



PROCESO	AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS		CÓDIGO	AFT06
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		
NT 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 # 29-126		
TELÉFONOS	6348110		
FAX			
CORREO ELECTRÓNICO	auctores@huc.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							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN										
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones				
		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		
1 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no tiene conformada la estructura organizacional a partir de la estructura organizacional de la ESE Hospital Universitario de Santander.	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 Damiary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/04/2018	H1/1.ORGANIGRAMA ACUERDO No. 11 DE 2018 1.ORGANIGRAMA 1.Socialización de la Estructura Organizacional de la ESE Hospital Universitario de Santander 1.SOCIALIZACIÓN ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MAPA DE PROCESOS 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	11/04/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Mediante acuerdo de Junta Directiva No 11 de Abril 11 de 2018 se aprobó ajustar la estructura organizacional de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y se socializó	
2 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander, no incluyó como una de sus misiones, al rector de la Universidad de Santander o su delegado, el cual forma parte del estamento político administrativo.	Crear una carpeta donde se incluyan los documentos básicos de la Junta Directiva.	La carpeta debe incluir: normatividad juntas directivas ESE, normas 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 períodos)	Elaboración Carpeta	100	Edgar Julian Niño Camillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	21/11/2017	13/12/2017	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 períodos) y demás documentos.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	13/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se creo una carpeta donde se incluyen los documentos básicos de la Junta Directiva en físico y en digital.	
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 antes de terminar el mes.	Mediante convocatoria a todos los miembros estableciendo hora y lugar de realización de la Junta Directiva a través del electrónico.	(Numero de reuniones ordinarias realizadas/12)*100	100	Edgar Julian Niño Camillo - Gerente Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	Plan de mejoramiento presentado 13 de Diciembre de 2017 a Informe presentado a la Junta Directiva en sesión ordinaria el día 17 de Enero de 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	13/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Informe presentado a la Junta Directiva en sesión ordinaria el día 13 de Diciembre de 2017.	
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 plénum los actos administrativos de delegación	Ajustar 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 Camillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	Se adjuntan Actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	28/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	En las sesiones de junta realizadas se presentan los actos administrativos de delegación	
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 asistencia injustificada a cinco (5) reuniones durante el año siendo causal 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 Camillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	Se anexa el Informe semestral mencionado, el cual se presentó en el mes de Enero de 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó informe semestral sobre el desarrollo de las reuniones de la junta directiva, dentro del cual esta la asistencia de sus integrantes.	
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 Domínguez - Asesora Financiera	11/01/2017	31/01/2018	Reportes de la Circular	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se recopiló la información de las áreas involucradas en el proceso de la circular 009 del 2015 para evidenciar el cumplimiento del informe de gestión.	
7 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander al iniciar 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 Camillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	01/01/2018	01/03/2018	Formato encuesta aplicada a los miembros de Junta Directiva el día 17 de Enero de 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%			se realizó encuesta a los miembros de Junta Directiva sobre temas de interés

FORMA POR LA CUAL SE DETECTO 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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO					SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN										
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones			
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 (Secretaría de Salud de Santander, Gobernación de Santander, Rectoría de la US) 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/delegaciones 100	Meta de la Acción	100	Edgar Julio Niño Camilo - Gerente - Secretaría Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	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
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 contido del 2017. Incumple Resolución 2003 del 2014 Estandar del Talento Humano	Continuar con el Fortalecimiento del Proceso de Inducción y Reintroducción al personal de Planta	Una vez se posea el personal de planta se le crea el usuario y contraseña en la plataforma MOODLE y se le da un plazo de una (1) semana para la realización de la inducción institucional general e incorporados a la cultura organizacional de la Institucional.	No inducciones realizadas/No de funcionarios con nuevos ingresos	1	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Darymy Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018	9.CERTIFICADO INDUCCION GERMAN PEÑA 9.CERTIFICADO IVAN ANDRES HERRERA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO GERMAN PEÑA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO IVAN ANDRES HERRERA 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Fwd., INDUCCION 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Inducción General de la ESE Hospital Universitario de Santander 9.INDUCCION CPS 9.INDUCCION GERMAN PEÑA 9.INDUCCION INS OSCAR REYES 9.INDUCCION IVAN ANDRES	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	La actualización del procedimiento de inducción y reintroducción General de la ESE Hospital Universitario de Santander se realizó en conjunto con el Comité de Educación de Enfermería de la Subgerencia Servicios de Enfermería y el Proceso de Docencia, Investigación e Innovación, el 10 de abril de 2018 se realizó en su actualización. El programa de inducción general en el Ambiente Virtual de Aprendizaje (plataforma moodle) de la ESE Hospital Universitario de Santander, sirve para que el personal conozca la información general que le permita facilitar y fortalecer su integración a la cultura organizacional, y le suministra información necesaria para el mejor conocimiento de la institución, se continúa sistemáticamente y sistemáticamente con la actividad.	
		Implementar el GTH-PR-02 Procedimiento de Inducción, GTH-PR-03 Procedimiento de Reintroducción 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	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Darymy Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	17/11/2017	30/12/2018	Email Enviado-plantilla registro usuarios MOODLE	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%			Se solicita a los Supervisores de los Contratos, que una vez se firme el acta de inicio con las empresas y las CPS, se informe a la Unidad de Talento Humano los datos de la Empresa Contratista (Razon Social, correo electrónico, persona de contacto, número telefónico y objeto contractual, veintidos (22) CPS inician su proceso de inducción y lo han culminado trece (13) personas y nueve (9) están en desarrollo.
10 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta una deficiente gestión de riesgos, aunque se tienen identificados, valorados y cuantificados 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 auditorías 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	Juho Hernán Vilabona Vargas - Jefe Oficina Asesora de Control Interno	01/12/2017	30/12/2018	Oficios solicitando consolidado mapa de riesgos	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		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	
11 ADMINISTRATIVO	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.	La E.S.E. HUS, en los procesos contractuales que tramite y los procesos contractuales que tramite y los procesos contractuales que tramite, 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 músculo financiero fuerte, en observancia del Artículo 3º inciso 2 de la Ley 80 de 1993 que a su tenor señala que "los participantes, por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que colaboren 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.	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 Monitoreo en aras de aplicar los mecanismos legales de los que esta revisada la entidad, para hacer cumplir a los contratistas con la obligación de pagar oportunamente las acreencias laborales de sus ejecutores.	Porcentaje de Pliegos de Condiciones de procesos de contratación de personal que incluyan indicadores financieros suficientes y cálculo de la capacidad residual de contratación.	100	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	01/01/2018	31/12/2018	Procesos adelantados por la oficina jurídica publicados en las páginas de contratación Scope y en la pagina web de la entidad	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%		Se revisaron los indicadores financieros en los procesos adelantados por la oficina de contratación, y se establecieron índices de liquidez mayores y menores índices 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	
12 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander vincula personal misionero 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.	El CONTRATO SINDICAL es legalmente conforme 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-487 de 2011, con ponencia del Magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, señaló: "(...) como está regulado el contrato colectivo 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 reinar en Colombia, evitando de tal forma la deslaboración de la relación de trabajo".	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.	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	100	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	01/01/2018	02/06/2018	Contratos de los procesos asistenciales bajo la modalidad del contrato colectivo laboral sindical	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	28/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se realizó la contratación de los procesos asistenciales bajo la modalidad del contrato colectivo laboral sindical	

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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
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, médica, servicios de apoyo diagnóstico 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 Subgerentes de servicios de enfermería, de la mujer y la infancia, médica, servicios quirúrgicos, servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de Alto Costo.	Se pactaron los Acuerdos de Gestión en el mes de Enero de 2016, entre el Gerente y los Subgerentes de la ESE Hospital Universitario de Santander.	Número de Acuerdos de Gestión Firmados/ No De Subgerentes	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Danary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018	H1313 ACUERDO DE GESTION DR ALVARO GOMEZ TORRADO 13.ACUERDO DE GESTION DR GUILERMO GOMEZ MOYA 13.ACUERDO DE GESTION DR JUAN PAULO SERRANO PASTRANA 13.ACUERDO DE GESTION DR JURG NEDERBACHER 13.ACUERDO DE GESTION DR SIFREDO FONSECA 13.ACUERDO DE GESTION DRA LADY RODRIGUEZ 13.ACUERDO DE GESTION DRA MARTHA ROSA VEGA 13.ACUERDO DE GESTION JEFE HELDA CECLA AMAYA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	A la fecha todos los subgerentes de la institución presentaron el respectivo Anexo 1: concertación seguimiento, retroalimentación, con corte a 28 de febrero de 2018, entregados el día 27 de marzo de 2018 a la Unidad Funcional de Talento Humano.
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 ningún avance 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 comprometerse 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 reservas.	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	Acta de liquidación final CTO 177-2017 CONCORD D IMPERMEABILIZACION.PDF	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Existen cinco contratos de obras civiles (Central de Urgencias, Subestación Eléctrica, Reforzamiento Estructural de Urgencias, Impermeabilización de Terrazas, UCI Pediátrica y Neonatal), a la fecha se ha ejecutado un solo contrato (Impermeabilización de Terrazas).
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 deterioro 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 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 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	Se anexan tres (2) actas de comité de obra.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizan comités de obra por contrato semanalmente.
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 2.1.1.1.1 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	N/A Porque no existe obras nuevas.	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%		Cuando 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.
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 incompletos solicitados /100	<10%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	H17/COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA, DICIEMBRE MAXIMOS Y MINIMOS ENERO 2 MAXIMOS Y MINIMOS ENERO 9-1 MAXIMOS Y MINIMOS FEBRERO 5 MAXIMOS Y MINIMOS FEBRERO 12 MAXIMOS Y MINIMOS FEBRERO 26	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		El Servicio farmacéutico realizó un consolidado semanal del informe de máximos y mínimos de los medicamentos y dispositivos médicos.
						Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	H17/CORREGO ORDEN DE COMPRA ENERO CORREGO ORDEN DE COMPRA FEBRERO PEDIDO DHOSPITAL ENERO 22 PEDIDO DHOSPITAL FEBRERO 27 PEDIDOS RECIBIDOS MES ENERO PEDIDOS RECIBIDOS MES FEBRERO	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		El servicio farmacéutico con base a los requerimientos realiza las ordenes de compra a los diferentes proveedores.
						Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	Listado básico de medicamentos E.S.E HUS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se Estableció el listado básico de medicamentos institucional.
	La E.S.E. HUS, dará cumplimiento a los Artículos 7 y 8 del Decreto 103 del 20 de enero de 2015, relativa 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	Correspondiente a la vigencia 2018.	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Yolanda Cedei - Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Humanos, y su Equipo de Apoyo.	15/01/2018	30/06/2018	EVIDENCIA PUBLICACION PLAN DE COMPRAS EN EL SECCP	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 SECCP

FORMA POR LA CUAL SE DETECTÓ EL HALLAZGO

Auditoría / Visita respectiva

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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN											
		¿QUÉ?		¿CÓMO?		¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?		¿CUÁNDO?		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación									
18 ADMINISTRATIVO	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 PROHISA por valor de \$4.200.000.000 para el suministro de medicamentos.	Se dará cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 9 del Decreto 103 de 2015, relativo a la Publicación de procedimientos, Insumos y políticas en materia de adquisición y compra, 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 se publicará el Plan Anual de Adquisiciones en la forma y términos 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 SECOOP por Régimen Especial, con el cumplimiento de los requisitos exigidos.	100	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/12/2017	30/06/2018	Se anexa informe de carga de contratos a SECOOP.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	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			
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 \$27.910.378 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.	Resguardar la totalidad de las cuentas por pagar de la vigencia anterior	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respaldará la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el déficit de tesorería 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	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 respaldará la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el déficit de tesorería mas no presupuestal			
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 Biomédicos - (Carriedad de servicios intervenidos en la actualización de inventario de equipo biomédico/ Numero de servicios de la ESE HUS)*100	Actualización del inventario del 100% de los servicios de la ESE HUS.	Claudia Roa - Profesional Universitario Almacén e Inventarios. Ing. Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-09-2018	* Acta No. 001 del 11/01/2018. * Oficio 2210-GTAI-029-2018, Fecha 05/02/2018. Asunto: Inventario Equipos Biomédicos * Oficio 2220GTM054-2018, Fecha 12/02/2018. Asunto: Respuesta oficio. * Oficio 2220-GTM0129-2018, fecha 20/03/2018. Asunto: Entrega inventario actualizado de equipos biomédicos del ESE HUS	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	Se realizó reunión entre las áreas de almacén, mantenimiento y UFAT, estableciendo cronograma de inicio de levantamiento de inventario. Se definió el formato de inventario técnico donde se establece los criterios mínimos como: marca, nombre, modelo, serie, inventario HUS, ubicación, registro fotográfico entre otros.			
				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 preventivo planeados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	14-11-2017	30/03/2018	Matriz de planeación	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	Se actualizó la matriz de planeación de frecuencia de mantenimiento preventivo, se envió a calidad a codificar			
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	Resumen plan de compras aprobado vigencia 2018 Plan de Mantenimiento Hospitalario Requerimientos elaborados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-12-2018		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	Se proyecta 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 \$800.866.169 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.			
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos mensual. Marzo 90%, Abril 92,91%, mayo 98,97%			
21 FINANCIERO Y CONTABLE	Entregó información que permite concluir que no han realizado los mantenimientos preventivos con oportunidad a algunos de los equipos de tecnología biomédica requiere, durante los últimos 6 meses en virtud de no existir contrato para ello.	Lograr la realización oportuna del mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido	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.	Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos establecido por la oficina asesora jurídica.	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 preventivo programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017	resumen plan de compras aprobado vigencia 2018 Plan de Mantenimiento Hospitalario Requerimientos elaborados	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	Se proyecta 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 \$800.866.169 y gastos operativos bienes \$4.486.938.132. Con este presupuesto se elaboró el plan de mantenimiento hospitalario.		
						Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30/12/2017		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	se elaboraron y suscribieron contratos a 26 solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento.	
						Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	se elaboró el cronograma de mantenimiento preventivo asignando el mes en que se realizará según la frecuencia.	
						Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos Marzo 90%, Abril 92,91%, mayo 98,97%	
						Presentar informe de cumplimiento de mantenimiento preventivo.	La actividad no presenta ejecución	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018		La actividad no presenta ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%	CERRADO	los indicadores de gestión de la tecnología se presentaron en el comité de tecnovigilancia se forma semestral. Todos los equipos biomédicos cuentan con contrato de mantenimiento.	

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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN														
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones								
															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	
22 FINANCIERO Y CONTABLE	Incurre 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 = (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimientos preventivos programados	Nombre / Cargo	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	10-11-2017	30/03/2018	Se adjuntan abastidamente hojas de vida de los equipos industriales de uso hospitalario.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOPORTUNO	34%-69%		el día 20 de febrero se recibió capacitación en gestión documental, a toda la institución, sin embargo se pudo evidenciar que esto no aplica a las hojas de vida de los equipos biomédicos, por lo cual se plantea realizar referenciación con otras instituciones.					
			Garantizar el 100% de las fichas técnicas de los equipos industriales, correctamente diligenciadas.				Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	28/02/2018	Contrato 114/18	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOPORTUNO	34%-69%		se están organizando las hoja de vida de los equipos industriales, con orden cronológico. Adicionalmente se realizó la compra de un sistema de información para la gestión tecnológica, contrato 114/18, por lo anterior no se elabora ficha técnica en físico.					
			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 períodos mensuales.				Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017													
23 FINANCIERO Y CONTABLE	Lograr la realización oportuna del mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido para el resonador magnético.	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 = (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimientos preventivos programados	Nombre / Cargo	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18/10/2017	01/12/2017	contrato No 52/18 Philips.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOPORTUNO	34%-69%		todos los equipos biomédicos 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 magnético suscrito con la empresa Philips.					
			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 períodos 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													
			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 tecnología 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	Estructurar el plan de gestión del riesgo de equipos industriales críticos.	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 gestión del riesgo de equipos industriales (actividades desarrolladas / Número de actividades programadas)*100	Cumplimiento del 100% de ejecución en Entoque, implementación y resultado.	Nombre / Cargo	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	30/03/2018	Informe de criticidad equipo industrial	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOPORTUNO	1%-33%		Se realizó la clasificación de criticidad de los equipos industriales, con el fin de continuar con la matriz de riesgos.					
			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	Informe de criticidad equipo industrial	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realizó la clasificación de criticidad de los equipos industriales, con el fin de continuar con la matriz de riesgos.					
			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 desistimiento patrimonial por no haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión en equipos biomédicos 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 Biomédicos adquiridos por la E.S.E. HUS en el momento en que se finalice las obras correspondientes	Equipos instalados	100%	Procedimiento actualizado y socializado	Nombre / Cargo	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2019	Porque las obras encuentran suspendidas.	La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%		obras actualmente suspendidas.				
			Articular la planificación de adquisición de equipos para dotación con el desarrollo de la ejecución de obras, previa certificación de inventorial con fecha de finalización de obras					Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	22/11/2017	30/06/2018	No hay planificación para compra de equipos para nuevos servicios.	La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%		No hay planificación para compra de equipos para nuevos servicios.				

FORMA POR LA CUAL SE DETECTÓ EL HALLAZGO

Auditoría / Visita respectiva

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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		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
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 pediatría, sino que adicionalmente no permitió haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión cuatrosita en equipos biomédicos.	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 PEDIATRIA 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 reunieron 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	Envió soportes aclaratorios del proyecto	Presentar ante la Secretaría Departamental de Salud los soportes a 31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional.	14/11/2017	31/12/2018	Acta de suspensión contrato No 164 de 2013	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se solicitó a la Oficina Jurídica las actas de suspensión del contrato No. 164 de 2013 "CONSTRUCCION AMPLIACION DE LA NEONATAL-UCI PEDIATRIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER", en donde se explican detalladamente las causales de suspensión del mismo. Es de aclarar que el motivo de suspensión del contrato en mención corresponde a la descripción del hallazgo 26, ya que el reporte de avance del proyecto se ha venido registrando bajo el nombre "PROYECTO DE REMODELACION DE HOSPITALIZACION, PEDIATRIA Y UNIDAD MATERNO FETAL" el cual si fue inscrito en el Plan Bienal dentro de los términos.
27. FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias auditadas: 2015, 2016 y 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, observando que para el año 2015 asignó el 3,77% y ejecutó el 1,98%, 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 ingresos por el 5 %	100	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Oleirina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto Yolanda Cediel - Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Humanos	01/01/2017	31/12/2018	EJECUCION A FEBRERO 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		DEL PRESUPUESTO SE ASIGNO EL 5% QUE EQUIVALE A \$ 7.484.905.179
		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	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Oleirina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto Yolanda Cediel - Profesional Especializado Servicios Básicos	01/01/2017	31/12/2018	EJECUCION A FEBRERO 2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		EJECUTADO A FEB 28 DE 2018 VAN \$ 5.807.466.827
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 Beneficio 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 efectuará 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 normalidad vigente	100	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Yaneth Cortes Acevedo - Profesional Universitario Tesorería Blanca Albarracín - Profesional Universitario Contabilidad	22/11/2017	31/12/2018	Se adjunta evidencia del cargue de la información.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realiza conciliación con el área de contabilidad para evidenciar que no existen diferencias en riguro de las áreas y se procede a realizar el cargue de la información en el formato FT04.
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 gestiona la radicación. Se estableció 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 Chinchita - Profesional Universitario Cartera Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	H30 N CUMPLIMIENTO GRO DIRECTO 2016 ENERO	Informe de radicación de facturación	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Entrega oportuna a cartera para que se pueda radicar la facturación al 100%. Se esta radicando mínimo el 95% de lo enviado a Radicar
	NUEVA EPS Y SALUDVIDA EPS, presentan inobservancia a la instrucción primera de la Circular 016 de 2015 de la SNS, toda vez que presuntamente ocurren en prácticas indebidas frente al proceso de radicación de facturas, generando glosas presuntamente injustificadas.	Reportar de acuerdo a la circular 016 a la SUPERSALUD las malas practicas presentadas con las ERP	Se estableció convenio con la EPS SALUDVIDA Y NUEVA EPS, en donde se concilio las glosas ( se adjuntan acta de conciliación.) Se estableció compromiso en las mesas de la SUPERSALUD para realizar conciliación de facturas devueltas con la NUEVA EPS, la cual por el momento está en proceso de conciliación.	(Malas practicas presentadas por las ep / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCION	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		Se estan realizando conciliación con la NUEVA EPS con el fin solucionar la totalidad de las glosas.
30. FINANCIERO Y CONTABLE		Reportar de acuerdo a la circular 016 a la SUPERSALUD las malas practicas presentadas con las ERP	Se radicara en el mes de Noviembre oficio a la Supersalud solicitando una mesa de trabajo con la NUEVA EPS para definir las practicas indebidas de radicación.	(Malas practicas presentadas por las ep / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018		La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/05/2018	NO OPORTUNO	0%		En el transcurso del año 2018 la EPR esta recibiendo la radicación. Se notifica al momento de presentarse nuevamente las practicas indebidas
		Se seguirá notificando a la Supersalud cuando se presenten practicas indebidas para la radicación, o se reciban glosas y devoluciones injustificadas.	Se solicita para los contratos se aplique la normalidad vigente para los procesos de radicación y respuesta de glosas.	(Malas practicas presentadas por las ep / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	10/04/2018	Mesas de trabajo con Asesores de gerente y Coordinadora jurídica de contratación	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCION	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		Ajuite de los contratos evitando que queden allí registradas las malas practicas por la EPR
		Se continuara circularizando cartera mensualmente, donde se evidenciará a las ERP que hacen caso omiso al oficio y se remita comunicado a la Supersalud de las ERP que no acceden 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 plan) *100	95	Fabio Sahid Chinchita - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE ANEXA ARCHIVO EN EXCEL DE LA CIRCULARIZACION	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se circulariza mensualmente la cartera a las entidades mediante correo electrónico y oficio
			Se realizó mesas de trabajo con la Supersalud y el Ministerio y se hizo acuerdo de pago por \$ 29.000 millones de pesos con las ERP	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchita - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE ANEXAN CUADRO EN EXCEL CON EL ESTADO DE LOS ACUERDOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Las ERP continúan cancelado los acuerdos de pago

FORMA POR LA CUAL SE DETECTO 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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
31 FINANCIERO Y CONTABLE	Incrementó 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 crédito, lo que puede estar evidenciando deficiencias en la gestión de cobro.	Se asiste a las mesas de saneamiento de la circular 030 trimestralmente	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE ADJUNTAN ACTAS DE LAS MESAS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se asistió a mesas de la circular 030 en el mes de marzo de 2018, quedando compromisos de depuración de cartera	
		Se continuó reportando los incumplimientos al giro directo con la notificación a la Superlud para que tome las medidas de su competencia.	Mensualmente se envían oficios a las ERP que hacen incumplimiento con el giro directo con copia a la superlud.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE ADJUNTAN OFICIOS EN PDF	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se notificó a las entidades que incumplieron el giro directo
		Se entrega cartera mayor a 120 días al área de jurídica para el inicio del cobro prejurídico de la información que no este conciliada	Se entrega a la oficina de Jurídica para inicio de cobro prejurídico y jurídico la suma de \$66.237.381.107 de la facturación mayor a 180 días	(Facturación enviada a jurídica/ facturación lista para pago sin abono mayor a 120 días)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - Profesional Universitario Cartera Jefe Oficina Asesora Jurídica	10/10/2017	10/06/2018	Oficios de entrega de la cartera y CD con relación de factas entregadas.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO OPORTUNO	Se entrega por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la empresa ATLAS S.A.S. la suma de \$66.237.381.107, para cobro ante las diferentes ERP.
32 FINANCIERO Y CONTABLE	No observa presuntamente las características cualitativas en relación con la confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.	Realizar conciliaciones mensuales	Continuar con la conciliación de la información contable vs los saldos de cada una de las áreas.	(Conciliaciones realizadas / Total de conciliaciones contables con las áreas)*100	100	Blanca Albarracín - Profesional Universitario Contabilidad	1/11/2017	31/12/2018	conciliaciones de la información contable vs información de las áreas donde registran las transacciones de marzo a mayo 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO OPORTUNO	Realización de conciliación de los saldos contables vs saldos de la información donde registran las transacciones
		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	Correo enviado a las dependencias donde se registra las transacciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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
33 ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no presta los servicios de transporte 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 ciencia temporal de los servicios prestados.	Por parte de la US se apoya con interconsultas por parte de Nefrología y Pediatría	Se cuentas con dos Nefrología pediatras que realizan interconsultas: Dra Pilar Amado y Dra Lusa Martínez	(Interconsulta realizadas / interconsultas solicitadas)*100	85	Subgerentes Técnico Científicos	14/11/2017	31/12/2017	H33/HALLAZGO 33 EVIDENCIA INDICADORES 2017 NEFROLOGIA	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	70%-89%	CERRADO OPORTUNO	La interconsulta se hace a través de nefrología por parte de los médicos especialistas de la US. SE PRESTA EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA UBICADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEXTO PISO Y SE TIENE PROGRAMADO 13 HORAS SEMANALES PARA CONSULTA EXTERNA
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 SOCCS	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	Cronograma de habilitación Informe Diagnóstico Habilitación	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El diagnóstico fue levantado por la Oficina Asesora de Calidad
		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	Se adjunta planes de mejora de habilitación de las subgerencias	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO OPORTUNO	Se documentaron e implementaron los planes de Mejora de los Servicios de Farmacia, Rehabilitación y Consulta Externa	
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 tachones encontrados por historia.	Total de tachones y/o enmendaduras en el total de historias electrónicas revisadas.	El 70% de las historias auditadas no tienen tachones ni enmendaduras.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/11/2018	Archivo adjunto evaluación meses de Febrero, Marzo y Abril de 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la auditoría de las Historias clínicas en físico respectivas.
		Auditoría de historias clínicas para identificar formatos físicos existentes en el interior de la historia clínica 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 sistematizan	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/05/2018	Inventario	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la respectiva auditoría identificando los formatos físicos existentes.
36 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta fallas en la gestión de medicamentos ya que se evidencian medicamentos almacenados en forma no adecuada y sin garantía de la conservación del medicamento, según del medicamento	Instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en áreas de hospitalización.	Instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en áreas de hospitalización.	Cumplimiento de actividades asignadas VS actividades.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez - Profesional Universitario de Mantenimiento.	01/11/2017	01/01/2018	H36/Comunicado Sandra Rodriguez Ingeniera Comunicado Iq. Sandra Rodriguez- Seguimiento a condiciones ambientales.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía nuevamente comunicado a la Ingeniera Sandra Milera Rodriguez Alvarez acerca de la instalación de termohigrómetros y áreas acondicionadas en las áreas de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en el área de hospitalización.
		Adecuar las áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos asistenciales; lugar donde se evidenció el hallazgo.	Evaluación de la necesidad para la instalación de aire acondicionado para el mantenimiento de condiciones ambientales óptimas para el almacenamiento de estos productos.	Cumplimiento de actividades asignadas VS actividades.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez - Profesional Universitario de Mantenimiento.	01/11/2017	01/01/2018	H36/EXISTENCIA DE NEVERA PARA ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS ASISTENCIALES E.S.E HUS LISTADO DE RELACION DE TERMOHIGROMETROS EN LAS AREAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES REALIZADA EN EL MES DIA 13 NOVIEMBRE DEL AÑO 2017	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 termohigrómetros y neveras y los respectivo balances de los mismos. A partir de la visita escrita en los servicios, se identificó la necesidad de instalación de termohigrómetros, se realizó su compra y calibración. Se continúa con la elaboración del protocolo de manejo y formato registro de medición.



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 \_1-2017-190583

NOMBRE DE QUIEN EVALUA EL PLAN DE MEJORA

FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción												
		Registrar diario de temperatura y humedad de los sitios de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos médicos.	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.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helka Anaya Subgerente Servicios de Enfermería	01/11/2017	01/01/2018	H36/COMUNICADO A LA JEFE HELDA AMAYA PARA CAPACITACION EN BPA PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION RESPUESTA AL COMANDO 502-GTSP-0040-2018 JEFE HELDA AMAYA SUBGERENTE DE ENFERMERIA LISTA DE CAPACITACIONES A FARMACIA Y SUBFARMACIA LISTA DE CAPACITACIONES A URGENCIAS COMUNICADO JEFE HELDA 1 COMUNICADO JEFE HELDA 2	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCION	31/05/2018	NO OPORTUNO	70%-99%		Se le envía comunicado a la jefe Helka Cecilia Amaya solicitando su colaboración para capacitar al personal de enfermería en el procedimiento de almacenamiento de productos farmacéuticos y la importancia de la toma y registro diario de temperatura y humedad de las condiciones ambientales. En el mes de marzo, el servicio farmacéutico realizó capacitaciones sobre el procedimiento de Buenas prácticas de almacenamiento de productos farmacéuticos en 8 servicios de 16 servicios asistenciales existentes, restan 8 por capacitar. Registro diario de temperatura de los almacenamientos temporales de medicamentos en los diferentes servicios y unidades de acuerdo al formato institucional ENF-R-68.	
		Coordinar con el Servicio de Urgencias la priorización del triaje, seleccionando los pacientes que dado su patología deben ser atendidos en una institución 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.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	H37/DR GOMEZ TORRADO-31 DE MAYO Comunicado Avaro Gomez Torrado Subgerente de Alto Costo-Subgerente de Servicios Medicos E	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se le comunica nuevamente al Dr. Avaro Gomez Torrado, Subgerente de Servicios de Alto Costo, solicitando avances en reforzar Triaje al ingreso de pacientes en urgencias, la coordinación de farmacia cuando los inventarios estén agotados o con baja existencia, avances en la elaboración de las guías de práctica clínica y actualización del listado básico de medicamentos.	
37	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no garantizar los medicamentos que se requieren para el tratamiento intrahospitalario de los usuarios, lo anterior no permite la continuidad del mismo.	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 cuenta con suficiente disponibilidad presupuestal.	Informar en el Comité de Farmacia y Terapéutica de manera oportuna a las diferentes Subgerencias Asistenciales el estado presupuestal de medicamentos/dispositivos para una atención oportuna y continua del paciente hospitalizado	# ACTIVIDADES REALIZADAS# ACTIVIDADES PLANTEADAS	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	H37/COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA MARZO 9 DE 2018 COMITE DE FARMACIA MES DE MARZO 2018 PRESUPUESTO	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	09/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se presentó en el comité de Farmacia y terapéutica correspondiente al mes de febrero 2018 el informe presupuestal del servicio farmacéutico	
		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 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	H37/COMUNICADO JEFE HELDA 1 COMUNICADO JEFE HELDA 2 Comunicado Helka Anaya Subgerente de Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se le envía un comunicado a la jefe Helka Cecilia Amaya solicitando su colaboración en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Administración Segura de Medicamentos. Con fecha 31 de mayo de 2018, nuevamente se envía comunicado a la jefe Helka Cecilia Araya solicitando avance sobre el protocolo de Seguridad del Paciente	
		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.	Presentar en el Comité de Farmacia y Terapéutica 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	H37/COMITE DE FARMACIA MES DE MARZO 2018 Listado basico de medicamentos E.S.E HUS-bomador	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se Estableció el listado básico de medicamentos institucional.	
38	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.	Garantizar la verificación del estado de limpieza y desinfección de cada dispositivo médico durante la etapa de lavado	Solicitud y compra de equipos biomédicos que permitan verificar el estado de limpieza y desinfección, integridad, funcionalidad de cada dispositivo antes de realizar reprocesamiento	Numero de dispositivos medicos reprocesados y utilizados a satisfaccion/Total de dispositivos medicos reprocesados y utilizados	100	Juan Pablo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas jefe, Jessica S. Rojas Enfermera Coordinadora Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018	Copia de correo enviado a Mantenimiento con la respuesta de la empresa Ascani Group acerca del luminómetro. Se adjunta oficio enviado a Mantenimiento, solicitando adquisición del equipo. Se adjunta copia del correo electrónico enviado a Recursos Físicos.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se solicitó mediante oficio de equipo (luminómetro) para verificación del estado de los dispositivos antes de realizar el reprocesamiento. Se envió correo electrónico a la jefe de Recursos Físicos solicitando respuesta al oficio enviado previamente. A la fecha no se ha obtenido respuesta.	
		Identificar lista de dispositivos médicos y realizar trazabilidad del uso del mismo	Evaluar el plan de mejora que se radica a subgerencia quirúrgica relacionado al cumplimiento de las 8 etapas del reprocesamiento de un dispositivo médico			Juan Pablo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas jefe, Jessica S. Rojas Enfermera Coordinadora Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%			
		Revisar la ficha técnica y el listado de los dispositivos médicos con el fin de verificar si se permite reusar o no dichos dispositivos.	Revisar la ficha técnica y el listado de los dispositivos médicos con el fin de verificar si se permite reusar o no dichos dispositivos.			Juan Pablo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas jefe, Jessica S. Rojas Enfermera Coordinadora Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%			
39	La ESE Hospital Universitario de Santander, no garantiza la cadena de frío de los medicamentos que lo requieren.	Detectar la necesidad de dotación técnica de neveras para el almacenamiento de medicamento que requieren cadena de frío y gestionar ante mantenimiento la compra de faltantes evidenciados.	Informar a la oficina de mantenimiento el listado de neveras en los servicios asistenciales hallados	# ACTIVIDADES REALIZADAS# ACTIVIDADES PLANTEADAS#10 0	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez Profesional Universitario Mantenimiento	01/11/2017	05/02/2018	H38/Comunicado Sandra Rodriguez Ingenua	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/02/2018	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 médicos en los diferentes Servicios Asistenciales.	
		Implementar el procedimiento de buenas prácticas de almacenamiento de productos farmacéuticos	Socializar el FC-PR- Buenas Prácticas de Almacenamiento 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	01/11/2017	31/01/2018	H39/04 procedimiento de almacenamiento de productos F. Comunicado a la jefe Helka Amaya RESPUESTA AL COMANDO 502-GTSP-0040-2018 JEFE HELDA AMAYA SUBGERENTE DE ENFERMERIA TEMPERATURA PEDIATRIA TEMPERATURA LICIA TEMPERATURA LICIA PEDIATRICA TEMPERATURA-MEDICINA INTERNA	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCION	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		El procedimiento de Almacenamiento de productos farmacéuticos, ha sido revisado y validado en la Oficina Asesora de Calidad para su formalización institucional. Se anexa evidencia de la toma de temperatura y humedad relativa.	



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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Nombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
		Actualización del procedimiento FC-PR- Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos Farmacéuticos	Actualización del FC-PR- Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos Farmacéuticos				Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/11/2017	31/01/2018	Procedimiento de Almacenamiento de productos Farmacéuticos.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOOPORTUNO	70%-99%	El procedimiento de Almacenamiento de productos farmacéuticos, ha sido revisado y radicado en la Oficina Asesora de Calidad para su formalización institucional.	
40	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al realizar reenvase de medicamentos y no contar con un protocolo para dicha actividad.	Reforzar la dispensación de medicamentos en dosis unitaria	Revisar el listado de medicamento institucional y dispensarlos en dosis unitaria a la mayor cantidad de ellos que por su estabilidad lo permitan.	# MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN DOSES UNITARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES/ TOTAL	<100%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H40Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente Estabilidades de antibióticos y psiticos DOSS UNITARIA DOSS UNITARIA DE ONCOLOGIA PALATIVOS COMUNICADO JEFE HELDA COMUNICADO JEFE HELDA ESTABILIDAD DE MEDICAMENTO ANTIBIOTICOS ESTABILIDAD MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se ha establecido la estabilidad de medicamentos antibióticos y oncológicos para dispensarlos en Dosis Unitaria.
		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	MEDICAMENTOS DISPENSADOS A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helda Amaya Subgerente Servicios de Enfermería	15/11/2017	31/12/2018	H40Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente. Actas del comité de protocolos de enfermería ACTA N° 19 COMITÉ DE PROTOCOLOS	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se le envía un comunicado a la jefe Helda Cecilia Amaya solicitando el "Protocolo Administración segura de medicamentos", según actas del comité de producciones 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	
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 FARMACIALES	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H41LISTA DE ASISTENCIAS CAPACITACIONES SOBRE BPA	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	De los 16 servicios asistenciales, se realiza capacitación a 8 servicios sobre el procedimiento de devolución de medicamentos y dispositivos médicos a la Farmacia y subfarmacia.	
			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.	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.	#DEMANDAS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS REALIZADOS	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H41Auditorías a los Servicios Asistenciales E.S.E HUS en Ronda de Seguridad del Paciente RODAS DE SEGURIDAD	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia	
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 médicas.	Informar el marco legal a todos los servicios asistenciales acerca de la prohibición de muestra médicas en la institución	# 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 Medicos Aviano Gomez Torrado Subgerente De Servicio De Alto Costo Jurg Niederbacher Velásquez Subgerente De Mujer E Infancia Juan Paulo Serrano. Subgerente De Especialidades Quirúrgicas. Sigfredo Fonseca Subgerente De Apoyo Diagnóstico. Luis Hernán Triana Profesional Universitario de Servicios Básicos	15/11/2017	31/12/2018	H42BPA Comunicado a diferentes subgerentes de E.S.E HUS Comunicado Luis Hernan Triana Subgerente Servicios Asistenciales- Profesional de Servicios Básicos Diapositivas Socialization PBA y Prohibición de muestras medicas- respuesta del dr. JURG LISTADO DE ASISTENCIA REUNION CONL INFO. SUB MUJER E INFANCIA FEBRERO 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/02/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado al Profesional Universitario de Servicios Básicos Subgerencias Asistenciales, solicitando su colaboración para capacitar al Personal Médico Asistencial en lo referente a la Prohibición de Muestras Médicas en la E.S.E HUS. 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 general 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".
			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.	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.			Juan Paulo Serrano. Subgerente De Especialidades Quirúrgicas. Sigfredo Fonseca Subgerente De Apoyo Diagnóstico. Luis Hernán Triana Profesional Universitario de Servicios Básicos	15/11/2017	31/12/2018	H42RODAS DE SEGURIDAD	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
			Planificar las fechas con el Equipo de Mejoramiento Institucional de la Autoevaluación 2017 para iniciar el Cuarto Ciclo de preparación a la Acreditación.	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 2017 por grupo de estándares.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	14/11/2017	31/10/2018	Cronograma de jornada de autoevaluación. Listados de asistencia, Listados de asistencia, Informe.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la jornada de Autoevaluación planeada según cronograma.
			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.	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.	Programa de Seguimiento trimestral presentado sobre Número de informes de seguimiento programados por...	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	14/11/2017	31/10/2018	Cronogramas de seguimientos. Listados de asistencia a la ejecución del primer seguimiento de los 4 que se senen programados para la vigencia 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó el cronograma de los seguimientos que se realizarán en la vigencia. Se realizó el primer seguimiento al Cuarto Ciclo de preparación para la acreditación.
			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.	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.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de Certificaciones trimestrales presentadas sobre Número de certificaciones programadas por...	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Jefe de Oficina de Control Interno.	14/11/2017	31/10/2018	CERTIFICACION ACREDITACION	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Las certificaciones trimestrales se empezaran a expedir cuando los avances del proceso de acreditación se carguen al SPA. El cierre del cuarto ciclo se realizará a finales de la vigencia 2.018. Se realizó la primera certificación que corresponde al primer seguimiento programado.	

FORMA POR LA CUAL SE DETECCÓ 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							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
															Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora
43	ASISTENCIAL	El 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.	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.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de documentos elaborados sobre el Cuarto Ciclo 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018	GMC-CA-PR-07 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL EN LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS. GD-GE-FO-09 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	30/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se realizó el primer seguimiento en donde se consolida en cada uno de los grupos de estándar las acciones de mejora en estado completo.	
			Realizar las actividades correspondientes para construir el documento soporte del aprendizaje organizacional del Cuarto Ciclo, finalizado el 30 de Septiembre de 2018.	Porcentaje de Cumplimiento: Número De Actas de Grupo Primario realizados sobre documentación para estandarizar y mantener las mejoras alcanzadas en cada proceso.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018	Se anexan actas de grupos primarios. Consolidado de actas de grupos primarios.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se soportan actas de grupos primarios llevados a cabo en los meses de Enero y Febrero con los temas socializados en el punto 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. En Enero con un total de 13 y en Febrero 13. Marzo y Abril se soportan con las Actas de Grupos Primarios para el mes de Marzo 23 y Abril 16.	
			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.	Número de resultados del mejoramiento de la calidad comunicados sobre Número de resultados obtenidos del mejoramiento de la calidad 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se realizará la socialización de los avances obtenidos en el primer seguimiento en la Junta Directiva el día 13/06/2018 y así mismo se resalta que en las fechas en las que se realizan los seguimientos se retroalimenta el estado de avance a cada grupo de estándar.		
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, si no incorporar los esfuerzos de auditoría interna como parte del PAMEC.	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	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.
			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.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de acciones de auditoría 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	Informe de Seguimiento de las auditorías realizadas a Marzo de 2018.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Dentro del PAMEC se encuentran los cronogramas de las respectivas auditorías internas. Se recibió el informe de las auditorías programadas/auditorías realizadas.	
			Elaborar y socializar a el informe de resultados de las mejoras generadas al Equipo de Mejoramiento Institucional, procesos y subprocesos.	Número de mejoras socializadas e implementadas sobre el Número de las programadas en el periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018		La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se presenta el primer avance de seguimiento a la Junta Directiva	
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 mejoramiento formuladas para alcanzar la calidad esperada y su evidencia documental, respecto a lo planeado en los planes de mejoramiento, incluyendo los seguimientos desde el subcontrol y de la auditoría interna para lograr que las mejoras se implementen y se mantengan en el tiempo.	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 periodo.	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	Formato de seguimiento con los resultados del avance del primer seguimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se definen los tiempos para cada acción de mejoramiento de cada oportunidad de mejora
			Asegurar el cumplimiento de los compromisos verificables en las fechas establecidas para su ejecución (fecha lógico - fecha final), en los Planes de Mejora y su respectivo seguimiento a las mejoras implementadas.	Porcentaje de evidencia Número de documentos/produtos entregables que soportan el cumplimiento de cada acción de mejora sobre el Número total de documentos entregables programados por periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Formato de seguimiento con los resultados del avance del primer seguimiento.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se realizó la consolidación de carpetas por Grupo de Estándar con los soportes de las acciones en estado completo. Se entrega Formato de seguimiento con los resultados del avance del primer seguimiento.	
			Implementar el nivel de subcontrol 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 Subcontrol 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	Formato seguimiento con los resultados del avance del primer seguimiento	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se realizó la retroalimentación en los días programados para el primer seguimiento del estado de avance según las acciones programadas.	
			Elaboración anual del plan de acción de vacunación entregada a la secretaría de salud municipal	Número de planes de acción entregados a áreas de control		Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/01/2018	H46/SOPORTES HALLAZGO N° 46 ACTIVIDAD 1	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 Secretaría Municipal de Salud.

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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
46 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, probablemente subregistró o no realizó en la vigencia 2016, la vacunación oportuna, puntual 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.	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.	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	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	07/01/2018	H46/ACTIVIDAD N° 2	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		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. Entrega de los informes de la población vacunada al área de epidemiología de la ESE HUS de los meses de marzo, abril y mayo de 2018 con sus respectivas planillas de marzo, abril y mayo.
		Ingresar diariamente al sistema nominal nacional PAI WEB los biológicos administrados a la población objeto en la ESE HUS.	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 PAIWEB al mes	30	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia soporte de dos días (22/03/2018, 22/04/2018 y el 22/05/2018) del registro día en la PAI WEB. Se adjunta informe del total de las cantidades ingresadas de los biológicos administrados durante los meses de enero y febrero de 2018 al PAIWEB (1 Folio). Cabe resaltar que el sistema PAIWEB se encuentra al día por parte de la ESE HUS.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se registra diariamente los biológicos administrados de la población objeto en el sistema nominal nacional PAIWEB y se adjunta el informe consolidado del total de los biológicos administrados en los meses de enero y mayo de 2018
		Realizar informe mensual de población recién nacida no vacunada con BCG y Hepatitis B en la ESE HUS.	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 / x 100 Total de recién nacidos atendidos en la ESE HUS	80	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Informe mensual a causas de no vacunación en la ESE HUS a población Bucaramanga y otros municipios. Se realiza informe de causas de no vacunación de marzo a mayo de 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Desde el mes de enero a mayo se vacunaron a 1001 recién nacidos. Se realiza informe mensual a causas de no vacunación en la ESE HUS a población Bucaramanga y otros municipios. Se realiza informe de causas de no vacunación de marzo a mayo de 2018
		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	Realizar seguimiento diario intrahospitalario a la población no vacunada para lograr el esquema completo al recién nacido antes de su egreso	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	80	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta algunas evidencias de registro diarios de ronda de vacunación en el área materno infantil.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	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.
		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	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	Número recién nacidos vacunados del municipio de Bucaramanga / x 100 Total de citaciones programadas en el mes en la ESE HUS	80	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Abril. Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Mayo. Se adjunta carne de citación.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó informe mensual de indicador de no vacunación en la ESE HUS.
		Realizar seguimiento a la productividad mensual de la población vacunada por grupo etario en la ESE HUS.	Realizar informe mensual de la productividad mensual del servicio de vacunación de la ESE HUS.	Número de informes entregados a la Subgerencia de Servicios de Enfermería / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de la entrega del informe a la Subgerencia de enfermería	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se entregó informe de relación diaria de población vacunada en el mes de marzo a 277 personas, en el mes de abril a 323 personas y en el mes de mayo a 307 personas para un total de 907 personas.
		Realizar informes mensuales de la población objeto del programa de vacunación en la ESE HUS.	Realizar informes mensuales de la población objeto del programa de vacunación en la ESE HUS.	Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencias de los meses de marzo a mayo	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó informe de consolidado mensual de los meses de enero y mayo distribuidos por régimen contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y otros de la población objeto del programa.
		Cumplir con las metas programáticas para la ESE HUS de acuerdo a los lineamientos de la Secretaría de Salud Municipal para la población Recién nacida, menor de 1 año, mayor de 1 año y 5 años.	Realizar informe trimestral de los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación	Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informe de los meses de marzo, abril y mayo de los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se elaboró informe de los meses de marzo, abril y mayo de los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación.
		Realizar informe de indicadores de vacunación de acuerdo a las metas programáticas asignadas para la ESE HUS.	Realizar informe de indicadores de vacunación de acuerdo a las metas programáticas asignadas para la ESE HUS.	Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Informe de indicadores de vacunación desde enero a mayo de 2018.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se elabora informe de indicadores de vacunación desde enero a mayo de 2018.
		Realizar captación mensual de susceptibles para Fiebre Amarilla y Triple Viral de acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de Protección Social.	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 Secretaría de Salud Municipal / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helka Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia del envío del informe a la Secretaría de Salud Municipal	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	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.

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 EVALÚA EL PLAN DE MEJORA

FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones			
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	
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 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 generacional 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); INTERCONSULTA S, CONSULTAS MEDICAS ETC.; FACTURACION / SEAN FACTURADAS SEGUN Normas de pago CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	100%	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	H7BASES DE DATOS OPORTUNIDAD INTERCONSULTA DE DICIEMBRE 2017-MAYO 2018 24 HR URGENCIAS copia de actas de reunion - facturacion dest servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza base de datos de la oportunidad en las interconsultas desarrolladas en el Servicio de Urgencias. Se realiza reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evalua 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	
		Realizar seguimiento mensual a los indicadores de: interconsultas, consultas especializadas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas )	A través de la jefatura de urgencias e interventoría de facturación se realizó 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.	Sumatoria total de todas las actividades realizadas, discriminandolas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas); SEAN FACTURADAS SEGUN Normas de pago CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	100%	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	copla de actas de reunion - facturacion dest servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%			Se realiza reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evalua 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
		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)	Medir la producción y facturación de las actividades en el servicio de urgencias ( menor o igual a 24 horas)	Sumatoria total de todas las actividades realizadas, discriminandolas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas); PRODUCCION X 100	100%	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	copla de actas de reunion - facturacion dest servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%			Se realiza reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evalua 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
		Ajustar según resultados el proceso según el autocontrol	Elaborar e implementar acciones de mejora	Numero de historias clinicas/Numero de actas realizadas	100%	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	copla de actas de reunion - facturacion dest servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%			Se realiza reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evalua 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
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 mortalidad materna extrema en los formatos preestablecidos por el HUS	Llevar consecutivos de las actas con soportes de asistencia y archivar.	Numero de historias clinicas/Numero de actas realizadas	100%	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/01/2018	31/12/2018	Actas de reunion GGDQ-FO-12, versión 4 Proceso Gestión Integral de la Información N7.8.9.10.11.12.13.14.15.16	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizaron reuniones, tema Movilidad Materna Extrema	
49 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta inconsistencia 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 información de eventos de interés en salud pública	1.Analizar la información de las diferentes fuentes, relacionada con eventos de interés en salud pública. 2. Crear herramientas para consolidación 3. Garantizar el debido reporte de la información 4. Capacitar las personas que reporten la información y realizar seguimiento mensual	numero de eventos de interes en salud publica capturados/numero de eventos de interes en salud publica reportados	100%	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/06/2018	31/12/2018	Formato de Eventos de interes capturados y reportados FORMATOS DE FICHAS DE CALIDAD 001	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se han analizado las diferentes fuentes de información: Mortalidad y Nacimientos registrados, fichas epidemiológicas, RPS y se contrastan con lo informado en el SVIGSLA. Se creó herramienta para contrastar entre las fichas epidemiológicas recibidas en la oficina de vigilancia epidemiológica y lo registrado en el SVIGSLA.	
50 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta inconsistencia 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 causas.	Capacitar al personal asistencial sobre la identificación de patologías de interés público y el correcto y oportuno diligenciamiento de las fichas epidemiológicas.	A través de grupos primarios de servicios asistenciales realizar dicha capacitación. A través de moodle montar capacitación	numero de personas capacitadas/total personal asistencial	80%	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/11/2018	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%		No aplica para este seguimiento	
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 acción 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		Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional	31/06/2018	31/12/2018	Informe de estado de obras UCI	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó el Contrato No. 143 de 2018 en cuyas obligaciones se encuentra la elaboración del "Estudio de suficiencia de la oferta real y potencial para el portafolio que tiene asignado según documento de red del departamento", el cual se encuentra en ejecución y a la espera del informe final.	
52 ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no presentar disponibilidad de agendas de algunos 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 especialidades 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 - Subgerente Ambulatorios	01/12/2017	30/03/2018	1) Comparativo productividad enero - febrero de 2018 Fisiatría 2)Comunicaciones notificación ampliación de oferta Oftalmología, Coloproctología y Medicina Interna 3)Indicador oportunidad especialidades validadas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	1) Contratación adicional de seis (6) horas semanales en la oferta de Consulta Externa en la Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. 2) Oferta adicional de diez (10) horas semanales en Consulta Externa en la Especialidad de Oftalmología. 3) Ajuste de agenda de diez (2) horas semanales en la oferta de Consulta Externa en la Especialidad de Coloproctología. 4) Jornadas adicionales de Consulta en la Especialidad de Medicina Interna los días 23 y 30 de enero de 2018 (8 horas adicionales). 5) Verificación y Ajuste de horario de todas las especialidades ofertadas en consulta externa de acuerdo a lo contratado. 6) Seguimiento mensual a la oportunidad en la oferta de consulta en estas especialidades	
		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 mensual de eventos e incidentes asociados con la atención en salud dentro de la ESE HUS.	Numero de multiplicadores formados	20	Subgerentes Tecnico Cientificos Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Listado de asistencia.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Diciembre: Capacitación a coordinadoras de enfermería. Taller abordaje de seguridad del paciente desde el ministerio de salud y protección social a 64 colaboradores ( líderes de acreditación, coordinadores médicos, profesionales de las subgerencias y servicios, coordinadoras de enfermería, subgerentes, profesionales administrativos).	
		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	20	Subgerentes Tecnico Cientificos Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Formatos de listas de asistencia a grupos primarios noviembre 2017 Plataforma de reporte seguridad del paciente SEPA.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se socializó en grupos primarios del mes de Noviembre de 2017 el tema: reporte de incidentes y eventos adversos. En las rondas de seguridad del paciente y sesiones breves se hace énfasis en la cultura del reporte.	

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO					SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
53 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta prácticas inadecuadas y acciones inseguras en la prestación del servicio, que evidencian a la no implementación del programa de seguridad institucional establecido.	Capacitar en los servicios sobre temas de seguridad del paciente.	Definir programa de inducción y reintroducción 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 Técnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Partialazo de correo enviado a talento humano con las necesidades de educación en temas de seguridad del paciente para 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	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 reintroducción de manera presencial durante el año 2017 y durante el año 2018 por medio de la plataforma Moodle. Desde finales de Enero de 2018 a 31 de mayo de 2018 han presentado inducción 1001 colaboradores
		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 Técnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	28/02/2018	Partialazo 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 servicios (pediatría, UCI, cirugía general, neonatología). De 01 de Octubre de 2017 a 28 de Febrero de 2018 se han realizado 1200 reportes
		Implementar las recomendaciones emitidas en las guías de buenas practicas en la seguridad del paciente en la atención en salud establecidas a nivel nacional	A través de líderes establecidos para la implementación de buenas practicas en la seguridad del paciente, priorizando las 7 metas establecidas en la institución ESE HUS	Porcentaje de cumplimiento a las 7 metas de seguridad del paciente priorizadas en la ESE HUS	>90% de cumplimiento.	Subgerentes Técnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Listas de chequeo de avance en la implementación de las buenas practicas priorizadas. Listas de asistencia a reuniones programadas. Actas de reuniones con los líderes de las buenas practicas priorizadas. Listas de asistencia reuniones con profesores y estudiantes de la UIS. Partialazos de agenda de los comités de seguridad del paciente.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO OPORTUNO	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 practicas. Seguimiento a las actividades pendientes de realizar con los líderes y concreción de actividades con profesores y estudiantes de la UIS para apoyo a la implementación de los paquetes instruccionales. Presentación de avance de implementación de paquetes instruccionales de caídas, UPP, identificación en el comité de seguridad del paciente.
54 ASISTENCIAL	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 educativo 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 Claudia Juliana Roa Artila Profesional Universitario Almacén	01/01/2018	31/12/2018	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
		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					* Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017. * Despacho de toallas desechables para el lavado de manos a los servicios	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	70%-99%	CERRADO OPORTUNO	* Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017. * Despacho de toallas desechables para el lavado de manos a los servicios
		Realizar campañas educativas de autocuidado 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 = % De accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo / total de horas hombre trabajadas en el periodo) X 240000			Damary Rueda Sanchez, Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	H54/54.CAPACITACION BRGADA EMERGENCIAS ABRIL 54.NORMAS BIOSEGURIDAD AUTOCUIDADO- abril CAPACITACION EN INSPECCIONES DE SEGURIDAD AL COPASST	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO OPORTUNO	Capacitación en Normas de bioseguridad Capacitación en relaciones interpersonales. Campaña alivia al día mundial de No fumador Revisión por la alta dirección del SG-SST Caracterización del SG-SST
		Promover, desarrollar y evaluar estrategias para apropiar la cultura del autocuidado en los trabajadores de la institución independientemente del tipo de vinculación laboral	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 / total de días cargados en el periodo / 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	H54/54 INFORME DE INSPECCION- PROFESIONAL ENFERMERIA 54 INFORME DE INSPECCION-PROF. ESPEC TALENTO HUMANO INSPECCION EN NORMAS DE BIOSEGURIDAD INSPECCION NORMAS DE BIOPROTECCION- PEDIATRIA-GENCO INSPECCION NORMAS DE BIOSEGURIDAD- URGENCIAS-INSPECCION EN NORMAS DE BIOSEGURIDAD- MAYO	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO OPORTUNO	Inspecciones ergonomicas a los puestos de trabajo. Inspecciones de verificación del cumplimiento de normas de bioseguridad Rondas técnicas de seguridad del ambiente físico.
		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: (numero 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	H54/54 ENVIO DOSIMETROS PERIODO ABRIL-MAYO DIVULGACION POLITICA AL COPASST DIVULGACION POLITICAS DIVULGACION REGLAMENTO DE HIGIENE DIVULGACION REGLAMENTO DE HIGIENE DIVULGACION SG-SST ENVIO DOSIMETROS MARZO-ABRIL ENVIO DOSIMETROS PERIODO FEBRERO-MARZO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECAMBIO PERSONAL RECAMBIO DOSIMETROS MARZO-ABRIL 2018 ENTREGA DOSIMETROS PROVISIONALES	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO OPORTUNO	Divulgación de política de Seguridad y Salud en el Trabajo Divulgación de política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. Divulgación del reglamento de Higiene y seguridad industrial Socialización del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. Recambio mensual de dosímetro al personal ocupacionalmente expuesto en Tramitar la entrega de elementos de protección personal de las diferentes áreas.

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 1-2017-190583

NOMBRE DE QUIEN EVALUA EL PLAN DE MEJORA

FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO								SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones	
																	Acciones de mejoramiento
		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/Num de capacitaciones programadas *100	100	Laura María Ardila Pimiento Profesional Universitario Área de la Salud Laboratorio Clínico	1/03/2018	31/12/2018	H4/ASISTENCIA CAPACITACION SEGUNDA FASE EVIDENCIA DE LA ORGANIZACION DE LA CAPACITACION DEL 27 DE ABRIL DE 2018 LISTADO DE ASISTENCIA CAPACITACION 16-03-2018_1 LISTADO DE ASISTENCIA CAPACITACION LABORATORIO CLINICO ABRIL OFICIO ENFERMERIA 2_1 (1) PROGRAMACION CAPACITACIONES_1	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	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. realizándose cada día cuatro capacitaciones en total. Capacitación realizada el día 27 de abril de 2018 de 8:00 a 11:00 am, realizándose 3 capacitaciones ese mismo día	
51	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 laúd, 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.  Proyectar los gastos de material de la central de esterilización e incluidos 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 Pablo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas	15/11/2017	31/12/2018	* Comunicado 3000-ase-30-2018 Relación de Faltares De Traumas médicos Central de Esterilización. * Comunicado Heida 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. * Correo electrónico enviado por la Central de Esterilización al subgerencia Quirúrgica con la respectiva cotización del kit de cepillos de limpieza. * Copia de correos electrónicos enviados desde Central de Esterilización a la Subgerencia Quirúrgica, donde se informan los insumos que se requieren para el	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	12/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado a la jefe Heida Cecilia Amaya solicitando su colaboración en la entrega de los insumos para el área de esterilización. Se solicitó por parte de Central de Esterilización cotización de cepillos de limpieza a la empresa Biotronitech. Central de Esterilización ha enviado correos a la Subgerencia Quirúrgica informando los insumos requeridos para realizar un adecuado abastecimiento.	
56	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al presentar productos finales del material estéril donde solo se identifica con fechas de esterilización y no fechas de vencimiento de los paquetes, y algunos sin cinta indicadora, responsable, nombre del producto, y/o esterilizador (número de carga, no mantenimiento de equipos, higiene inadecuada.	Centralizar el proceso de esterilización y realizar cada una de sus etapas en una sola área en este caso 0° piso, para garantizar el control y la calidad del servicio.  Realizar un inventario de los equipos biomédicos (Autoclaves), instrumental quirúrgico y hacer la ficha técnica de cada uno de estos equipos para implementar el cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo. Así como la bajas de equipos dañados	Controles de equipos con resultados correctos Total de controles de equipos realizados 100  Controles de carga con resultados correctos Total de controles de carga realizados 100  Controles de paquetes con resultados correctos Total de controles de paquetes realizados 100	100	Juan Pablo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo  Juan Pablo 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	Se adjuntan fotografías de Central de Esterilización en piso sexto.  inventario técnico. Oficio solicitando inventario y fichas técnicas de los equipos biomédicos e instrumental quirúrgico. Reporte de indicadores enviados a la oficina de Calidad Oficio solicitando inventario y fichas técnicas de los equipos biomédicos e instrumental quirúrgico. Se adjunta reporte de indicadores correspondiente a los meses marzo, abril y mayo.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó verificación del funcionamiento del proceso de Esterilización, el cual se encuentra centralizado en el sexto piso, junto a quirófanos, garantizando el control y la calidad del servicio.	
57	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, evidencia la inexistencia y falta de disponibilidad de un número importante de medicamentos e insumos médico quirúrgicos al momento de la auditoría, algunos de los cuales resultaban críticos para la atención de pacientes, exponiendo a riesgo 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.  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 cuenta 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.  Actualizar el 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.	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.  Realizar seguimiento a la modificación e implementación de las guías de práctica clínica por medio del Programa de Atención Farmacéutica.  Hómar en el Comité de Farmacia y Terapéutica 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 Terapéutica el listado básico de medicamentos actualizado a las diferentes subgerencias institucionales.	# 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  Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia  Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia  Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	Comunicado Alvaro Gómez Torrado Subgerente De Alto Costo-Subgerente De Servicios Médicos €  Comunicado Heida Amaya Subgerente De Enfermería- Protocolo Guía Seguridad Paciente  Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica  Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado al Dr. Alvaro Gomez Torrado Subgerente de Alto Costo, Subgerente de Servicios Médicos (€) 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.
																	Se le envía un comunicado a la jefe Heida Cecilia Amaya solicitando su colaboración en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Administración Segura de Medicamentos.  se presentó en el comité de Farmacia y terapéutica correspondiente al mes de febrero 2018 el informe presupuestal del servicio farmacéutico
																	se presentó en el comité de Farmacia y terapéutica correspondiente al mes de febrero 2018 el listado básico de medicamentos institucional.



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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones	
		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
58	ASISTENCIAL	Señalar los productos Farmacéuticos acorde a su fecha de vencimiento en su almacenamiento y en el sistema Dinamica General.	Actualización del FC-PR- Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos Farmacéuticos	# De servicios asistenciales participantes en detectar y reportar medicamentos y dispositivos médicos con fecha menor a dos meses de vencimiento, mensualmente/ totalidad de servicios asistenciales.	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H58LISTA DE CAPACITACIONES SOBRE EPA RADICADO CALIDAD PROCESOS	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		El Procedimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento se ha revisado y radicado en la Oficina Asesora de Calidad para su institucionalización; pero se ha iniciado la socialización del mismo a 8 servicios de 16.
		Disponer de medicamentos y dispositivos médicos con fechas de vencimiento superior a tres meses en los servicios asistenciales.	Eligir a los proveedores el suministro de medicamentos con mínimo un año de vida útil.	Mayor del 90%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H58REQUERIMIENTO MEDICAMENTOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza requerimiento de medicamentos en el cual se establece que los medicamentos solicitados deben ser entregados a la Farmacia con mínimo 12 meses de vencimiento.
		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 Almacenamiento 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	H58LISTA DE CAPACITACIONES SOBRE EPA	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%			El Procedimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento se ha revisado y radicado en la Oficina Asesora de Calidad para su institucionalización; pero se ha iniciado la socialización del mismo a 8 servicios de 16.
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 usados, 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.	Documentar el proceso de despacho y control de medicamentos, dispositivos médicos e insumos dirigidos al consumo.	10	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H59RADICADO CALIDAD PROCESOS	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%		El Procedimiento se encuentra en revisión de la Oficina Asesora de Calidad
		Establecer mecanismos que permitan el control de existencia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos dirigidos al consumo en las diferentes procedimientos asistenciales en cantidades adecuadas.	Establecer máximos y mínimos de insumos de consumo de cada servicio asistencial y despachar los productos acorde a estas estadísticas.	Numero de medicamentos devueltos por cada servicio / Total de medicamentos entregados al servicio	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H59MAXIMO Y MINIMOS- MARZO ABRIL-MAYO	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	21/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elabora informe de máximos y mínimos mes marzo-abril y mayo.
		Revisión de stock de inventario en los diferentes servicios asistenciales por parte de los regentes de farmacia.	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	H59RADICADO CALIDAD PROCESOS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%			El Procedimiento se encuentra en revisión de la Oficina Asesora de Calidad
			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	H59CONSUMO EN MARZO-ABRIL-MAYO	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%			Se estableció los consumos en los diferentes servicios para el almacenamiento de insumos.
			Suspender la producción de aire medicinal hasta tanto se cuente con la certificación en BPM.	% de avance de Ejecución del proyecto DE CONSTRUCCION, COMPRA DE EQUIPOS Y CERTIFICACION EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA GASES MEDICINALES - INVIMA = (actividades desarrolladas / Numero de actividades programadas)*100	Edgar Julián Niño Carrillo - Gerente Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Sandra Rodríguez - Profesional Universitario Mantenimiento Manuel de Jesus Jimenez - Profesional Universitario de Farmacia.	01/12/2017	31/12/2019	H60COMPRESOR NUEVO CONSULTORIA CORREOS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		
60	ASISTENCIAL	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.	Cumplimiento del 100% de ejecución en Entregas, implementación y resultado.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	10/11/2017	31/12/2019	H60CONSULTORIA CORREOS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Teniendo en cuenta el estado de obsolescencia de los compresores existentes y de la falta de recursos económicos para respaldar el proyecto de construcción, durante el año 2016, la ESE HUS realizó la adecuación civil y suministro de manifold de aires 2x12 bajo contrato No 167716 y la instalación y suministro de un sistema de aire, bajo contrato No 242116, con el fin de resguardar el área y la tecnología, todo en pro de garantizar un mejor suministro del aire medicinal a los pacientes.
		Lograr la ejecución del proyecto de construcción, compra de equipos y certificación en buenas prácticas de manufactura para gases medicinales - INVIMA	(Número 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		Se adjunta listado de personas capacitadas con sus respectivas calificaciones de la evaluación.	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Actualmente, se han sostenido conversaciones con empresas como LNDE, CRYOGAS y PRAXAIR, interesadas en el proyecto, con el fin de evaluar la viabilidad de un comodato o apoyo tecnológico que beneficie ambas partes, a costos razonables, utilizando los equipos existentes en la institución, para lo cual, dichas empresas se encuentran realizando los estudios pertinentes.
		Realizar auditorías no anunciadas en los servicios para verificar la segregación de la fuente.	(Número 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		Se adjunta Informe de Auditorías.	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realizó auditoría a los servicios de: Cirugía General, Hospitalización de ginecología, Unidad de cuidado intensivo adulto, Unidad de quemados y sala de partos.
		Realizar charla al personal que se encuentra de turno al momento de la auditoría.	(Número 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		Se adjunta listados de asistencias.	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realizó charla al personal que se encontraba de turno en los servicios de: Hospitalización de ginecología, Unidad de cuidado intensivo adulto, Unidad de quemados y sala de partos.
60	ASISTENCIAL	Capacitar en los diferentes servicios en la clasificación de los residuos hospitalarios.	Asistir proyecto adecuación cuartos de clasificación y disposición de residuos	Proyectos presentados	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos	22/11/2017	31/03/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	NO OPORTUNO	0%		En el PMA (Programa Médico Arquitectónico) se encuentran los diseños de los cuartos de residuos intermedios, se ejecutaron cuando se tenga disponibilidad de recursos financieros.
		Ejecución de obras	Contrato de obra ejecutado	1	04/06/2018	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%		Cuando existan los recursos financieros y contratos respectivos.	



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

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUE?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones		
		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	
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	Índice de personal capacitado en EPP=(No de Personal capacitado)/(No de personal adscrito al servicio) % cumplimiento de EPP=(# de Epp Entregados al personal) (# de Epp Requeridos)*100	100	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos.	08/11/2017	17/11/2017	Se anexan evidencias en 56 fotos útiles.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	17/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO	Se realizaron jornadas de sensibilización en la importancia y el uso adecuado de los EPP
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. Hacer diagnóstico de la situación institucional. Elaborar documento según estudio institucional. Implementar el documento y hacer seguimiento	Documentos elaborados, socializados y evaluados	1	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018 15/01/2018 15/01/2018 15/01/2018	01/06/2018 01/06/2018 01/06/2018 01/06/2018	Acta N. 3 del CHGRD del 23 de marzo de 2018. Acta N. 4 del CHGRD del 20 de abril de 2018. Borrador de Acta N. 05 del CHGRD del 30 de mayo de 2018 en proceso de aprobación de acta en reunión de junio. Documento plan de contingencia en situaciones de crisis. Documento socialización	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El 23 de marzo de 2018 en reunión ordinaria del Comité Hospitalario para la gestión del Riesgo de desastres se presentó el plan de contingencia frente a situaciones de crisis, para su aprobación; el comité solicita incorporar el plan de contingencia para riesgo biológico. El 20 de abril de 2018 en reunión ordinaria del Comité Hospitalario para la gestión del riesgo de desastres de la ES HUS se presenta el plan de contingencia de riesgo biológico que hace parte del plan de contingencia frente a situaciones de crisis; los integrantes del comité solicitan revisión de redacción, ortografía y revisión del comité partiendo de seguridad y salud en el trabajo. En reunión del Comité Hospitalario para la Gestión del Riesgo de Desastres del 30 de mayo de 2018 se presenta el plan de contingencia frente a situaciones de crisis incluido el plan de contingencia de riesgo biológico y los integrantes del comité aprueban el plan de contingencia frente a situaciones de crisis.
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 VI Capítulo de la Circular Única por la Superintendencia Nacional de Salud.	Se remite la por 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, concimientos, 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 adjuntando 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 Diagnóstico LADY RODRIGUEZ BURBANO Subgerente de servicios médicos HELOISA CECLA AMAYA DIAZ Subgerente de Enfermería LUAN PABLO SERRANO PASTRANA Subgerente de Servicios Quirúrgicos JURGENE DEBACHER Subgerente Mujer e Infancia ALVARO GOMEZ TORRADO Subgerente de Amb. Costo YOLANDA CEDEL CASTILLO Especializado UFRFSB LUIS HERNAN TRIANA SANDOVAL Prof. Universitario de Servicios Básicos	01/07/2017	31/12/2017	H65MUJER E INFANCIA/Respuestas PQR 223-GTSB-6-2017 del 25 de enero de 2017 223-GTSB-027-2017 del 02 de marzo 2017 223-GTSB-035-2017 del 08 de marzo 2017 223-GTSB-044-2017 del 08 de marzo 2017 223-GTSB-53-2017 del 04 de abril 2017 223-GTSB-064-2017 del 17 abril de 2017 223-GTSB-145-2017 del 23 de junio de 2017 Se adjunta archivos consolidados de PQR en excel y evidencia de la gestión realizada por parte de la Subgerencia Quirúrgica	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. El área de Servicios Básicos ha presentado los planes de mejora correspondiente a los POR enviados por la Oficina del SIAU. La Subgerencia Quirúrgica dio respuesta a 6 de las 9 quejas presentadas por los usuarios en los servicios pertenecientes a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos dentro del periodo marzo-mayo 2018
		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 Segimientos realizados	10 Segimientos		Natali Galván - Profesional Universitario del SIAU	01/07/2017	31/12/2017	Cuadro consolidado de satisfacción global con resultados en excel. Acta de reunión con las diferentes subgerencias	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOOPORTUNO	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 las respectivas subgerencias 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.
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 entrega 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	GUILLELMO GOMEZ MOYA, Subgerente Servicios Ambulatorios Equipo de Nutrición y Dietética y Empresa contratista ECOSERVIR	01/12/2017	31/01/2018	H66-COMPLADO AUDITORIAS- DICIEMBRE 2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó inspección a los carros transportadores por parte de la Supervisión de Ecoservir y las Nutricionistas Clínicas de cada servicio hospitalario.
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.	% de cumplimiento a los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos.	90 a 100%	GUILLELMO GOMEZ MOYA, Subgerente Servicios Ambulatorios Empresa contratista ECOSERVIR S.A.S	01/12/2017	31/01/2018	H67MGN-02 Manual para el Almacenamiento de Alimentos CRE PTGN-01 Protocolo entrega de Dietas CRE PTGN-02 Protocolo de recepción de Alimentos Preparados CRE (1) (listas de chequeo)	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 de la empresa contratista.
		Análisis de la situación y de las condiciones actuales de la infraestructura a intervenir	La ESE 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 Julián Nifio Camilo - Gerente Jefe Oficina jurídica Luis Hernán Triana - Profesional Universitario de Servicios Básicos Equipo de infraestructura y Quimioterapia	31/12/2017		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.
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/o hace en situaciones de hacinamiento.	Elaboración del proyecto arquitectónico para la inversión en adecuación y remodelación de toda el área.	Realizar la contratación de la obra civil.	Área Intervenido	100% del área del Servicio de Oncología y Quimioterapia	Edgar Julián Nifio Camilo - Gerente Jefe Oficina jurídica Luis Hernán Triana - Profesional Universitario de Servicios Básicos Equipo de infraestructura y Quimioterapia	30/04/2018	31/12/2018	Requerimiento simple N° 291	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NOOPORTUNO	34%-69%		Proceso que se encuentra en trámite administrativo, para realizar la contratación de la obra civil. Se inicia por parte de la entidad, proceso de contratación de cuarta cuarta según lo establecido en la normatividad vigente y el procedimiento interno CTR-P-02, procediendo a la radicación de la necesidad por parte de la Unidad Gestora, la expedición de la correspondiente Disponibilidad Presupuestal y se está a la espera de la adecuación de las áreas de asistencia y la ubicación del archivo en el área de oncología, aspectos técnicos solicitados por la unidad gestora, con posterioridad a la radicación del requerimiento. Por parte de la OAJ se impartió derecho frente a la necesidad radicada atendiendo a condiciones jurídicas y técnicas a subsanar para dar inicio al proceso de selección, a la fecha, la solicitud se encuentra en el área gestora.

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN																										
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones														
															Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación						
69	La ESE Hospital Universitario de Santander, no exhibió los procedimientos de Oncología y quimioterapia estandarizados, adaptados y/o adaptados, 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.	Actualizar la Documentación, socialización de los mismos y adherencia: 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.	Definir y priorizar la documentación que debe actualizarse, socializar y evaluar por el personal médico competente	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	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.													
																Elaborar las actualizaciones respectivas	# de guías socializadas / #total de guías a socializar*100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	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 evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	34%-69%	Socialización de los documentos: Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Mama. GA-ONC-GU-08, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Próstata. GA-ONC-GU-10, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Estómago. GA-ONC-GU-07, Versión 2, Marzo de 2017
																Revisar y aprobar	# de profesionales capacitados / # Total de Profesionales * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Socialización de los documentos: Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Mama. GA-ONC-GU-08, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Próstata. GA-ONC-GU-10, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Estómago. GA-ONC-GU-07, Versión 2, Marzo de 2017
																Socializar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados	# de profesionales capacitados / # Total de Profesionales * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Socialización de los documentos: Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Mama. GA-ONC-GU-08, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Próstata. GA-ONC-GU-10, Versión 2, Marzo de 2017. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Cáncer de Estómago. GA-ONC-GU-07, Versión 2, Marzo de 2017
																Evaluar la socialización de los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados	# de profesionales evaluados / # Total de Profesionales * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	NO OPORTUNO	0%	
70	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 diseñaron 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	Estructurar en el sistema Dinamica NET el formato de Historia Clínica el protocolo de administración de Quimioterapia	Construir con el personal asistencial el contenido requerido a fin de ser estructurados en la Historia Clínica para el protocolo de administración de Quimioterapia	100	# de especialistas capacitados / #total de especialistas hematocólogos * 100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se revisaron los formatos existente y se recopiló la información a fin de estandarizarlos.												
																	Elaborar requerimiento al comité de Historias Clínicas a fin de que se encuentren en el protocolo de administración de Quimioterapia en la Historia Clínica del paciente	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realizó reunión donde se construyó el contenido requerido.		
																	Socializar las modificaciones con el personal del servicio	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%			
																	Evaluar al personal	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%			
																	Implementar el formato	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	31/05/2018	OPORTUNO	0%			
71	La ESE Hospital Universitario de Santander, prestó servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, insidiando presumiblemente zonas sanas y equivocando los sitios de patología, situaciones comparables con fallas en la pertinencia, seguridad, accesibilidad, confidencialidad y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, atención 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 en el 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	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 (IPS) para la toma de imágenes digitales.	100	ISP= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zábale - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	Se realizó reunión donde se identificó y se definió una estrategia para evitar vuelva a ocurrir el hallazgo presentado.												
																	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	Formato GT-FO-20, versión 2, Proceso de Gestión de la Tecnología y impresión del correo enviado a la oficina de mantenimiento.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	27/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se diligenció el formato de nuevas tecnologías GT-FO-20, versión 2, Proceso de Gestión de la Tecnología y se envió a la oficina de mantenimiento vía correo institucional el día 27 de diciembre de 2017	
																	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	Copia del correo enviado por la Subgerencia de Servicios 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 envió notificación mediante correo institucional indicando las cantidades de placas radiográficas 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 la siguientes semanas.	
																	Prestar al servicio con los insumos requeridos a fin de garantizar el tratamiento en los pacientes seguro	14/11/2017	31/12/2018	Copia del correo enviado por la Subgerencia de Servicios 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 envió 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.	
																		14/11/2017	31/12/2018	Copia de correo recibido	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 15 de diciembre de 2017 responde la oficina de Almacenamiento indicando que se encuentran 3 cajas de placas Radiográficas y así continuar con los tratamientos	

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							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora		Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción									Nombre / Cargo
72	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, presentando presuntas fallas éticas y disciplinarias por no garantizar la seguridad, accesibilidad, continuidad, pertinencia de la atención y traslado 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 Radiográficas de radioterapia, con el fin de garantizar la existencia de los insumos y una planeación eficiente en la prestación de los servicios de radioterapia a los pacientes oncológicos proporcionando seguridad, accesibilidad, continuidad y pertinencia de la atención	Definir el índice de placas Radiográficas de radioterapia	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 Diego Aporre - Médico Físico	01/01/2018	31/12/2018	Formato GT-FO-20 Versión 2, Proceso de Gestión de la Tecnología	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 índice de placas radiográficas de radioterapia. Realizar requerimiento para la adquisición de insumos cuando el índice alcance el 70 %
			Construir el índice de placas Radiográficas				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								
73	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	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
																Implementación del índice de gasto de placas radiográficas
74	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 legalizado.	Solicitar actualización de guías al Departamento de Ginecobstetricia - US	En el proceso de adopción y adaptación de la guía se debe socializar por correo y en comités	Actualización de guía completa cumpliendo con la normativa	100	Jurg Niederbacher Velásquez - Subgerente Mujer e Infancia	14/11/2017	31/12/2017	H74CORREO ELECTRONICO DIA 29 DE AGOSTO/17 ENVADO A CALIDAD -CORREO DEPARTAMENTO DE GNECO-OBSTETRICIA	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	NO OPORTUNO	1%-33%	Se está revisando la normatividad derogada como resolución 1441 del 2013.	

Firma del Evaluador

Nombre:

Cargo: