teapeutica correspondiente al mes de febrero 2018 el informe presupuestal del servicio farmaceutico</p>
<p>Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica</p>	<p>La actividad se encuentra totalmente cumplida</p>	<p>CERRADO</p>	<p>09/03/2018</p>	<p>OPORTUNO</p>	<p>100%</p>	<p>CERRADO OPORTUNO</p>	<p>se presentó en el comité de Farmacia y teapeutica correspondiente al mes de febrero 2018 el listado básico de medicamentos institucional.</p>

Procedimiento de Almacenamiento de productos Farmacéuticos.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		El Procedimiento se encuentra en revision en el Servicio Farmaceutico.
Exigencia A Proveedores De Buenas Fechas De Vencimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza las exigencias a proveedores con buenas fechas de vencimiento en la de compra
Procedimiento de Almacenamiento de productos Farmacéuticos.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		El Procedimiento se encuentra en revision en el Servicio Farmaceutico.
Procedimiento de despacho y control de medicamentos, dispositivos médicos e insumos dirigidos al consumo	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		El Procedimiento se encuentra en revision en el Servicio Farmaceutico.
CONSUMO DE MX Y DISP HASTA DICIEMBRE DE 2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	21/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizo un consolidado de los insumos historicos del 2017, de cada uno de los Servicios Asistenciales.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		El Procedimiento se encuentra en revision en el Servicio Farmaceutico.
Rondas de seguridad de paciente en Farmacovigilancia	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
Plan de compras vigencia 2018. Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		No corresponde al área de mantenimiento dar directrices, de suspender la producción de aire medicinal, porque afectara la prestación de los servicios asistenciales; el área de mantenimiento dejo reflejado en el Plan de Compras la adquisición de un compresor como componente para la respetiva certificación de BPM.

	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
Se adjunta listados de asistencia y Resultados Moodle. Carpeta N°1	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		*Se realizo capacitación al personal de Nutrición y servicios generales en el mes de Febrero. *Se realizo a través de la plataforma Moodle capacitación y evaluación de adherencia.
Se adjunta informe de auditorias y lista de asistencia . Carpeta N°2	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizo en el mes de febrero auditoria en los servicios de urgencias adulto y urgencias pediátrica
Se adjunta listados de asistencia. Carpeta N°1	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizo charla al personal que se encontraba de turno en el servicio de urgencia adulto
Se adjunta Cronograma de protectores de pantalla. Carpeta N°3	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizo la elaboración del cronograma para divulgar la adecuada clasificación de los residuos hospitalarios por medio de los protectores de pantalla
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		En el PMA (Programa Médico Arquitectónico) se encuentran los diseños de los cuartos de residuos intermedios, se ejecutaran cuando se tenga disponibilidad de recursos financieros.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		Cuando existan los recursos financieros y contratos respectivos.

Se anexan evidencias en 56 folios útiles.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO			100%		Se realizaron jornadas de sensibilización en la importancia y el uso adecuado de los EPP
Borrador del documento Planes de Contingencia Frente a Situaciones de Crisis.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se elaboro el documento borador, pendiente revisar y aprobar por el Comité hospitalario para Gestion del riesgo de Desastres.
<p>H65/MUJER E INFANCIA/Respuestas PQR</p> <p>223-GTSB-8-2017 del 25 de enero de 2017</p> <p>223-GTSB-027-2017 del 02 de marzo 2017</p> <p>223-GTSB-035-2017 del 09 de marzo 2017</p> <p>223-GTSB-044-2017 del 09 de marzo 2017</p> <p>223-GTSB-53-2017 del 04 de abril 2017</p> <p>223-GTSB-064- 2017 del 17 abril de 2017</p> <p>223-GTSB-145-2017 del 23 de junio de 2017</p> <p>Se adjunta archivos consolidados de PQR en excel y evidencia de la gestión realizada por parte de la Subgerencia Quirurgica</p>	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se solicita informes a SIAU y los soportes de gestión realizada.

Cuadro consolidado de satisfacción global con resultados en excel donde se incluye nutrición. Acta de reunión con Nutrición realizada en el mes de diciembre de 2017. Acta comité de calidad. Acta de seguimiento a PQRS.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realiza identificación de las Quejas más reportadas, de acuerdo al impacto en el usuario se identifica al área de Nutrición, se realiza reunión con la Dra Andrea López profesional universitario de nutrición para revisar la encuesta en la que se pueda medir la calidad del servicio obteniendo resultados que puedan permitirle tomar acciones correctivas o de mejora.
Nutrición Clínica-COMPILADO AUDITORIAS-DICIEMBRE-2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó inspección a los carros transportadores y rotulos de las dietas hospitalarias de los pacientes
Listas de chequeo de los meses de Diciembre de 2017 y Enero de 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se aplicó lista de chequeo al procedimiento de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos a cargo de la empresa contratista.
Requerimiento simple N° 9	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	13/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró requerimiento simple N° 09 de fecha 13/03/2018 para las adecuaciones civiles y arquitectónicas necesarias para la ejecución de las obras en la unidad de oncología.
Requerimiento simple N° 291	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN			34%-69%		Se proyecto Con requerimiento, CDP Esta para inicio de contrato de obra SE PRESENTA REQUERIMIENTO N° 291 DEL 14 DE MARZO DE 2018 CUYO OBJETO ES "ADECUACIONES CIVILES Y ARQUITECTONICAS NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DE LA E.S.E. HUS", RADICADO EN JURIDICA EL 24 DE MARZO PARA INICIAR PROCESO DE CONTRATACIÓN. CONTIENE: NECESIDAD, PRESUPUESTO DE OBRA, APU's, MEMORIAS DE CANTIDADES DE OBRA, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, REGISTRO FOTOGRÁFICO, PLANOS, ACTAS DE DE CONCERTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN.

Listado de documentos que se deben actualizar, socializar y evaluar.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	21/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se definieron los documentos que se deben actualizar, socializar y evaluar siendo los siguientes: 1. Procedimiento de manejo, control y seguimiento del paciente en oncología y radioterapia. 2. Procedimiento del manejo del paciente con Quimioterapia. 3. Instructivo para la administración de medicamentos antineoplásicos. 4. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de mama. 5. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de estómago. 6. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de próstata. 7. Guía de manejo de paciente con sarcoma de tejido blando del adulto. 8. Guía de manejo del paciente con cáncer de recto. 9. Guía de manejo del paciente con cáncer de cervix. 10. Guía de manejo del paciente con cáncer de pulmón.
Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de próstata. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de mama. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de estómago.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se actualizaron los siguientes documentos: Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de próstata. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de mama. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de estómago.
Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de mama.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se adoptó y adaptó la Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de mama.
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución						
LISTA DE ASISTENCIA DISEÑO FORMATO PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se revisaron los formatos existentes y se recopiló la información a fin de estandarizarse

LISTA DE ASISTENCIA DISEÑO FORMATO PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó reunión donde se construyo el contenido requerido
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
	La actividad no presente ejecución	ABIERTO			0%		
Lista de asistencia de reunión del 14/11/2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se realizó reunión donde se identificó y se definió una estrategia para evitar vuelva a ocurrir el hallazgo presentado
formato de nuevas tecnologia GT-FO-20 version 2. Proceso de Gestion de la Tecnologia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	27/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se diligencio el formato de nuevas tecnologia GT-FO-20 version 2. Proceso de Gestion de la Tecnologia y se envio a la oficina de mantenimiento via correo institucional el día 27 de diciembre de 2017
Copia del correo enviado por la Subgerencia de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	10/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 10 de noviembre de 2017 se envia notificación mediante correo institucional indicando las cantidades de placas radiograficas que quedan para la verificación de campos de radiación de los pacientes oncológicos tratados en el acelerador a fin de que cuenten para los pacientes programados de las siguientes semanas.
Copia del correo enviado por la Subgerencia de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 15 de diciembre de 2017 se envia notificación mediante correo institucional a la Gerencia y subgerencia Administrativa indicando la suspensión del servicio de Radioterapia hasta tanto no se cuente con el material requerido y se garantice la atención debida a los pacientes
Copia de correo recibido	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El dia 15 de diciembre de 2017 responde la oficina de Almacen indicando que se encuentran 3 cajas de placas Radiograficas y asi continuar con los tratamientos

Formato GT-FO-20 Version 2. Proceso de Gestion de la Tecnologia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	18/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunión donde se definió, se construyó y se socializó el indice de placas radiograficas de radioterapia. Se realiza requerimiento para la adquisición de insumos cuando el indice alcance el 70%
Copia del correo enviado por la Subgerencia de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	10/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 10 de noviembre de 2017 se envia notificación mediante correo institucional indicando las cantidades de placas radiograficas que quedan para la verificación de campos de radiación de los pacientes oncológicos tratados en el acelerador a fin de que
NO APLICA							
H74/CORREO ELECTRONICO DIA 29 DE AGOSTO /17 ENVIADO A CALIDAD - CORREO DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN			1%-33%		Se está revisando la normatividad derogada como resolución 1441 del 2013.