



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	6346110		
FAX			
CORREO ELECTRÓNICO	auctores@hsu.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	EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO	FECHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	31/08/2018

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				
1 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no tiene conformada la estructura organizacional a partir de la estructura básica funcional.	Actualizar la estructura organizacional de acuerdo a la estructura básica funcional descrita en el Decreto No 025 de febrero 04 de 2005, por medio del cual se crea la ESE Hospital Universitario de Santander	Revisar y ajustar la estructura organizacional, para ser presentada ante la Junta Directiva para su revisión y aprobación pertinente	Estructura organizacional ajustada	Meta de la Acción	100	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	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 uno de sus miembros al rector de la Universidad de Santander o su delegado, el cual forma parte del estamento político administrativo.	Crear una carpeta donde se incluya los documentos básicos de la Junta Directiva	La carpeta debe incluir: normatividad juntas directivas ESE, norma creación, estatutos, reglamento interno y un acápite de conformación con los miembros de la junta directiva con sus respectivos actos administrativos de nombramiento (actualización según períodos)	Elaboración Carpeta	Meta de la Acción	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	21/11/2017	13/12/2017	Carpeta con normalidad junta directiva ESE, norma creación, estatutos, reglamento interno y un acápite 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 citarán 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 de electrónica.	(Número de reuniones ordinarias realizadas/12)*100	Meta de la Acción	100	Edgar Julian Niño Carrillo - 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 realiza 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 de quórum los actos administrativos de delegación	Ajustar los actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva	Número de actos administrativos/total delegaciones *100	Meta de la Acción	100	Edgar Julian Niño Carrillo - 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 inculcando con el Estatuto Interno de la ESE HUS en relación a la inasistencia 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 Carrillo - 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 están 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 de 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	Diagnóstico 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	Meta de la Acción	100	Edgar Julian Niño Carrillo - 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 se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	Se realizó Plan de capacitación a miembros de la Junta Directiva.	

		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	
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 asistidas 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 górum 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/boletines/delegaciones 100	100	Edgar Julian Niño Camilo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	carpetas 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 górum 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 comido del 2017. Incumple Resolución 2003 del 2014 Estandar del Talento Humano	Confinar 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 (01) 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	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Danyary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018	H9.9.CERTIFICADO INDUCCION GERMAN PEÑA 9.CERTIFICADO N/AN ANDRES HERRERA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO GERMAN PEÑA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO N/AN ANDRES HERRERA 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Fnd. INDUCCION 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Inducción General de la ESE Hospital Universitario de Santander 9.INDUCCION OPS 9.INDUCCION GERMAN PEÑA 9.INDUCCION ING OSCAR REYES 9.INDUCCION N/AN ANDRES HERRERA	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 Entrenamiento de la Subgerencia Servicios de Entrenamiento y el Proceso de Docencia, Investigación e Innovación, el 10 de abril de 2018 se trabajó 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 continua sistemáticamente y sistemáticamente con la actividad.
			Implementar el GTH-PPR-02 Procedimiento de Inducción, GTH-PPR-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 firmado el acta de inicio, el supervisor técnico comunique al personal contratado por OPS, que debe realizar la inducción a la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante la plataforma virtual, durante la primera semana de ingreso a la Institución.	No. Inducción en la Plataforma realizadas / No de personal OPS * 100	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Danyary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	17/11/2017	30/12/2018	Listado de personal vinculado por CPS, gráfico de personal capacitado en inducción general	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se continúa aplicando el proceso de inducción y reintroducción, se asignan usuarios contratistas para acceso al aula virtual de aprendizaje y se hace seguimiento a los procesos del personal contratado por OPS. Se comunicó a las subgerencias y oficinas para que el personal cumpla con el objetivo. De un total de 4(1) personas que inician su proceso de inducción, veinticuatro (24) lo han culminado, uno (1) está en desarrollo y (16) no han iniciado.
10	ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta una deficiente gestión de riesgos, aunque se tienen identificados, valorados y cuentan con la implementación de la política de riesgos, hay ausencia de controles y no 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	Julo Hernan Villabona Vargas - Jefe Oficina Asesora de Control Interno	01/12/2017	30/12/2018	Oficios solicitando consolidado mapa de riesgos Listado de capacitaciones	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se envió oficio a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional solicitando el consolidado de mapa de riesgos de fecha Diciembre 05 de 2018. Se elaboró política de gestión del riesgo. Se realizó capacitación sobre la metodología de elaboración de mapa de riesgos
11	ADMINISTRATIVO	La E.S.E. HUS, en los procesos contractuales que tramite y que tengan como objeto la vinculación de personal, exigirá que la capacidad financiera del contratista y la capacidad residual de contratación sea lo suficientemente sólida en aras de garantizar la contratación de empresas con mixtura financiera fuerte en obsequio del Artículo 3° inciso 2 de la Ley 80 de 1993, que a su vez señala que "los particulares, por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que colaboran con ellas en el logro de sus fines y cumplen una función social que, como tal implica obligaciones"; dada la situación financiera del Sector Salud en Colombia.	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.	Acudir 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 Intervención en aras de aplicar los mecanismos legales de los que está revestida 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 incluyen indicadores financieros suficientes y cálculo de la capacidad residual de contratación.	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	01/01/2018	31/12/2018	Procesos adelantados por la oficina jurídica publicados en las paginas de contratación Secop y la pagina web de la entidad	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se revisaron los indicadores financieros en los procesos adelantados por la oficina de contratación, y se establecieron índices de liquidez, mixtura y menores índices de endeudamiento y se establecieron metas 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 misional asistencial, mediante la contratación sujeta 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 legal, de conformidad con el Decreto 1429 de 2010, según el cual es una institución jurídica del Derecho Colectivo del Trabajo, a través del cual los Sindicatos pueden participar en la gestión de las empresas en la promoción del trabajo colectivo. Es así como la Corte Constitucional en Sentencia T-457 de 2011, con ponencia del Magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, señaló: "(...) como está regulado el derecho de asociación sindical en nuestro país se busca proveer el derecho a la negociación colectiva, a la promoción del derecho de asociación sindical y 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 reñante en Colombia, evitando de tal forma la desdramatización de la relación de trabajo (...)."	Continuar con la Contratación sujeta 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	Martha 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



PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ? Acciones de mejoramiento	¿CÓMO? Descripción de la Acción de Mejora	¿CUMPLIMIENTO? Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	¿QUIÉN? Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	¿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
							Fecha de Inicio	Fecha de Terminación								
18	ADMINISTRATIVO	Se dará cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 9 del Decreto 103 de 2015, relativo a la publicación de procedimientos, lineamientos y políticas en materia de adquisición y compras, que para los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos, son los previstos en el manual de contratación de la entidad, expedido conforme a las directrices señaladas por la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente, el cual debe estar publicado en el sitio web oficial del sujeto obligado, igualmente 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 SECCOP por Régimen Especial, con el cumplimiento de los requisitos exigidos.	100	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/12/2017	30/06/2018	Se adjunta certificado suscrito por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica, donde se evidencia que el 50,4% de los contratos suscritos en la vigencia 2017 se encuentran cargados en debida forma en SECCOP	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	70%-99%		Se realizó la publicación de 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%, -23,66% y -62,24% respectivamente es decir, de \$27.810.376 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.	Respetar la totalidad de las cuentas por pagar de la vigencia anterior	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respetará 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	100	Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Paola Perez - Profesional Especializado Recursos Financieros	31-12-2017	31/12/2018	ACTOS ADMINISTRATIVOS ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA VGENC.P. 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 respetará 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
				Cumplimiento Actualización del Inventario Equipo Biomédico- (Cantidad de servicios intervenidos en la actualización de inventario de equipo biomédico/ Número de servicios de la ESE HUS)/100	Actualización del 100% de los servicios de la ESE HUS.	Claudia Rúa - Profesional Universitario Almacén y Mg. Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-09-2018	* Acta No. 001 del 11/01/2018. * Oficio 2210-GT/029-2018. Fecha 05/02/2018. Asunto: Inventario Equipos Biomédicos * Oficio 2220-GT/M05-2018, Fecha 12/02/2018. Asunto: Respuesta oficio. Oficio 2220-GT/M128-2018, fecha 20/03/2018. Asunto: Entrega inventario actualizado de equipos biomédicos del ESE HUS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunión entre las áreas de almacén, mantenimiento y UFATL 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.
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.	Incluir en el listado maestro de documentos, la matriz de planeación de frecuencia de mantenimiento preventivo, en cumplimiento al procedimiento de mantenimiento preventivo GT-PR-01.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	14-11-2017	30/03/2018	Matriz de planeación	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		Se actualizó la matriz de planeación de frecuencia de mantenimiento preventivo.
				Asegurar la aplicación consistente de los procedimientos y formatos definidos para la planeación y ejecución del mantenimiento preventivo.	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos planeados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-12-2018	Resumen plan de compras aprobado vigencia 2018 Plan de Mantenimiento Hospitalario Requerimientos elaborados	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se suscribieron los contratos de mantenimiento dando cobertura a todos los equipos biomédicos e industriales. Según el presupuesto se van realizando las adiciones para terminar la vigencia 2018.
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimientos programados)		Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos JUN 93%, JUL 92%, AGO 97%
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnología		Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		los indicadores de gestión de la tecnología con corte a 31 de Julio, se presentaron en el comité de tecnología realizado el 17 de agosto de 2018, el acta se encuentra en elaboración.
				Incluir todos los equipos biomédicos en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento.		Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		según el presupuesto y las necesidades de adición de contratos, se van elaborando y gestionando los requerimiento para terminar la vigencia 2018.
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.	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 = (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30/12/2017	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		se elaboraron y suscribieron contratos a 28 solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento.
				Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		se elaboró el cronograma de mantenimiento preventivo asignando el mes en que se realizara según la frecuencia.
				Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.		Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos JUN 93%, JUL 92%, AGO 97%
				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	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		los indicadores de gestión de la tecnología con corte a 31 de Julio, se presentaron en el comité de tecnología realizado el 17 de agosto de 2018, el acta se encuentra en elaboración.
				Socializar el proceso de gestión documental al personal encargado de la organización y alimentación de las hojas de vida de los equipos industriales.		Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	10-11-2017	30/03/2018	Se adjuntan aleatoriamente hojas de vida de los equipos industriales de uso hospitalario.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	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 planea 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	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo industrial	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	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 114118, con el siguiente nivel de avance: neveras 100%, calderas 100%, compresor 100%, ascensores 100%, autoclaves 50%, plantas eléctricas 100%, tanque de agua 100%, UPS, termohigrometros, aves acondicionadas, termoneveras, en elaboración.
				Revisar y actualizar las hojas de vida de todos los equipos industriales, de forma cronológica, según el proceso de gestión documental de la institución.	Porcentaje de	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-07-2018		La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		

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	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 descorden 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	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.	Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo - (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivo programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017	contrato No 85/18 y 61/18	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	todos los equipos industriales se encuentran incluidos en el Plan de mantenimiento preventivo y cuentan con contrato de mantenimiento vigente, Contrato No 85/18 y 61/18.	
			Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30-11-2017									
			Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017	cronograma de mantenimiento equipo industrial	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboro cronograma de mantenimiento equipo industrial	
			Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018	seguimiento mensual al cumplimiento de mantenimiento preventivo.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%			seguimiento mensual al cumplimiento de mantenimiento preventivo. Cumplimiento por meses, junio y julio 100%, agosto se adelanto el proceso de contratación, los indicadores de gestión de la tecnología con corte a 31 de Julio, se presentaron en el comité de tecnovigilancia realizado el 17 de agosto de 2018, el acta se encuentra en elaboración.
23 FINANCIERO Y CONTABLE	Asume riesgos que pueden comprometer el patrimonio de la institución al no realizar oportunamente los mantenimientos preventivos recomendados por el fabricante del equipo de Resonancia Nuclear magnéticas PHILIPS 1.5 TESLA	Lograr la realización oportuna del mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido para el resonador magnético.	Incluir el resonador magnético y demás equipos críticos en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento exclusivo según los lineamientos establecidos en el procedimiento de mantenimiento preventivo GT-PR-01.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo - (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivo programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18/10/2017	01/12/2017	seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	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 periodos mensuales.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/10/2017	30/11/2017	Cronograma de mantenimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	Se elaboró cronograma de mantenimiento preventivo	
			Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2018	Seguimiento cumplimiento cronogramas de mantenimiento	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%			se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos. Para el resonador se realizó el mantenimiento el día 6 de abril, aprovechando el cambio de helio. Proxima fecha programada en Octubre, se cuenta con contrato vigente.
24 FINANCIERO Y CONTABLE	Incurre en prácticas inseguras al no tener mecanismos de advertencia suficientemente visibles y adecuados para administrar riesgos en las instalaciones de almacenamiento central de oxígeno y otros gases medicinales y no contar con los procedimientos claros con los responsables de la institución que establezcan los mecanismos de control y los planes de contingencia institucional ante emergencias en tanques de oxígeno, combustibles de plantas, depósitos de agua, etc. con los roles y responsabilidades por parte del personal de la institución.	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, 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.	Cumplimiento del 100% de ejecución en Etapas, implementación y resultado.	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	30/03/2018	informe de criticidad equipo industrial Mapa de riesgos	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	34%-69%		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 y matriz de riesgos	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		se realiza matriz de riesgos de calderas y compresor.	
			Implementar una auditoría periódica al proceso de gestión de riesgos de equipos industriales.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/10/2018	30/12/2018	informe de criticidad equipo industrial y matriz de riesgos	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		se plantea oportunidad de mejora frente a los riesgos identificados	
			Instalar los equipos Biomédicos adquiridos por la E.S.E. HUS en el momento en que se finalizan las obras correspondientes			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2019	Equipos instalados	100%	Porque las obras encuentran suspendidas.	La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/08/2018	OPORTUNO	0%	
25 FINANCIERO Y CONTABLE	Presuntamente, incurre en un detrimento patrimonial por no haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión en equipos 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	Articular la planificación de adquisición de equipos para dotación con el desamollo de la ejecución de obras, previa certificación de interventoría con fecha de finalización de obras	Actualización de procedimiento de adquisición de equipos de dotación	Procedimiento actualizado y socializado	Sandra 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	31/08/2018	NO OPORTUNO	0%		No hay planificación para compra de equipos para nuevos servicios.	
			Presentar ante la Secretaría Departamental de Salud los soportes a 31/2/2017			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 "CONSTRUCCIÓN AMPLIACIÓN DE LA NEONATAL-UCI PEDIATRICA 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 REMODELACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, PEDIATRIA Y UNIDAD MATERNO FETAL" el cual fue escrito en el Plan Bienal dentro de los términos.	

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACION										
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
27	FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias auditadas: 2015, 2016 y a marzo de 2017. NO asignó ni ejecutó el mínimo requerido para el mantenimiento de infraestructura y de la dotación hospitalaria, de acuerdo con el presupuesto definitivo reportado por la entidad en cada una de las vigencias, observando que para el año 2015 asignó el 3,77% y ejecutó el 1,99%, para la vigencia 2016, asignó el 5,01% y ejecutó el 2,93% y para el 2017 asignó el 4,47%	Dar cumplimiento a lo establecido en el 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 Físicos	01/01/2017	31/12/2018	EJECUCION A FEBRERO 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	DEL PRESUPUESTO SE ASIGNO EL 5% QUE EQUIVALE A \$ 7.484.905.179
			Dar cumplimiento a lo establecido en el Circular 029 de 1997	Asignar el 5% del valor total del presupuesto de los ingresos de la ESE.	(Total de presupuesto de mantenimiento hospitalario / 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 Beneficios a los Empleados, lo que indica que la información carece de razonabilidad y confiabilidad, generando incertidumbre sobre la veracidad de la misma.	Verificar el cargue de la información con el área de contabilidad	Antes de subir la información de las cuentas por pagar se efectúa 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 Yaritzi Cortes Acarado - Profesional Universitario Tesorería Blanca Abarracín - 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	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realiza conciliación con el área de contabilidad para evidenciar que no existen diferencias en riguros de las áreas y se procede a realizar el cargue de la información en el formato FT004.
29	FINANCIERO Y CONTABLE	No cumple con la adecuada gestión en la radicación de la facturación, gestión y recibo de recursos financieros... 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 establecieron 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 (Facturación Radicada m-mes actual de Radicación)	95	Fabio Sahid Chinchila - Profesional Universitario Cartera Marta Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	31/12/2018	SE ADJUNTAN CUADRO RESUMEN CON LO ENVIADO POR FACTURACION Y LO RADICADO SOBRE LO ENVIADO, FIRMADO POR PROFESIONAL DE CARTERA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Entrega oportuna a cartera para que se pueda radicar la facturación al 100%. Se esta radicando mínimo el 95% de lo enviado a Radicar
30	FINANCIERO Y CONTABLE	NUEVA EPS Y SALUDVIDA EPS, presentan inobservancia a la instrucción primera de la Circular 016 de 2015 de la SNS, toda vez que presuntamente incurren en prácticas indebidas frente al proceso de radicación de facturas, generando glosas presuntamente injustificadas.	Reportar de acuerdo a la circular 016 a la SUPERSALUD las malas practicas presentadas con las ERP	Se estableció contacto con la EPS SALUDVIDA 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	04/10/2018	EVIDENCIA NUEVA EPS Reporte a SUPERSALUD de EPS Incumplimiento G.D. Agosto Reporte a SUPERSALUD de EPS Incumplimiento G.D. Julio Reporte a SUPERSALUD de EPS Incumplimiento G.D. Junio	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	1. Con Nuevas eps se reporto en el mes de noviembre de 2017 las practicas indebidas con la Supersalud, y se manifestó en reunión con la procuraduría, posteriormente se realizo acuerdo entre las partes y se subieron devoluciones y glosas a 31 de diciembre de 2017. 2. Con SaludVida No se presentan practicas indebidas de Radicación, y tenemos un acuerdo de pago vigente
			Se radica en el mes de Noviembre oficina 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	04/10/2018	1. Con Nueva eps se reporto en el mes de noviembre de 2017 las practicas indebidas con la Supersalud, y se manifestó en reunion con la procuraduria, posteriormente se realizo acuerdo entre las partes y se subieron devoluciones y glosas a 31 de diciembre de 2017, se adjuntan actas y compromisos de pago.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	En el transcurso del año 2018 la EPR esta recibiendo la radicación. Se notificación al momento de presentarse nuevamente las practicas indebidas	
			Se asegura notificando a la Supersalud cuando se presenten practicas indebidas para la radicación, o se reciban glosas y devoluciones injustificadas.	(Malas practicas presentadas por las ep / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	04/10/2018	2. Con SaludVida No se presentan practicas indebidas de Radicación, y tenemos un acuerdo de pago vigente	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	En el transcurso del año 2018 la EPR esta recibiendo la radicación. Se notifica al momento de presentarse nuevamente las practicas indebidas	
			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	04/10/2018	Mesas de trabajo con Asesores de gerente y Coordinadora jurídica de contratación	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Ajuste de los contratos evitando que queden allí registradas las malas practicas por la EPR	
			Se circulan cartera mensual realizando el cobro a las ERP e invitando a conciliar las Carteras, se adjunta archivo de gestión por actividad.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - 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 circulan mensualmente la cartera a las entidades mediante como electrónico y oficio	
31	FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias 2015 y 2016, incremento 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 realiza mesas de trabajo con la Supersalud y el Ministerio y se logra acuerdo de pago por \$ 20.000 millones de pesos con las ERP que no acceden a conciliar.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - 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	
			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 continuara reportando los incumplimiento al giro directo con la notificación a la Supersalud para que tome las medidas de su competencia.	(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 a la oficina de Juridica para inicio de cobro prejudicial y juridico la suma de \$66.237.381.107 de la facturación mayor a 120 días	(Facturación enviada a juridica/ facturación lista para pago sin abono mayor a 120 días)*100	95	Fabio Sahid Chinchila - Profesional Universitario Cartera Jefe Oficina Asesora Juridica	10/10/2017	10/06/2018	Oficios de entrega de la cartera y CD con relación de factas entregadas.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	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 diferéncias ERP.	
			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 Abarracín - 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 EJECUCION	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Realización de conciliación de los saldos contables vs saldos de la información donde registran las transacciones

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACION									
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
32	FINANCIERO / CONTABLE	No observa presuntamente las características custodias en relación con la confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.	Nuevamente indicar a las áreas donde registrar 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 Abarracín - 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 trasplante de tejido osteomuscular, Cirugía gastrointestinal, Enfermería, Inmunología, Medicina general, Cirugía plástica oncológica, Cirugía oncológica pediátrica, Dermatología oncológica, Neoflogía pediátrica, Oncología oncológica, Urología oncológica, Hematología oncológica, estando habilitados, ni se soportan las novedades de cliente temporal de los servicios prestados.	Se cuentan con dos Neoflogía pediátricas que realizan interconsultas: Dra Pilar Amado y Dra Lidia Martínez	(Interconsulta realizadas / interconsultas solicitadas)*100	85	Subgerentes Técnico Científicos	14/11/2017	31/12/2017	H33HALLAZGO 33 EVIDENCIA INDICADORES 2017 NEFROLOGIA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	La interconsulta se hace a través de nefrología por parte de los médicos especialistas de la UIS. SE PRESTA EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA UBICADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEXTO PISO Y SE TIENE PROGRAMADO 13 HORAS SEMANALES PARA CONSULTA EXTERNA
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.	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	Listados de Asistencia, Informe De Cierre.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCION	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizaron acciones de mejoramiento en los diferentes servicios de la ESE HUS, se realiza cierre de informe y auditoría interna 2.018. Las evidencias reposan en cada una de las Subgerencias.
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.	Evaluación mensual de las historias clínicas electrónicas por servicios, estableciendo la cantidad de enmendaduras y/o tachones encontrados por historia.	Total de tachones y/o enmendaduras encontradas en el total de historias electrónicas revisadas.	El 70% de las historias auditadas no tengan tachones ni enmendaduras.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/11/2018	Archivo adjunto meses de informe ejecutivo de los meses de Mayo, Junio, Julio 2018.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCION	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó la auditoría de las historias clínicas en físico correspondientes al periodo.
			Auditoría de historias clínicas para identificar formatos físicos existentes en el interior de la historia clínica no electrónica.	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 auditoría identificando los formatos físicos existentes por cada Subgerencia.
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 principio activo del medicamento.	Instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en áreas de hospitalización.	Cumplimiento de actividades asignadas VS actividades ejecutadas.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez - Profesional Universitario de Mantenimiento.	01/11/2017	01/01/2018	H36/Comunicado Sandra Rodriguez Ingeniera Comunicado hg. Sandra Rodriguez- Seguimiento a condiciones ambientales.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado a la Ingeniera Sandra Rodriguez solicitando la colaboración de instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes Servicios Asistenciales
			Adecuar las áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos hospitalarios, de los diferentes servicios asistenciales; lugar donde se evidenció el hallazgo.			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 respectivos fallos de los mismos. A partir de la visita técnica 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.
			Registro diario de temperatura y humedad de los sitios de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos médicos.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helda Anaya Subgerente Servicios de Enfermería	01/11/2017	01/01/2018	H36/COMUNICADO A LA JEFE HELDA AMAVA PARA CAPACITACION EN RPA PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION RESPUESTA AL COMUNICADO 502-GTSP-0040-2018 JEFE HELDA AMAVA 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 se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	Registro diario de temperatura de los almacenamientos temporales de medicamentos en los diferentes servicios y unidades de acuerdo al formato institucional ENF-R-58.
37	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no garantizar los medicamentos que se requieren para el diagnóstico, terapéutico y de la	Gestionar con el Servicio de Urgencias la priorización del triaje, seleccionando los pacientes que dado su patología deban ser atendidos en una instrucción de alto nivel de complejidad.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	Estado de Guías Prácticas Clínicas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado al Dr. Alvaro Gomez Tornado Subgerente de Alto Costo, Subgerente de Servicios Médicos (e) solicitando la colaboración en la priorización de ingresos de pacientes, debido al no cumplimiento de los requerimientos propuestos por el Servicio Farmacéutico en el mes de diciembre del año 2017.
			Coordinar con el Servicio Farmacéutico la Hospitalización de pacientes que ameriten por su patología compleja ser atendidos en la institución, en los momentos que no se cuente con suficiente disponibilidad presupuestal.	# ACTIVIDADES REALIZADAS	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

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									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación		
				ACTIVIDADES PLANTeadas														
	Examen de transparencia de los usuarios, lo anterior no permite la continuidad del mismo.	Evaluar el estado actual de avance de elaboración e implementación de guías de práctica clínica que contribuya a priorizar la identificación de medicamentos más necesarios en los diferentes servicios.	Realizar seguimiento a la modificación e implementación de guías de práctica clínica por medio del Programa de Atención Farmacéutica.	ACTIVIDADES PLANTeadas			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; Subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	Estado de Guías Prácticas Clínicas	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	Se dio inicio a la revisión de las Guías Prácticas Clínicas para identificar los medicamentos a priorizar	
		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-borrador	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 médicos reprocesados y utilizados a satisfacción/Total de dispositivos médicos 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	Se adjunta copia de correo enviado a Mantenimiento con la respuesta de la empresa Asclvi Group acerca del luminómetro. Se adjunta copia del correo electrónico enviado a Recursos Físicos.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO	Se hizo solicitud 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. Desde la oficina de Mantenimiento, se hizo entrega de las cotizaciones a Almacén para dar continuidad al proceso de adquisición del equipo.	
		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 los 8 etapas del reprocesamiento de un dispositivo médico				Manuel de reprocesamiento aprobado	20/02/2018	31/12/2018	Copia de correo enviado por esterilización a la subgerencia quirúrgica	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO	Se cuenta con un manual de reprocesamiento aprobado y codificado por la Oficina Asesora de Calidad. Desde el área de esterilización se realizó solicitud a la subgerencia quirúrgica de los elementos mínimos requeridos para cumplir con los 8 pasos necesarios para el reprocesamiento de Dispositivos Médicos.	
			Actualización de los software para que cruce información con la historia clínica con la central de esterilización con el fin de conocer los estados de los dispositivos médicos	Revisar la ficha técnica y el listado de los dispositivos médicos con el fin de verificar si se permite reusar o no dichos dispositivos.				Copia de correo electrónico enviado por la Enfermera coordinadora de Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018	Copia de correo electrónico enviado por la Enfermera coordinadora de Central de Esterilización	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO	Desde el área de esterilización se envió un correo a la Subgerencia Quirúrgica, solicitando la adecuación de la historia clínica y adaptabilidad del software Dinamica Generalist.
								Copia de correo electrónico enviado por la Enfermera coordinadora de Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018	Copia de correo electrónico enviado por la Enfermera coordinadora de Central de Esterilización	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO	Desde el área de esterilización se envió un correo a la Subgerencia Quirúrgica, relacionando los dispositivos médicos a los cuales se les realiza reprocesamiento actualmente.
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 requieran cadena de frío y gestionar ante mantenimiento la compra de fallantes evidenciados.	Informar a la oficina de mantenimiento de neveras en los servicios asistenciales hallados.				Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez - Profesional Universitario Mantenimiento	01/11/2017	05/02/2018	H39/Comunicado Sandra Rodriguez Ingeniera	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	05/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado a la Ingeniera Sandra Rodríguez 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 de enfermería, encargado de la custodia del medicamento una vez este es despachado por el Servicio Farmacéutico	# ACTIVIDADES REALIZADAS/# ACTIVIDADES PLANTeadas/10/0	100		Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/11/2017	31/01/2018	• Procedimiento de Almacenamiento de productos Farmacéuticos, ha sido revisado y radicado en la oficina Asesora de Calidad para su formalización institucional. Se anexa radicado del proceso BPA. • Se anexa evidencia de la toma de temperatura y humedad relativa.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	Se le envía un comunicado a la jefe Heldá 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 la temperatura y humedad de las condiciones ambientales.	
		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, ha sido revisado y radicado en la oficina Asesora de Calidad para su formalización institucional. Se anexa radicado del proceso BPA. • Se anexa evidencia de la toma de temperatura y humedad relativa.	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	El Procedimiento se encuentra en revisión en el Servicio Farmacéutico.
40	La ESE Hospital Universitario de Santander, al realizar reneuse de medicamentos y no contar con un protocolo para dicha actividad.	Reforzar la dispensación de medicamentos en dosis unitaria	Revisar el listado de medicamento institucionales y dispensarios en dosis unitaria la mayor cantidad de ellos que por su estabilidad lo permitan.	# MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN DOSIS UNITARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES/ TOTAL MEDICAMENTOS DISPENSADOS A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	<100%		Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	1- Listado de estabildades 2- Ordenes de Producción de antibióticos y paliativos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	1- Se ha establecido las estabildades de medicamentos antibióticos, Oncoológicos y Paliativos para dispensarlos en Dosis Unitaria. 2- Se anexa la orden de producción de ESE-HUS, la Salud de dichos medicamentos y la Orden de producción de LA firma Uniflora, quien realiza el ajuste de la dosis de esos medicamentos. En el mes de Agosto hemos iniciado la dispensación en dosis unitaria de medicamentos antibióticos y paliativos a los servicios asistenciales de Cirugía general, Cirugía Plástica, medicina Interna, neurología, Ortopedia Uro adultos y urgencias adultos.	
		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 medicados manejados en los servicios de hospitalización				Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helida Anyeli Subgerente Servicios de Enfermería	15/11/2017	31/12/2018	1- Listado de estabildades 2- Ordenes de Producción de antibióticos y paliativos Se adjuntan evidencias de la prueba piloto del protocolo administración segura de medicamentos (21 folios).	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	Se le envía un comunicado a la jefe Heldá Cecilia Amaya solicitando su colaboración en la entrega y copia del avance de la creación del Protocolo de Administración Segura de Medicamentos. Se realizó socialización de la prueba piloto del protocolo administración segura de medicamentos los días 29 de Junio y 3, 4, 5, 6, 12 de Julio de 2018	
41	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple con el procedimiento de devolución de	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.	#CAPACITACION ES REALIZADAS/#CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN GRUPOS PRIMARIOS DE ENFERMERA Y SERVICIO FARMACEUTICO.	100		Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	Se anexa resultado de la socialización y evaluación del Proceso de Devoluciones, así mismo comunicación emitida a la Subgerencia de Enfermería dando a conocer el enlace para la socialización y evaluación respectiva. El procedimiento fue socializado y evaluado en el grupo primario de Farmacia. Se anexa Acta A	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la Socialización del Procedimiento de Devoluciones al Personal de Enfermería de los diferentes servicios, el mismo procedimiento se socializó y evaluó en el grupo primario de Farmacia.	



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
	medicamentos a la farmacia.		Continuar el seguimiento de la ejecución del procedimiento por medio de Rondas de Seguridad del paciente y auditorías aleatorias en los servicios de Hospitalización por parte del programa de Farmacovigilancia.	#devoluciones de medicamentos y dispositivos médicos realizados mensual/total de medicamentos y dispensados mensual.I	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	Se anexa resultado de la socialización y evaluación del Proceso de Devoluciones, así mismo comunicación emitida a la Subgerencia de Enfermería dando a conocer el enfoque para la socialización y evaluación respectiva. El procedimiento fue socializado y evaluado en el grupo primario de Farmacia. Se anexa Acta A.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
42	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.	Hormar el marco legal a todos los servicios asistenciales acerca de la prohibición de muestra medicas 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 Alvaro Gomez Torrado Subgerente De Servicio De Alto Costo Jug Niedebacher Velásquez Subgerente De Mjar E Infancia Juan Pablo Serrano. Subgerente De Especialidades Quirúrgicas. Sigifredo Fonseca Subgerente De Apoyo Diagnostico. Luis Hernán Triana	15/11/2017	31/12/2018	H42BPA Comunicado a diferentes subgerentes de E.S.E HUS Comunicado Luis Hernán Triana Subgerente Servicios Asistenciales- Profesional de Servicios Basicos Dispositivos Socialización PBA y Prohibición de muestras medicas- respuesta del dr. JURG LISTADO DE ASISTENCIA RELACION CON: 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 Basicos Subgerencias Asistenciales, Solicitando su colaboración para capacitar al Personal Médico Asistencial en lo referente a la Prohibición de Muestras Medicas en la E.S.E HUS. El área de Farmacia emitió correo electrónico con la presentación en ppt y el respectivo formulario para la socialización acerca de la prohibición de muestras médicas en los servicios correspondientes a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos. Desde la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos se reenvió la información enviada por la persona encargada de farmacovigilancia, a las diferentes empresas con las que se tienen contratados los procesos asistenciales en la institución. A la fecha no se tienen datos de los resultados
			Continuar la vigilancia de tenencia de muestras médicas por medio de Rondas de Seguridad del paciente y demás auditorías aleatorias realizadas por el programa de Farmacovigilancia.					15/11/2017	31/12/2018	H42/RODAS DE SEGURIDAD	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO
43	La ESE Hospital Universitario de Santander, no está cumpliendo con la ruta crítica del PAMEC, se observa que los diferentes ciclos anuales se comienzan sin finalizar el de las vigencias anteriores, con lo cual en un momento dado no se puede precisar si la actividad evaluada lo es de una u otra vigencia, tampoco se formalizan los respectivos aprendizajes organizacionales en cada ciclo o en cada vigencia.	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.	Planificar las fechas con el Equipo de Mejoramiento Institucional de la Autoevaluación 2017 para iniciar el Cuarto Ciclo de preparación a la Acreditación.	Porcentaje de cumplimiento de la programación de la Autoevaluación Noviembre 2017 por grupo de estándares.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	14/11/2017	31/10/2018	Cronograma de jornada de autoevaluación, 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.
			Programar los seguimientos trimestrales para el 2018 con corte a 30 de Abril, 31 de Julio y 31 de Octubre y para Noviembre 2018 hacer el cierre del Cuarto Ciclo.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de Informes de Seguimiento trimestral presentado sobre Número de informes de seguimiento programados para	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 tienen programados para la vigencia 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Só realizó el cronograma de seguimientos que se llevara a cabo en la vigencia 2018. A la fecha se han realizado el primer y el segundo seguimiento.
			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 sobre Número de certificaciones programadas para	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Jefe de Oficina de Control Interno.	14/11/2017	31/10/2018	CERTIFICACIÓN ACREDITACIÓN	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se han realizado dos certificaciones de las cuatro que se tienen planeadas para la vigencia 2018.
			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 Número de documentos programados para 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	Listado de documentación generados de las oportunidades de mejoramiento de Acreditación.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%		Según segundo seguimiento se han revisado y aprobado 59 documentos.
44	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, así no incorporó los resultados de auditoría interna como parte del PAMEC.	Establecer el Programa de Auditoría Interna de la ESE HUS, incluyendo todas las actividades de monitoreo, seguimiento y auditoría interna que se realicen en el proceso y subprocesos, e incorporarlo al PAMEC institucional.	Retrosalmentar los resultados a través de los Grupos Primarios en el punto 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. de socialización de documentación para estandarizar y mantener las mejoras alcanzadas en cada proceso.	Porcentaje de Cumplimiento: Número De Actas de Grupo Primario realizados sobre Número de Grupos Primarios programados (12)	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Líderes de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018	Parcializo de las carpetas en las que se recopilan las actas de los grupos primarios.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se soportan actas de grupos primarios llevados a cabo en los meses de Mayo a Agosto con los temas socializados en el punto en 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. socialización de documentos cuando aplica. El total de Grupos Primarios soportados con Actas son: Mayo: 28 Actas Junio: 16 Actas Julio: 9 Actas Agosto: 6 Actas
			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	Listados de asistencia Segundo Seguimiento.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	1%-33%		Se realizó la socialización del segundo seguimiento en Junta Directiva el día 15 de Agosto de 2018, así mismo se resulta que en las fechas en las que se realizan los seguimientos se retroalimenta el estado de avances a cada grupo de estándares.
			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	Informe de Auditorías internas con corte a 30 Junio de 2.018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	20/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se han realizado las auditorías internas por los respectivos procesos.
			Incluir dentro del PAMEC el cronograma de auditorías, verificar su cumplimiento y entrega de los informes respectivos para realizar el respectivo seguimiento y articulación con los planes de mejora existentes.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las acciones de auditoría sobre el Número de las acciones de auditoría identificadas en la vigencia 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Listado de Seguimientos a Auditorías Internas	La actividad cuenta con implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Dentro del PAMEC se encuentra el cronograma de las respectivas auditorías internas. Se recopiló el informe de las auditorías internas programadas/auditorías internas realizadas. Las acciones derivadas se identifican al final de la vigencia ya que es un dato variable según las auditorías que se vayan realizando.

		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
			Elaborar y socializar a el informe de resultados de las mejoras generadas al Equipo de Mejoramiento Institucional, procesos y subprocesos.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de mejoras socializadas e implementadas sobre el Número de las programadas en el mes.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Acta de Tercer Nivel de Mejoramiento Continuo.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se presenta el primer seguimiento ante la Junta Directiva y ante el Equipo de Mejoramiento continuo. Se presenta el segundo seguimiento ante Junta Directiva el día 15 de Agosto de 2.018.	
43	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, demostro 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 planteado en los planes de mejoramiento, incluyendo los seguimientos desde el autocontrol 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 avanzado 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	Certificación de Segundo Seguimiento.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se definen los tiempos para cada acción de mejora por parte de cada líder de cada grupo de estándar. A la fecha se cuenta con 1 (una) acción avanzada que equivale al 0.4% ya que se encuentra en revisión y se llevará a comité de Gerencia para su respectivo avance
			Asegurar el cumplimiento de los compromisos verificables en las fechas establecidas para su ejecución (fecha inicio - fecha final), en los Planes de Mejora y su respectivo seguimiento a las mejoras implementadas.	Porcentaje de evidencia Número de documentos/productos entregables que soportan el cumplimiento de cada acción de mejora sobre el Número total de documentos entregables programados por periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Partializo de las carpetas en las que se recolecta la evidencia suministrada por cada Líder de Estándar.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realiza la recopilación de los avances por cada Líder de Estándar y así mismo por el Profesional de PAMEC.	
			Implementar el nivel de autocontrol y auditoría interna de seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora para garantizar su implementación y permanencia en el tiempo.	Porcentaje de Cumplimiento en las Observaciones de Autocontrol y de Seguimiento interno en el SPA sobre el Total de las Acciones de Mejora programadas para el mes.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Listados de asistencia Segundo Seguimiento. Plan de Mejoramiento con seguimientos.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realizó la retroalimentación en los días programados para el segundo seguimiento del estado de avance según las acciones programadas por cada estándar.	
46	ASISTENCIAL	cumplimiento a la resolución 45062012 y lineamientos PAI nacionales verificados por entes de control en las visitas técnicas operativas con periodicidad trimestral	Elaboración anual del plan de acción de vacunación entregada a la secretaria de salud municipal	Número de planes de acción entregados a entes de control		Helga 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.
			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 de la ESE HUS. Total de informes requeridos al año x 100	12	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	07/01/2018	Se adjunta evidencia de entrega de los informes de la población vacunada al área de epidemiología de la ESE HUS de los meses de Junio, Julio y Agosto de 2018 (2 folios) con su respectivas plantillas excel adjuntas.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se registra diariamente los vacunados de acuerdo a los lineamientos PAI	
			ingresar diariamente al sistema nominal nacional PAI WEB los biológicos administrados a la población objeto en la ESE HUS.	Número de ingresos diarios al sistema nominal PAI WEB al mes	30	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia soporte de los días (21/08/2018; 21/01/2018; 21/08/2018 ) del registro día en la PAI WEB (3 folios).	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se registra diariamente los biológicos administrados de la población objeto en el sistema nominal nacional PAI WEB y Se adjunta el informe consolidado del total de los biológicos administrados en los meses de Enero a Agosto de 2018	
			Realizar informe mensual de población recién nacida no vacunada con BCG y Hepatitis B en la ESE HUS.	Número de recién nacidos no vacunados con BCG y Hepatitis B atendidos en la ESE HUS / x 100 Total de recién nacidos atendidos en la ESE HUS	80	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informes de seguimiento mensual a causas de no vacunación en la ESE Hospital Universitario de Santander a población Bucaramanga y otros municipios (2 folios). Se adjunta informe de causas de no vacunación de Junio a Agosto (2 folios).	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Desde el mes Enero a Agosto se vacunaron a 1736 recién nacidos.	
46	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, probablemente subregistró o no realizó en la vigencia 2018, 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 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	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjuntan evidencias de ronda de vacunación en el área materno infantil. (3 folios).	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	Se programará 1 rondas diarias en los servicios materno infantiles para el seguimiento y cumplimiento con el esquema nacional de vacunación antes del egreso de los recién nacidos y población pediátrica en la ESE HUS.	
			Realizar demanda inducida mensual a la población recién nacida del municipio de Bucaramanga no vacunada de acuerdo a las clausulas 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	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Junio. Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Julio. Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Agosto. Total de folios 3.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	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 etereo en la ESE HUS.	Número de informes entregados a la Subgerencia de Servicios de Enfermería / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helga Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de la entrega de productividad trimestral. (2 folios)	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se entrego informe de relación diaria de población vacunada en el mes de Junio a 493 personas, en el mes de Julio a 425 personas y Agosto a 380 personas para un total de 1298 personas.	

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 Hombre / Cargo									Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
			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	Héida Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencias de los meses de Junio (6 folios), Julio (8 folios) y Agosto (7 folios) a la Subgerencia de enfermería, con copia a la Oficina de Estadística del HUS y Secretaría de Salud Municipal.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realizó informe de consolidado mensual de enero a agosto distribuidos por regímen 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	Héida Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informe de los meses de junio, julio y agosto respecto a los biológicos administrados según esquema nacional de vacunación (2 Folios).	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	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.	Número de informes entregados a las áreas respectivas de la ESE HUS / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Héida Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informes de indicadores de vacunación desde Enero a Agosto de 2018 (3 Folios).	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se elabora informe de indicadores de vacunación desde enero a agosto de 2018.	
			Realizar captación mensual de susceptibles para Fiebre Amarilla y Tsjaje 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	Héida Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia del envío del informe a la Secretaría de Salud Municipal (2 Folios).	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se envía consolidado de Junio a agosto, respecto a informe de susceptibles para triple viral (SRP)-Junio (5 casos), Julio (1 caso) y el mes de agosto (15 casos). Durante la jornada de vacunación se envió informe a la Secretaría de Salud Municipal y la Encuesta realizada previa a la vacunación contra la Fiebre Amarilla de acuerdo a la dosis aplicadas en la institución.	
47	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presuntamente presentó un subregistro y probablemente una subestructuración 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 especialistas 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 médicas en las primeras 24 horas).	Sumatoria total de todas las actividades y/o eventos realizados FACTURADOS, discriminándolas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas); INTERCONSULTA S, CONSULTAS MEDICAS E.T.C.; FACTURACION / Sumatoria total de todas las actividades realizadas, discriminándolas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas) y las actividades facturables en este servicio.	Que el 100% de las actividades realizadas, discriminadas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas) SEAN FACTURADAS SEGUN formas de pago CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zanate - Profesional Universitario de Facturación	01/12/2017	01/12/2018	H7BASES DE DATOS OPORTUNIDAD INTERCONSULTA DE DICIEMBRE 2017-MAYO 2018 24 HR URGENCIAS copia de actas de reunion -facturación del 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 realizó reunión con el equipo de médicos auditores concurrentes, donde se evaluó el tema, generando un reporte mensual de lo facturado por consulta en urgencias e interconsulta ambulatoria e interhospitalaria, evaluando la atención en las primeras 24 horas Actualmente se están adelantando acercamientos con el proveedor de la herramienta tecnológica para realizar la actualización y ajustes necesarios
			Realizar seguimiento mensual a los indicadores de: interconsultas, consultas especializadas en el servicio de urgencias ( en las primeras 24 horas).	A través de la platfoma de urgencias se realizará el seguimiento mensual del comportamiento de los indicadores de producción de actividades en el servicio de urgencias ( menor o igual a 24 horas) y las actividades facturables en este servicio.		Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zanate - Profesional Universitario de Facturación	01/12/2017	01/12/2018	copia de actas de reunion -facturación del servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realiza análisis de los indicadores y se diseñan planes de mejora en la los hallazgos encontrados	
			Medir, comparar, analizar los eventos y/o actividades facturadas en el servicio de urgencias comparada con la producción en este servicio en este periodo ( menos o igual a 24 horas)	Solicitar a través de la Gerencia de la ESE HUS el desarrollo de la herramienta tecnológica al Administrador del software DGH Dinámica general para poder medir la producción y facturación de las actividades en el servicio de urgencias ( menor o igual a 24 horas).	PRODUCCION X 100	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zanate - Profesional Universitario de Facturación	01/12/2017	01/12/2018	copia de actas de reunion -facturación del servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Actualmente se están adelantando acercamientos con el proveedor de la herramienta tecnológica para realizar la actualización y ajustes necesarios	
			Ajustar según resultados de proceso según el autocontrol.	Elaborar e implementar acciones de mejora		Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zanate - Profesional Universitario de Facturación	01/12/2017	01/12/2018	copia de actas de reunion -facturación del servicios de urgencias específicamente consultas e interconsultas	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realiza análisis de los indicadores y se diseñan planes de mejora en la los hallazgos encontrados	
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 análisis de casos de movilidad materna extrema en los formatos preestablecidos por el HUS	Unear consecutivos de las actas con soportes de asistencia y archivar.	Número de historias analizadas/Numero de actas realizadas	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/01/2018	31/12/2018	Actas de reunión GGDFO-FO-12, versión 4 Proceso Gestión Integral de la Información N° 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron reuniones, tema Movilidad Materna Extrema
49	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta incoherencia en la información capturada, reportada y procesada en algunos de los eventos de interés en salud pública en las vigencias 2015, 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 herramienta para consolidación 3. Garantizar el debido reporte de la información 4. Capacitar las personas que reportan la información y realizar seguimiento mensual	numero de eventos de interés en salud pública capturados/numero de eventos de interés en salud pública reportados	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/06/2018	31/12/2018	Formato de eventos capturados ficha epidemiológicas Eventos datos básicos extraídos del SVIGILA Notificación individual por períodos epidemiológicos del SVIGILA	La actividad cuenta con evidencias 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 SVIGILA. Se creó herramienta para contrastar entre las fichas epidemiológicas recibidas en la oficina de vigilancia epidemiológica y lo registrado en el SVIGILA.	
50	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta incoherencia en la información capturada, reportada y procesada en algunos de los eventos de interés en salud pública en las vigencias 2015, 2016 y primer semestre de 2017, lo cual genera dudas frente a la calidad del dato reportado por probable subregistro por parte del personal asistencial u otras razones.	Capacitar al personal asistencial sobre la identificación de patología 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 modce montar capacitación	numero de personas capacitadas/personal asistencial	Miriam Fanny Araya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiología	01/11/2018	31/12/2018	Anexo dispositivas elaboradas y entregadas a la oficina de talento humano para la plataforma moodle.	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/05/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se llevó a cabo el próximo jueves 13 de septiembre sobre el perfil epidemiológico de la ESE HUS dirigido a todos los colaboradores en el Hemoconito a las 7 am con el apoyo de la oficina de talento humano quien está elaborando la invitación. Anexo dispositivas elaboradas y entregadas a la oficina de talento humano para la plataforma moodle.	
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	Se envía evidencia al correo electrónico	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/06/2018	OPORTUNO	70%-99%	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.	

		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	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Hombre / Cargo											
52	ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no presentar disponibilidad de agendas de algunas de las especialidades estando habitadas, 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 dos (2) horas semanales en la oferta de Consulta Externa en la Especialidad de Coloproctología. 4) Jornadas adicionales de Consultas en la Especialidad de Medicina Interna los días 23 y 30 de enero de 2018 (9 horas adicionales) 5) Verificación y Ajuste de horario de todas 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			
53	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta prácticas inadecuadas y acciones inadecuadas en la prestación del servicio, que evidencia la no implementación del programa de seguridad instruccional establecido.	Fortalecer el despliegue de la política de seguridad del paciente.	Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente y en la metodología para el reporte y análisis multicausal de eventos e incidentes asociados con la atención en salud dentro de la ESE HUS.	Numero, de multiplicadores formados	20	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Formatos de asistencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Seminario taller en iteración y gestión en seguridad del paciente			
			Fomentar e incentivar el reporte voluntario de eventos	Crear cultura del reporte voluntario de incidentes y eventos adversos en todo el personal de la ESE HUS a través de los grupos primarios.	Numero de reportes mensuales de incidentes y eventos adversos	aumentar en 10% los reportes a seguridad del paciente, respecto a la vigencia anterior	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Formato de asistencia 33 colaboradores	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Socialización de política de seguridad del paciente - reporte de incidentes y eventos adversos en grupo primario de rehabilitación.			
			Capacitar en los servicios sobre temas de seguridad del paciente.	Definir programa de inducción y reinducción en Seguridad del Paciente para todos los colaboradores independiente de su tipo de contratación.	número de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente/total de colaboradores	>90% de colaboradores capacitados.	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Documentos de excel extraídos de la aula virtual Formato de asistencia vigilancia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Inducciones en seguridad del paciente de febrero a agosto de 2018: 1599 colaboradores. Socialización de protocolo de prevención de fuga o pérdida de paciente a través del aula virtual moodle del 26 de julio al 5 de septiembre de 2018: 495 colaboradores. Socialización de protocolo de prevención de fuga o pérdida de paciente a vigilancia: 54 Socialización de instructivo de identificación de paciente a través del aula virtual moodle. Mayo 24 a septiembre 4 de 2018: 816			
			Implementar el reporte de eventos a través de la herramienta tecnológica en medio electrónico	Adquisición de un software, que permita en tiempo real conocer la situación de los servicios respecto a incidentes y eventos adversos, permitiendo el abordaje inmediato de la situación e implementación de las acciones de mejora	software de reporte	contar con el software antes de la fecha de terminación	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	28/02/2018	Formatos de firmas de reuniones y video conferencias con Almería	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Actualmente de cuenta desde el mes de noviembre de 2017 con la plataforma BEPA, sin embargo se adquirió el software ALMERA el cual se encuentra en parametrización para iniciar la implementación en la institución.			
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 educado de muestras de laboratorio y exposición de fluidos como sangre presuntamente incumple con el Manual de Conductas Básicas en Bioseguridad del Ministerio de Salud y Protección Social y el manual de Bioseguridad propio.	Garantizar la dispensación de los insumos para el lavado de manos solicitados por los servicios	Elaborar plan de compras donde se establecen los volúmenes de insumos para el lavado de manos suficientes y acorde a la demanda de los servicios asistenciales para la vigencia 2018	(Insumos para el lavado de manos despachado por farmacia) Total de insumos para el lavado de manos solicitados a farmacia por los servicios*100	100	Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Claudia Juliana Roa Ardila 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.	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				01/01/2018	31/12/2018	* Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017. * Despacho de toallas desechables para el lavado de manos a los servicios	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	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	Realizar campañas educativas de autocuidado en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES LABORALES Numero de veces que ocurre un accidente laboral, en un periodo de tiempo. Formula = N/a. De accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo / total de horas hombre trabajadas en el periodo X 36000	Realizar inspecciones de seguridad periódicamente en cumplimiento de las normas de bioseguridad en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	MORTALIDAD DE LOS ACCIDENTES LABORALES Numero de accidentes	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	registros de asistencia Registro fotografico informes de indicadores de accidentalidad	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Realización de pausas activas en las áreas del HUS Ubicación de señalización alusiva a Espacios libres de humo Capacitación en Higiene Postural Capacitación en Investigación de Accidentes al Casasat. Realización de seguimiento de ejecución de actividades del SG-SS. Capacitación en Resolución de conflictos al Comité de Convivencia Laboral.
			Realizar inspecciones de seguridad periódicamente en cumplimiento de las normas de bioseguridad en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	Realizar inspecciones de seguridad periódicamente en cumplimiento de las normas de bioseguridad en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	Numero de días perdidos (o cargados por accidentes laborales) en un periodo de tiempo. Formula= No. de días de trabajo perdidos por accidentes de trabajo en el periodo / número de días cargados en el periodo X 36000					Damary Rueda Sanchez, Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	Registros de asistencia	La actividad cuenta con evidencias implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%		Inspecciones ergonomicas a los puestos de trabajo. Rondas técnicas de seguridad del ambiente físico Inspección en normas de bioseguridad Inspección en riesgo biológico Verificación de estándares de bioseguridad

		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	
			Implementar estrategias de promoción y prevención del autocuidado en la ejecución de sus actividades	laborales mortales en un periodo de tiempo. Formas, número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo y total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo) X100			Danny Rueda Sanchez, Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	Registros de asistencia Formato de entrega de dosímetros Oficios enviados	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	Recambio mensual de dosímetro al personal ocupacionalmente expuesto Tramitar la entrega de elementos de protección personal al personal de las diferentes áreas Solicitud adecuación de sendero peatonal Tramitar el reporte de condiciones inseguras realizadas por el personal de las áreas. Socialización de resultados de practica de inspecciones ergonomicas a los puestos de trabajo. Capacitación en Farmaco-dependencia.	
		Capacitar al personal de enfermería de todos los servicios sobre el manejo adecuado de muestras de laboratorio.	Se capacitará el personal de enfermería en las prácticas seguras para la toma de muestra, conservación y envío de muestras a laboratorio	(Num de capacitaciones realizadas/Num de capacitaciones programadas) *100	100		Laura María Adella Pimiento Profesional Universitario Área de la Salud Laboratorio Clínico	1/04/2018	31/12/2018	Adjunto oficios: 7010-LC-027-2018-3000-SSE-04-2018 y Listado de Asistentes Primer Ciclo de Capacitaciones Listado de Asistencia Segundo Ciclo de Capacitaciones Adjunto solicitud por correo electrónico de la agenda para el mes de octubre para realizar el tercer ciclo de capacitaciones del año 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	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: 00a. a 11:00 a.m. Realizándose tres capacitaciones ese mismo día. El tercer ciclo de capacitaciones se realizará a partir del mes de Octubre de acuerdo a la disponibilidad brindada por la Subgerencia de Enfermería y el Comité de Educación del Servicio de Enfermería y se enfocará en aquellos hallazgos repetitivos de algunos servicios puntuales.	
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 baffle, para empaque de dispositivos médicos en vapor, Papel Tyvek rolo empaque Sierra de 70X500, 70X300, Tira o integrador químico a vapor para el control de paquetes que garanticen un control frente al material estén presuntamente incumplido 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.	Control de equipos con resultados correctos/total de equipos realizados *100	100		Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Juan Paulo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas	15/11/2017	31/12/2018	* Comunicado 3000-ase-30-2018 Relación de Falta de Insumos médicos Central de Esterilización. * Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería (esterilización) * Oficio enviado desde la central de esterilización a la Subgerencia de enfermería. * Reporte de indicadores enviados a la Oficina Asesora de Calidad. * 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 Helda 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 Biorobottech, Central de Esterilización no envió correo a la Subgerencia Quirúrgica informando los insumos requeridos para realizar un adecuado abastecimiento.
54	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 indicadores, 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 6° piso, para garantizar el control y la calidad del servicio.  Realizar un inventario de los equipos biomédicos (Activos), 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 Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo  Juan Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo Sandra Milena Rodriguez, Profesional Universitario de Mantenimiento	15/11/2017	31/12/2018	Se adjuntan fotografías de Central de Esterilización en piso sexto.  Se adjunta certificación emitida por la Profesional Universitario de Mantenimiento de la ESE HUS, acerca del inventario realizado a las Autoclaves y el avance del inventario al instrumental.  Se adjunta copia de Oficios dirigidos a Almacén solicitando la baja de algunos equipos e instrumental quirúrgico.  Se adjunta reporte de indicadores correspondiente a los meses Junio, Julio y Agosto de 2018	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	Se realizó verificación del funcionamiento del proceso de Esterilización, el cual se encuentra controlado en el sexto piso, junto a quíbranos, garantizando el control y la calidad del servicio.  Se realizó inventario a las Autoclaves de la Institución, por parte de la Oficina de Mantenimiento.  Se inició el levantamiento del inventario técnico del instrumental quirúrgico.  Se solicitó la baja de algunos equipos e instrumental quirúrgico.	
		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 cuente con suficiente disponibilidad presupuestal.	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.  Informar 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.	# 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	30/11/2017	31/12/2018	Comunicado Alvaro Gomez Torrado Subgerente De Alto Costo-Subgerente De Servicios Médicos E  Estado de Guías Prácticas Clínicas  Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica	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 (e) solicitando la colaboración en la priorización de ingresos de pacientes, debido al no cumplimiento de los requerimientos propuestos por el Servicio Farmacéutico en el mes de diciembre del año 2017.
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 riesgos por mala calidad del servicio farmacéutico a los pacientes (pertinencia, accesibilidad, oportunidad, continuidad y seguridad).	Evaluar el estado actual de avance de elaboración e implementación de guías de práctica clínica que contribuya a la identificación de medicamentos más necesarios en los diferentes servicios.  Actualizar el Listado básico de Medicamentos en el fin de racionalizar la compra y utilización de medicamentos necesarios para la atención en salud de patologías de alta complejidad.				Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; Subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia  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	Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	Se dio inicio a la revisión de las Guías Prácticas Clínicas para identificar los medicamentos a priorizar	
			Presentar en el Comité de Farmacia y Terapéutica el listado básico de medicamentos actualizado a las diferentes subgerencias asistenciales.				Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; Subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica	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
							Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; Subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	Comité De Farmacia Y Terapéutica Marzo 9 De 2018 Listado De Asistencia De Comité De Farmacia Y Terapéutica	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 listado básico de medicamentos institucional.

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	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación								
						Nombre / Cargo										
58	ASISTENCIAL	Reforzar 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, mensual/totalidad de servicios asistenciales.	mayor del 90%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H58LISTA DE CAPACITACIONES SOBRE BPA RADICADO CALIDAD PROCESOS	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	El Procedimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento se ha revisado y radicado en la Oficina Asesora de Calidad para su actualización; 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.	Exigir a los proveedores el suministro de medicamentos con mínimo un año de vida útil.			Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	N68REQUERIMIENTO 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 BPA	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	El Procedimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento se ha revisado y radicado en la Oficina Asesora de Calidad para su actualización; 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 insumos 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.			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	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	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 consumo de insumos de consumo de servicio asistencial y despachar los productos acorde a estas estadísticas.	Numero de medicamentos dispositivos médicos e insumos entregados al servicio	10	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H59MAXIMO Y MINIMO- 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 registros 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 evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%	CERRADO	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 registros 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	31/08/2018	OPORTUNO	34%-69%	CERRADO	Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia
60	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, cuenta con los equipos e instalaciones para la producción de gases medicinales, pero no controla adecuadamente la producción industrial de aire medicinal para los usuarios del Hospital, sin embargo, no entregó a este equipo auditor, la certificación de buenas prácticas BPM, emitidas por el ente de control INVIMA, para su funcionamiento.	Suspender la producción de aire medicinal hasta tanto se cuenta con la certificación en BPM.	% de Avance 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	Cumplimiento del 100% de ejecución en Etiqueta implementación y resultado.	Edgar Julian Niño Camillo - Gerente Mertha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Sandra Rodriguez - Profesional Universitario Mantenimiento Manuel de Jesus Jimenez - Profesional Universitario de Farmacia.	01/12/2017	31/12/2019								Se suscribió el contrato No 516 de 2014, cuyo objeto es "Consultoría para la realización del diagnóstico e informe actual de la central de gases medicinales de la ESE HUS, con el fin de iniciar el proyecto de construcción, compra de equipos y certificación en buenas prácticas de manufactura para gases medicinales INVIMA, según acuerdo de junta directiva No 50 del 11 de noviembre de 2014". Con la ejecución del contrato, se obtuvo el diagnóstico real de la institución y la proyección técnica - diseños y económica de la central de gases medicinales; en consecuencia, el informe final estimó el valor de construcción y suministro de red y equipos, de la central de gases medicinales por \$3.115.992.202.
		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.				10/11/2017	31/12/2019	H60COMPRESOR NUEVO CONSULTORA CORREOS	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	1%-33%	CERRADO	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 adopción civil y suministro de material de aire 2x12 bajo contrato No 16716 ya instalación y suministro de un sistema de aire, bajo contrato No 24216, con el fin de mejorar el área y 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					10/11/2017	31/12/2019								
61	ASISTENCIAL	A través del programa de inducción y reincidencia reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos.	A través de la inducción y reincidencia reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos y realizar evaluación de adherencia.	(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 listado de personas capacitadas con sus respectivas calificaciones de la evaluación.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó capacitación en manejo y clasificación de los residuos hospitalarios a los procesos estratégicos, misionales, por medio de la Plataforma Moodle con su respectiva evaluación de adherencia
		Auditorías internas en los servicios para verificar la segregación de la fuente.	Realizar auditorías no anunciadas en los servicios para verificar la segregación en 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.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó auditoría a los servicios de: Central de esterilización, quironotos, urgencias pediátricas, lactario.
		Capacitar en los diferentes servicios en la clasificación de los residuos hospitalarios.	Realizar charla al personal que se encuentra de turno al momento de la 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 asistencia.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reorientación al personal que recibe la visita de la Auditoría.
		Ayuda visual a través de los protectores de pantalla de los computadores.	Ayuda visual a través de los protectores de pantalla de los computadores.			Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018	Se adjuntan los protectores de pantallas publicados.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se colocaron los protectores de pantalla del día del agua, la política de gestión ambiental y la clasificación de los residuos hospitalarios.
62	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, en las áreas de almacenamiento intermedio y central de residuos, no cumple con los parámetros normativos definidos.	Presentar proyecto adecuación cuartos de clasificación y disposición de residuos	Proyectos presentados	1	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval - Profesional Universitario Servicios Básicos.	22/11/2017	31/03/2018	PROYECTO A NIVEL DE PERFIL PARA LA IMPLEMENTACION DE CUARTOS DE RESIDUOS INTERMEDIOS EN LA EMPRESA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	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	Ejecución de obras	Contrato de obra ejecutado	1		04/06/2018	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/08/2018	OPORTUNO	0%	CERRADO	Cuando existan los recursos financieros y contratos respectivos.

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACION									
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
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.	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 EPP= [(# de Epp Entregados al personal) / (# de Epp Requeridos)]*100	100	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos.	09/11/2017	17/11/2017	Se anexan evidencias en 56 fotos útiles.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	17/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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.	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 evaluado	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 ESE 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 paritario 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	Se remite la par a la dependencia pertinente para que ésta realice la indagación y análisis, tomando las medidas correctivas, expresadas a través de planes de mejoramiento (revisión del proceso, actividades, conocimientos, socializaciones, llamados de atención, verificación de la adherencia, u otra acción); posteriormente se emite respuesta al usuario con sus respectivos soportes y se envía copia a siau para su publicación en página web de la entidad y posterior su archivo.  La ESE Hospital Universitario de Santander, establece acciones de mejora con respecto al resultado de las PQRS de las cuales no se observa ejecución y seguimiento de acuerdo a lo ordenado en el Título VII Capítulo I de la Circular Única por la Superintendencia Nacional de Salud.	Enviar correo electrónico adjuntando 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. SICFRÉDO FONSECA GONZALEZ Subgerente de Apoyo Diagnóstico LADY RODRIGUEZ BURBANO Subgerente de servicios médicos HELENA CECLA AMAYA DIAZ Subgerente de Enfermería JUAN PABLO SERRANO PASTRANA Subgerente de Servicios Quirúrgicos JURNEDEBACHER Subgerente Mujer e Infancia ALVARO GOMEZ TORRADO Subgerente de Alto Costo YOLANDA CEDELL CASTILLO Especializado UFRFSB LUIS HERNAN TRIANA SANDOVAL Prof. Universitario de Servicios Básicos	01/07/2017	31/12/2017	Ver cuadro excel consolidado 2017/CARPETA PAMEC, SIAU EVIDENCIAS, AUDITORIA PC) Vigencia 2017	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 Quirúrgicos dentro del período marzo-mayo 2018
		Realizar seguimiento a las PQRS recibidas, gestionadas, en trámite y resueltas	Realizar visita a las dependencias registrando seguimiento a las PQRS en acta y lista de asistencia.	# de Seguirmentos realizados	10 Seguirmentos	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 se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	Visitas de auditoría por parte de siau a las dependencias pertinentes: sub enfermería, sub medicas, sub quirurgicas, sub mujer infancia, facturación.
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 realizó nuevo cronograma de auditoría al servicio de alimentación para verificar transporte y rotulación de las dietas hospitalarias.	% 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	Inspección a los carros transportadores y rotulos de las dietas hospitalarias de los pacientes
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.	Se aplicará lista de chequeo al procedimiento de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos a cargo de la empresa contratista.	% de cumplimiento a los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos.	90 a 100%	GUILLELMO GOMEZ MOYA, Subgerente Servicios Ambulatorios Empresa contratista ECOSERVIR S.A.S	01/12/2017	31/01/2018	H67-MGN-02 Manual para el Almacenamiento de Alimentos.CRE P1GN-01 Protocolo entrega de Dietas.CRE P1GN-02 Protocolo de recepción de Alimentos Preparados.CRE (1) Lista 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 a cargo de la empresa contratista.
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 mejoramiento.	La ESE HUS, formulará Proyecto para realizar mejoramiento y adecuación de las condiciones de infraestructura del área de oncología y salas de quimioterapia.  Elaboración del proyecto arquitectónico para la inversión en adecuación y remodelación de toda el área.	Proyectos formulados  Área Btenvenida	1  100% del área del Servicio de Oncología y Quimioterapia	Edgar Julian Niño Camilo-Gente Jefe Oficina jurídica Luis Hernán Triana - Profesional Universitario de Servicios Básicos Equipo de infraestructura	31/12/2017  30/04/2018	31/12/2018  31/12/2018	Requerimiento simple N° 9  Certificado suscrito por la profesional especializada de la UFRFSB con funciones asignadas del profesional de Servicios Básicos.	La actividad se encuentra totalmente cumplida  La actividad cuenta con evidencias de implementación	CERRADO  EN EJECUCIÓN	13/03/2018  31/08/2018	OPORTUNO  OPORTUNO	100%  34%-69%	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.  Se elaboró el proyecto arquitectónico para la inversión en adecuación y remodelación del área de Oncología, no obstante, se requiere el área ocupada por los equipos Simulator, Gamacámara y cabina de Rayo láser, por lo que el 16 de agosto fue radicada por el área de mantenimiento la respectiva necesidad solicitando el desmonte de los mismos, tal como consta en certificado adjunto.

		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
60 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no exhibió los procedimientos de Oncología y quimioterapia estandarizados, adaptados y/o adoptados, documentados, socializados y controlados de manera adecuada y oficial en la Institución, para el suministro de quimioterapia en condiciones pertinentes y seguras, por ende no hay adherencia a los mismos.	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 del 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 pulmón.	# de guías socializadas / #total de guías a socializar*100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - 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 del 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 pulmón. 10. Guía de manejo del paciente con cáncer de pulmón.	
		Elaborar las actualizaciones respectivas.						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 se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	NO OPORTUNO	100%	CERRADO NO OPORTUNO	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 Zable - 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%		Se revisaron los Procedimientos a los cuales se realizaron modificaciones, quedando pendiente para ser enviados a la oficina de calidad para su codificación respectiva: 1. Procedimiento de manejo, control y seguimiento del paciente en oncología y radioterapia. 2. Procedimiento del manejo del paciente con Quimioterapia.	
		Socializar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados	# de profesionales evaluados / # Total de Profesionales * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - 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	31/08/2018	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 Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/08/2018	NO OPORTUNO	0%		Se coordinará la elaboración de la evaluación de las guías con la Dra. Adriana Zableh médica coordinadora del servicio en el mes de septiembre, en el grupo primario del mes de septiembre de las Guías 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	
	Implementar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados							La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/05/2018	NO OPORTUNO	0%		Una vez se realice la evaluación de los procedimientos de oncología y quimioterapia actualizados 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, se dará inicio a la implementación		
70 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple estándares de historia clínica, la papelería de prescripción de quimioterapia en el servicio de oncología no está estandarizada, se encuentran revisiones hechas por enfermería en 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.	Estructurar en el sistema Dinamica NET el formato de Historias Clínicas el protocolo de administración de Quimioterapia.				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 modificó en la plataforma Dinamica Net de la Institución el formato de solicitud de procedimientos no quirúrgicos incluyendo una estructura más clara para el protocolo de administración de quimioterapia.	
		Construir con el personal asistencial el contenido requerido a fin de ser estructurado en la Historia Clínica para el protocolo de administración de Quimioterapia	# de especialistas capacitados / #total de especialistas hematocólogos * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	01/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunión donde se construyó el contenido requerido.	
		Elaborar requerimiento al comité de Historias Clínicas a fin de que se estructure el protocolo de administración de Quimioterapia en la Historia Clínica del paciente					01/11/2017	31/12/2018	Oficio consecutivo N° 9000-SSAC-00109-2018 de fecha 13 de Marzo de 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró el requerimiento de modificación en la Historia Clínica del paciente el Protocolo de Administración de Quimioterapia, con los campos que se mencionan a continuación, en razón a que el texto actual por ser de formato de presea para confusión en las indicaciones y se debe solicitar al Médico Especialista lo transcribe claramente en una hoja de Word. - Protocolo - Ciclo - Premeditación - Medicamentos de Quimioterapia - Fecha de Administración de Quimioterapia - Teléfono del Paciente
		Socializar las modificaciones con el personal del servicio					01/11/2017	31/12/2018	Adjunto correo electrónico enviado a la oficina de sistemas	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	OPORTUNO	70%-99%		Se solicitó a la oficina de sistemas realice la socialización de la modificación realizada al formato en la plataforma Dinamica Net de la institución.
		Evaluar al personal					01/11/2017	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/08/2018	OPORTUNO	0%		Una vez se cuente con las modificaciones indicadas se coordinará con la oficina de sistemas la elaboración de evaluación
		Implementar el formato					01/11/2017	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABERTO	31/08/2018	OPORTUNO	0%		Una vez se cuente con las modificaciones indicadas se coordinará con la oficina de sistemas la elaboración de evaluación
71 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, prestó servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, irradiando presuntamente zonas sanas y equivocando los sitios de radioterapia, situaciones compatibles con fallas en la pertinencia, seguridad, accesibilidad, continuidad y traslado de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, atención a fallas escasas en la prestación del servicio de radioterapia, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud, con calidad.	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				14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunión donde se identificó y se definió una estrategia para evitar que vuelva a ocurrir el hallazgo presentado.	
		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 digitales (IVS) para la toma de imágenes portales.	KPa= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100		Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	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	
		Adquisición de los insumos para la toma de imágenes de posicionamiento de los pacientes que inician y se encuentran en tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal					14/11/2017	31/12/2018	Copía del correo enviado por la Subgerencia de Servicios de Alto Costo/Oficina de informe de número de placas a la Subgerencia Administrativa y Generencia	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 las siguientes semanas.
		Supervisar que ante la no consecución de las placas radiográficas se suspendan los tratamientos y se informe a la Gerencia y Subgerencia Administrativa.					14/11/2017	31/12/2018	Copía del correo enviado por la Subgerencia de Servicios de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Generencia	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.



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	Fecha de Inicio									Fecha de Terminación	
							Nombre / Cargo										
			Prestar al servicio con los insumos requeridos a fin de garantizar el tratamiento en los pacientes seguro				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 Almacén indicando que se encuentran 3 cajas de placas Radiográficas y así continuar con los tratamientos	
72	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al prestar servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, irradiando presuntamente zonas sanas y equivocando los sitios con patología, presenta presuntas fallas éticas y disciplinarias por no garantizar la seguridad, accesibilidad, continuidad, pertinencia de la atención y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud.	Definir el índice de placas radiográficas de radioterapia	ICP= (No. Placas Radiográficas / 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 Aporte - Médico Físico	01/01/2018	31/12/2018	Formato GT-FO-20 Version 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									
			Implementación del índice de gasto de placas radiográficas			Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Diego Aporte - Médico Físico	10/08/2017	31/12/2018	Copia del correo enviado por la Subgerencia de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	10/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 10 de noviembre de 2017 se envía 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.	
73	ASISTENCIAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA							
74	ASISTENCIAL	Solicitar actualización de guías al Departamento de Ginecobstetricia - UIS	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 GINECO- OBSTETRICIA-	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	31/08/2018	NO OPORTUNO	1%-33%		Se está revisando la normalidad derogada como resolución 1441 del 2013.	

Firma del Evaluador

Nombre:

Cargo: