



PROCESO	AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS		CÓDIGO	AIFT06
FORMATO	FICHA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO		VERSIÓN	1

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			
NIT DE LA ENTIDAD	900.006.037	DV	4	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO			
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	91.479.575			
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD	CARRERA 33 # 28-126			
TELÉFONOS	6346110			
FAX				
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@hus.gov.co			
FORMA POR LA CUAL SE DETECTÓ EL HALLAZGO	Auditoría / Visita inspectiva			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	28/11/2017	NURC DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	1-2017-190593	
NOMBRE DE QUIEN EVALUA EL PLAN DE MEJORA	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?	¿COMO?	¿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
1 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, no tiene conformada la estructura organizacional a partir de la estructura básica funcional.	Actualizar la estructura organizacional de acuerdo a la estructura básica funcional descrita en el Decreto No 025 de febrero 04 de 2005, por medio del cual se crea la ESE Hospital Universitario de Santander	Revisar y ajustar la estructura organizacional para ser presentada ante la Junta Directiva para su revisión y aprobación pertinente	Estructura organizacional ajustada	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damarly 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.SOCIALIZACION 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 acapite de conformación con los miembros de la junta directiva con sus respectivos actos administrativos de nombramiento (actualización según periodos)	Elaboración Carpeta	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente-Secretaría Junta Directiva	21/11/2017	13/12/2017	Carpeta con normatividad junta directiva ESE, norma creación, estatutos, reglamento interno y un acapite de conformación con los miembros de la junta directiva con sus respectivos actos administrativos de nombramiento.(actualización según periodos) 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 basicos de la Junta Directiva en fisico y en digital.
3 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander, al no realizar las reuniones ordinarias en el mes de enero de 2016.	En caso de llegarse el tercer miércoles del mes sin haberse realizado la reunión ordinaria, tres miembros de la junta directiva citaran para su realización ante de terminar el mes.	Mediante convocatoria a todos los miembros estableciendo hora y lugar de realización de la Junta Directiva a través del electronica.	(Numero de reuniones ordinarias realizadas/12)*100	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	Plan de mejoramiento presentado 13 de Diciembre de 2017 e Informe presentado a la Junta Directiva en sesion 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 sesion ordinaria el día 13 de Diciembre de 2017.
4 ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario de Santander,realizan las reuniones ordinarias y extraordinarias con personas delegadas (Gobernador de Santander, Rector UIS, Secretario de Salud de Santander) sin su respectivo acto administrativo, delegando la representación de dos miembros (Gobernador y secretario de Salud) en una misma persona, sin que medie acto administrativo.	Presentar en el punto de verificación del 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/total delegaciones *100	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 delegacion
5 ADMINISTRATIVO	El Secretario de Salud Departamental de Santander y el Rector de la UIS representantes del Estamento Político Administrativo no asistieron cinco (5) veces a las reuniones incumpliendo con el Estatuto Interno de la ESE HUS en relación a la inasistencia injustificada a cinco (5) reuniones durante el año siendo casual 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 presento en el mes de Enero de 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizo informe semestral sobre el desarrollo de las reuniones de la junta directiva,dentro del cual esta la asistencia de sus integrantes.

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									
6	ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander al no reportar la información de la Circular 009 de 2015 los meses de junio, agosto, noviembre y diciembre de 2016 y enero a abril de 2017, referente a la obligatoriedad de reportar la información por parte de los Gerentes encargados y a los que estando en propiedad no son objeto de evaluación del Informe de Gestión anual por parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, detallada sobre las gestiones adelantadas en las áreas asistenciales, administrativas y financieras de la ESE.	Enviar el informe 1 día antes del cumplimiento de la fecha establecida para la entrega en la Supersalud	Que cada una de las áreas involucradas en el proceso relacionado con la circular 009 de 2015 preparen el informe de manera anticipada para poder analizar la información y enviarla de manera oportuna	# 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 invitar a una persona como apoyo y participación activa para realizar la evaluación del Plan de Gestión del gerente para la vigencia 2015, sin que dicha persona formara parte del cuerpo colegiado ni representara a ningún miembro del estamento de la junta directiva.	Programa anual de capacitación en temas pertinentes de la Junta Directiva	Diagnostico mediante encuesta sobre temas que consideren se deben conocer para el funcionamiento de la Junta Directiva y realizar cronograma.	Plan de capacitación de Junta Directiva	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/01/2018	01/03/2018	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	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se realizó Plan de capacitación a miembros de la Junta Directiva.
8	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta vicios de legalidad en la evaluación del Plan de Gestión del gerente para la vigencia 2015, debido a que las personas asistentes no tienen acto administrativo de delegación como miembros del estamento político administrativo (Secretaría de Salud de Santander, Gobernación de Santander, Rectoría de la UIS) de la ESE.	Presentar en el punto de verificación del quórum los actos administrativos de delegación	Adjuntar los actos administrativos de delegación a las actas enviadas a los miembros de la Junta Directiva	Numero de actos administrativos/total delegaciones *100	100	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente- Secretaria Junta Directiva	01/12/2017	31/12/2018	carpeta con actos administrativos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se presentan en el punto de verificación del quórum los actos administrativos de delegación
9	ADMINISTRATIVO	No se evidencia que el Hospital Universitario de Santander realice inducción y reintroducción al personal de planta y contratado por OPS para la vigencia 2015 y 2016 y lo corrido del 2017. Incumple Resolución 2003 del 2014 Estandar del Talento Humano	Continuar con el Fortalecimiento del Proceso de Inducción y Reintroducción al personal de Planta	Una vez se posesiona el personal de planta se le crea el usuario y contraseña en la plataforma MOODLE y se le da un plazo de una (01) semana para la realización de la inducción institucional general e incorporarlos así a la cultura organizacional de la Institucional.	No inducciones realizadas/No de funcionarios con nuevos ingresos	1	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018	H9/9.CERTIFICADO INDUCCION GERMAN PEÑA 9.CERTIFICADO IVAN ANDRES HERRERA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO GERMAN PEÑA 9.CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO IVAN ANDRES HERRERA 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Fwd_INDUCCION 9.Correo de Hospital Universitario de Santander - Inducción General de la ESE Hospital Universitario de Santander 9.INDUCCION CPS 9.INDUCCION GERMAN PEÑA 9.INDUCCION ING OSCAR REYES 9.INDUCCION IVAN 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 Enfermería de la Subgerencia Servicios de Enfermería 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-PR-02 Procedimiento de Inducción, GTH-PR-03 Procedimiento de Reintroducción y la GTH-GLU-01 Guía de Inducción al personal contratado por OPS.	Enviar oficio a los Subgerentes, Jefes de las Oficinas Asesoras y Jefes de las Unidades Funcionales, para que una vez firmada el acta de inicio, el supervisor técnico comunica al personal contratado por OPS, que debe realizar la Inducción a la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante la plataforma virtual, durante la primera semana de ingreso a la Institución.	No. Inducción en la Plataforma realizadas / No de personal OPS * 100	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damary Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	17/11/2017	30/12/2018	Listado de personal vinculado por CPS, gráfico de personal capacitado en inducción general	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se continúa aplicando el proceso de inducción y reintroducción, se asignan usuarios contraseñas para acceso al aula virtual de aprendizaje y se hace seguimiento a los procesos del personal contratado por OPS. Se comunica a las subgerencias y oficinas para que el personal cumpla con el objetivo. De un total de (141) personas inscritas en el Aula virtual de Aprendizaje, veintiseis (26) han culminado la inducción, trece (13) no han iniciado y (2) finalizaron su contrato	
10	ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander presenta una deficiente gestión de riesgos, aunque se tienen identificados, valorados y cuentan con la implementación de la política de riesgos, hay ausencia de controles y/o son efectivos debido a que los riesgos se materializan.	Valorar el diseño y efectividad de los controles desde 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	Julio Herman Villabona Vargas - Jefe Oficina Asesora de Control Interno	01/12/2017	30/12/2018	mapa de riesgos AMFE Listado de capacitaciones Informe mapa de riesgos 2018 Procedimiento Auditoria Interna de Control Interno Matriz priorización de auditorias Formatos auditoria	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró política de gestión del riesgo. Se elaboró formato de mapa de riesgos Se realizó capacitación sobre la metodología de elaboración de mapa de riesgos Se elaboraron matrices de riesgos con metodología AMFE y mapa de riesgos de corrupción con metodología DAFP. Se elaboró informe de mapa de riesgos. Se elaboró programa anual de auditorias utilizando matriz de priorización, donde uno de los criterios es el factor de riesgos. Se actualizó el procedimiento de Auditoria Interna con enfoque a riesgo

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
11 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no cumplir con el pago oportuno a terceros para la contratación de personal de los procesos administrativos, asistenciales y de apoyo, está afectando la continuidad en los pagos de las empresas tercerizadas al personal contratado para dichos procesos.	La E.S.E. HUS, en los procesos contractuales que tramite y que tengan como objeto la vinculación de personal, exigirá que la capacidad financiera del contratista y la capacidad residual de contratación sea lo suficientemente sólida, en aras de garantizar la contratación con empresas con músculo financiero fuerte, en observancia del Artículo 3º inciso 2 de la Ley 80 de 1993, que a su tenor señala que "los particulares, por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que colaboran con ellas en el logro de sus fines y cumplen una función social que, como tal, implica obligaciones"; dada la situación financiera del Sector Salud en Colombia.	Incluir en los Pliegos de Condiciones, Indicadores financieros altos para los procesos de contratación de personal de Supervisión e Interventoría 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 Contratación de personal que incluyan 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 pagina 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 mayores y menores índices de endeudamiento y se establecieron mesas de trabajo con las empresas contratistas mejorando los pagos a los mismos y por consiguiente los pagos laborales de cada una de estas empresas
12 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander vincula personal mistral asistencia, mediante la contratación suscrita con la organización sindical de tal forma que presuntamente se configura una posible tercerización laboral para la prestación de servicios de médicos generales y especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, así como de otros profesionales del área de la salud.	El CONTRATO SINDICAL es legal, de conformidad con el Decreto 1429 de 2010, según el cual es una institución jurídica del Derecho Colectivo del Trabajo, a través del cual los Sindicatos pueden participar en la gestión de las empresas y en la promoción del trabajo colectivo. Es así como la Corte Constitucional en Sentencia T-457 de 2011, con ponencia del Magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, señaló: "(...) como está regulado el contrato colectivo sindical en nuestro país, se busca proveer el derecho a la negociación colectiva, a la promoción del derecho de asociación sindical y a generar múltiples empleos más dignos para los afiliados, en procura de dar una dinámica a la actividad sindical. Así mismo, busca mitigar el fenómeno de la tercerización reinante en Colombia, evitando de tal forma la desestabilización de la relación de trabajo (...)".	Continuar con la Contratación suscrita con Organizaciones Sindicales atendiendo que esa Tipología de Contrato se encuentra dentro del marco de legalidad garantizando los derechos de los profesionales, así como la prestación adecuada y oportuna de los servicios que oferta la E.S.E. HUS.	Numero de contratos suscritos con organizaciones sindicales para la prestación de servicios de salud, servicios asistenciales y gestión administrativa de la E.S.E. HUS/ Total de contratos suscritos para la prestación de servicios de salud, servicios asistenciales y gestión administrativa de la ESE HUS	100	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 realizo la contratación de los procesos asistenciales bajo la modalidad del contrato colectivo laboral sindical
13 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no realizar acuerdos de gestión para la vigencia 2015 y 2016 con los subgerentes de servicios de enfermería, de la mujer y la infancia, medica, servicios quirúrgicos, servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de Alto Costo.	Establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos de la ESE Hospital Universitario de Santander, entre el Gerente y los Subgerentes de servicios de enfermería, de la mujer y la infancia, medica, servicios quirúrgicos, servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de Alto Costo.	Se pactaron los Acuerdos de Gestión en el mes de Enero de 2018, entre el Gerente y los Subgerente de la ESE Hospital Universitario de Santander.	Numero de Acuerdos de Gestión Firmados/ No. De Subgerentes	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Damarly Rueda - Profesional Especializada de Talento Humano	01/01/2018	30/12/2018	H13/13.ACUERDO DE GESTION DR ALVARO GÓMEZ TORRADO 13.ACUERDO DE GESTION DR GUILLERMO GÓMEZ MOYA 13.ACUERDO DE GESTION DR JUAN PAULO SERRANO PASTRANA 13.ACUERDO DE GESTION DR JURG NIEDERBACHER 13.ACUERDO DE GESTION DR SIGIFREDO FONSECA 13.ACUERDO DE GESTION DRA LADY RODRÍGUEZ 13.ACUERDO DE GESTION DRA MARTHA ROSA VEGA 13.ACUERDO DE GESTION JEFE HELDA CECILIA AMAYA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	A la fecha todos los subgerentes de la Institución presentaron el respectivo Anexo 1: concertación seguimiento, retroalimentación, con corte a 28 de febrero de 2018, entregados el día 27 de marzo de 2018 a la Unidad Funcional de Talento Humano.
14 ADMINISTRATIVO	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al destinar recursos propios del presupuesto de vigencias 2014, 2015, 2016, para una obra sin que a la fecha se evidencie mejoría en el producto final de adecuación y mejoramiento de la infraestructura física del Hospital.	La E.S.E. HUS, no ha suscrito ningún contrato de obra comprometiendo vigencias futuras pues apropió el 100% de los recursos en la vigencia fiscal en que suscribió el contrato. Si bien, su ejecución contractual por diferentes causas ha obligado a la ejecución de los mismos y por consiguiente extenderse su ejecución durante varias vigencias; estos recursos pasan de vigencia a vigencia por medio de acto administrativo de constitución de cuentas por pagar.	Fortalecer la correcta ejecución de los contratos de obra, en aras de minimizar demoras en su ejecución y optimizar la infraestructura física que le permita a la E.S.E. HUS, ofrecer una mejor prestación de los servicios de salud.	Porcentaje de Contratos de Obra terminados dentro del plazo de ejecución pactado.	100	Equipo de Infraestructura.y Luis Hernán Triana Sandoval. Profesional Universitario Servicios Básicos	01/01/2018	31/12/2018	Reforzamiento placas de Urgencias (suspendido), Subestación Eléctrica en (Ejecución), Central de Urgencias - UCI Neonatal y Padiatrica (suspendido)	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	28/02/2019	INOPORTUNO	70%-99%	CERRADO	las obras no ha sido posible terminarlas dentro del plazo contractual, ya que se encuentran suspendidas. Central de Urgencias (530 de 2013) 60, avance 86% según lo reportado por la interventoría en el mes de Diciembre de 2018, se encuentra suspendida el 20 nov 2018 por que se encuentra suspendida por medida preventiva del financiamiento por regalías por parte del DNP, dineros necesarios para continuar con la obra. Reforzamiento placas de urgencias (067 de 2015), Fue reiniciado el 7 de noviembre de 2018, avance del 65,96%, fue suspendido el 7 diciembre de 2018, por suspensión del contrato 530 con el cual tiene actividades conexas. UCI Neonatal y Padiatrica (164 de 2013) Suspendido. 44,18% según lo avalado por interventoría en acta de pago parcial n°7. Subestación eléctrica (479 de 2015) En ejecución. 79,34% según interventoría del contrato. Se anexa evidencia
15 ADMINISTRATIVO	Presenta debilidades en la supervisión del contrato de obra civil, debido al incumplimiento en la entrega de la obra de reforzamiento estructural del Hospital en los tiempos estipulados a nivel contractual, el atraso en la entrega de la obra causó un detrimento patrimonial al Hospital porque afectó el total de los Egresos de los pacientes en un 5% y el total de días de camas disponibles en un 4%, esto debido al cierre de servicios que conlleva a la disminución en el número de camas, tal como se plasmó en el Informe de Rendición de Cuentas vigencia 2016.	En los procesos relacionados con la contratación de obras, se dará especial vigilancia al cumplimiento del cronograma establecido en el inicio de la Etapa de Ejecución y hasta la finalización de los contratos, salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito o las previstas legalmente que impidan su ejecución en el plazo inicialmente pactado.	Fortalecer el seguimiento de la fase de ejecución de los Contratos de Obra y del cumplimiento del cronograma, llevando un registro de dicho control en cada uno de los Comités de Obra que se realicen y exigiendo el cumplimiento de las funciones a los Supervisores e Interventores acorde al Manual de Interventoría de la Institución.	Porcentaje de Contratos de Obra con registro de cumplimiento del cronograma de ejecución en Actas de Comité de Obra.	100	Equipo de Infraestructura.y Luis Hernán Triana Sandoval. Profesional Universitario Servicios Básicos	01/01/2018	31/12/2018	SUBESTACIÓN ELÉCTRICA Y CENTRAL DE URGENCIAS CUENTA CON ACTAS DE COMITÉS DE OBRA SEMANAL, DONDE SE HACE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizan comités de obra por contrato semanalmente, se anexa evidencia

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO										SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN																		
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿COMO?	¿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											
16	ADMINISTRATIVO	Presenta falta de planeación de las obras de infraestructura para la construcción y ampliación y remodelación de la Unidad Neonatal UCI Pediátrica, contrato de obra para la reconstrucción del reforzamiento estructural las placas del área del servicio de urgencias, y la construcción de la subestación eléctrica y acometida de 13,2 Kva a 34,5 Kva para ESE.	Elaborar Estudios Previos que contemplen los requisitos mínimos exigidos en el Artículo 2.2.1.1.2.1.1. del Decreto 1082 de 2015, que den cuenta de la necesidad, la conveniencia y la oportunidad del contrato de obra antes de su celebración, con miras a que se ajusten al Plan de Desarrollo, de Inversión, de Gestión, de acción y de compras de la E.S.E. HUS.	Identificar la necesidad y elaborar los Estudios Técnicos, necesarios para establecer la viabilidad del proyecto en cuanto corresponde a: (i) estudios de ingeniería, (ii) aspectos presupuestales, (iii) establecer el impacto social, económico y ambiental, (iv) identificar los permisos, autorizaciones y licencias requeridas para la ejecución del proyecto y (v) proyectar la gestión predial.	Número de Procesos de Contratación de obra pública con estudios técnicos que permitan concluir que las obras son viables	100	Equipo de Infraestructura y Luis Hernán Triana Sandoval, Profesional Universitario Servicios Básicos	01/12/2017	30/06/2018	requerimientos para los nuevos contratos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Cuando se elaboran los requerimientos simples (Solicitud de contratación), se realiza acompañamiento a la oficina Jurídica en la elaboración de los estudios previos técnicos necesarios para establecer la viabilidad del proyecto. Se anexan evidencias.											
17	ADMINISTRATIVO	No realiza una eficaz y debida planeación y supervisión de los contratos referentes a medicamentos e insumos, que se evidencia en el desabastecimiento constante de dichos insumos en la ESE.	El servicio farmacéutico, reforzará de manera eficaz los consumos de medicamentos y dispositivos médicos mediante el programa de maximos y minimos.	(numero de pedidos incompletos)/(total de pedido solicitados)*100	<10%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Correo orden de compra enero. • Correo orden de compra febrero. • Pedido a DISHOSPITAL mes de ENERO. • Pedido Orden de Compra mes de Febrero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Enero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Febrero. • Informe maximos y minimos mes de Enero y Febrero 	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El Servicio farmacéutico realizo un consolidado semanalmente el informe de maximos y minimos de los medicamentos y dispositivos medicos.												
			Revisar el plan de compras del servicio farmacéutico de acuerdo a las necesidades reales de los servicios asistenciales con el fin de evitar la falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y dispositivos médicos.														Establecer con base en lo anterior una programación de las necesidades de medicamentos y dispositivos médicos acorde al presupuesto asignado.	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Correo orden de compra enero. • Correo orden de compra febrero. • Pedido a DISHOSPITAL mes de ENERO. • Pedido Orden de Compra mes de Febrero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Enero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Febrero. • Informe maximos y minimos mes de Enero y Febrero 	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El servicio farmacéutico con base a los requerimientos realiza las ordenes de compra a los diferentes proveedores.
			Establecer el listado básico de medicamentos acorde a las guías de práctica clínica adoptadas en la E.S.E Hospital Universitario de Santander														Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Correo orden de compra enero. • Correo orden de compra febrero. • Pedido a DISHOSPITAL mes de ENERO. • Pedido Orden de Compra mes de Febrero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Enero. • Pedido recibido a DISHOSPITAL mes de Febrero. • Informe maximos y minimos mes de Enero y Febrero 	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se Estableció el listado básico de medicamentos institucional.	
18	ADMINISTRATIVO	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander de 2017, no ha aprobado el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2017 y no se publicó en el Portal Único de Contratación el contrato No. 194 de 2017 suscrito con PROH SA por valor de \$4.200.000.000 para el suministro de medicamentos.	La E.S.E. HUS, dará cumplimiento a los Artículo 7 y 8 del Decreto 103 del 20 de enero de 2015, relativos a Publicación de la Información Contractual y Publicación de la ejecución de contratos respectivamente.	Aprobar el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2018, por parte del ordenador del Gasto de la E.S.E. HUS.	Plan Anual de Adquisiciones aprobados por el ordenador del Gasto durante su periodo.	1 Plan de Anual de Adquisiciones aprobados a las vigencia 2018.	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera - Yolanda Cediel - Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Físicos - y su Equipo de Apoyo.	15/01/2018	30/06/2018	EVIDENCIA PUBLICACION PLAN DE COMPRAS EN EL SECOP	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2018 fue aprobado por la Gerencia y publicado en el Portal de Contratación Colombiano SECOP											
			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 terminos establecidos en el Artículo 10 b) idem.	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 con los requisitos exigidos.	Contratos publicados en el SECOP por Régimen Especial, con el cumplimiento de los requisitos exigidos.	100	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/12/2017	30/06/2018	NOTIFICACION DE SUPERVISION TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, COMPROMISO-LEGALIZACION Y APROBACION DE GARANTIAS, CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DEL PRESUPUESTO (CDP), RUT, POLIZA Y MINUTA DE LOS CONTRATOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Los contratos que se montaron en el SECOP fueron: 89-73-76-70-66-68-56-54-03-62-04-65-395-29-05-58-04-51-57-49-02-47-50-53-02-4-24-6-3-16-12-01-18-23-37-20-36-45-40-10-34-21-31-48-07-32-9-41-42-17-33-43-39-38-44-15-27-46-08-003-11-19-35-14-30-26-2-001-01-410-377-381-409-405-401-396-397-379-396-392-411-368-356-375-407-412-360-408-383-338-371-355-364-343-362-402-398-374-404-376-400-399-385-373-337-370-367-387-382-391-366-372-384-380-389-390-373-351-357-361-352-348-358-349-354-339-347-326-342-350-346-341-353-345-344-392-336-340-333-331-334-314-323-330-332-317-319-313-307-328-318-322-023-022-312-308-306-303-021-310-320-316-311-315-305-309-012-020-295-304-302-301-300-296-299-298-297-294-293-292-291-290-281-019-289-289-287-282-285-283-286-284-280-											

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									
19	FINANCIERO Y CONTABLE	En los años 2015 y 2016 y el periodo comprendido entre enero 1 a marzo 31 de 2017, reportó un déficit presupuestal del -14,15%, -23,65% y -62,34%, respectivamente es decir, de \$27.810.378 miles, \$44.571.448 miles y \$-79.144.414, respectivamente, situación que refleja que el criterio de programación presupuestal es el gasto y en consecuencia aumenta el riesgo en el equilibrio financiero de la entidad.	Respalda la totalidad de las cuentas por pagar de la vigencia anterior	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respaldara la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el déficit de tesorería mas no presupuestal	(Valor total de las cuentas por pagar respaldadas presupuestalmente/ total de cuentas por pagar)*100	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Paola Perez - Profesional Especializado Recursos Financieros	31-12-2017	31/12/2018	ACTOS ADMINISTRATIVOS ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA VIGENCIA 2017 ANEXO (23) ACUERDOS, (59) FOLIOS	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Una vez se liquide el presupuesto de la vigencia fiscal inmediatamente anterior se respaldara la totalidad de las cuentas por pagar con recursos de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores de esta manera se cubre el déficit de tesorería mas no presupuestal
20	FINANCIERO Y CONTABLE	La ESE Hospital Universitario de Santander, entrego información inconsistente respecto a los inventarios de equipos biomédicos y a los cronogramas de mantenimiento preventivo de los mismos, en las últimas vigencias	Lograr el manejo consistente de inventarios de equipos biomédicos, entre las áreas de activos fijos y mantenimiento, que permita la gestión estandarizada de la tecnología.	Actualización y unificación de criterios del inventario de equipos biomédicos existentes, entre activos fijos y mantenimiento.	Cumplimiento Actualización del Inventario Equipo Biomédico= (Cantidad de servicios intervenidos en la actualización de inventario de equipo biomédico/ Numero de servicios de la ESE HUS)*100	Actualización del inventario del 100% de los servicios de la ESE HUS.	Claudia Roa - Profesional Universitario Almacén e Inventarios. Ing. Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-09-2018	* Acta No. 001 del 11/01/2018. * Oficio 2210-GTAI-029-2018, Fecha 05/02/2018, Asunto: inventario Equipos Biomédicos * Oficio 2220GTM0054-2018, Fecha 12/02/2018, Asunto: Respuesta oficio. * Oficio 2220-GTMO129-2018, 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 UFATI, 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.
				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 = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos planeados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	14-11-2017	30/03/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	En el formato maestro GTE-GTE-FO-44 se incluyo la matriz de frecuencia de los mantenimientos preventivos. Actualmente se realiza seguimiento y actualización constante del formato maestro, de acuerdo a las siguientes variables: equipos nuevos, equipo en apoyo tecnológico, equipos en demostración y equipo que se dan baja
				Asegurar la aplicación consistente de los procedimientos y formatos definidos para la planeación y ejecución del mantenimiento preventivo.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos planeados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-12-2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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 mantenimiento preventivo.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza seguimiento del cumplimiento preventivo mensual, del mes de diciembre con un cumplimiento del 88% de la ejecución de los mantenimientos programados, mediante el seguimiento del formato maestro GTE-GTE-FO-44
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	31/12/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	los indicadores de gestión de la tecnología se presentaran a comité de tecnovigilancia.
21	FINANCIERO Y CONTABLE	Entregó información que permite concluir que no han realizado los mantenimientos preventivos con oportunidad a algunos de los equipos de tecnología biomédica requiere, durante los últimos 6 meses en virtud de no existir contrato para ello.	Lograr la realización oportuna del mantenimiento preventivo de acuerdo al plan de mantenimiento preventivo definido.	Incluir todos los equipos biomédicos en el plan de mantenimiento hospitalario y el plan anual de compras, con el fin de asignar los recursos económicos para la contratación de proveedores de mantenimiento.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18-10-2017	01-12-2017	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	según el presupuesto y las necesidades de adición de contratos, se van elaborando y gestionando los requerimientos para terminar la vigencia 2018, ya se encuentra el presupuesto aprobado para la vigencia 2019.
				Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-11-2017	30/12/2017	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	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.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-10-2017	30-11-2017	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se elaboro 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.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza seguimiento del cumplimiento preventivo mensual, del mes de diciembre con un cumplimiento del 88% de la ejecución de los mantenimientos programados, mediante el seguimiento del formato maestro GTE-GTE-FO-44
				Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia y a la gerencia, informando que solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento no han sido atendidas.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Numero de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimiento preventivos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-01-2018	31/12/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomédico a Diciembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	los indicadores de gestión de la tecnología se presentaran a comité de tecnovigilancia.
				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	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	el día 20 de febrero se recibió capacitación en gestión documental, a toda la institución, sin embargo se pudo evidenciar que esto no aplica a las hojas de vida de los equipos biomédicos, por lo cual se plantea realizar referenciación con otras instituciones.
				Garantizar el 100% de las fichas técnicas de los equipos industriales, correctamente diligenciadas.			Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	28/02/2018	Informe seguimiento cronograma de	La actividad se encuentra	CERRADO					

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿QUÉ? Acciones de mejoramiento	¿CÓMO? Descripción de la Acción de Mejora	¿CUMPLIMIENTO?		¿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
				Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción		Fecha de Inicio	Fecha de Terminación								
22 FINANCIERO Y CONTABLE	Incurrir en un manejo inadecuado de las hojas de vida de equipos industriales, dado por desorden en los registros, hojas de vida de equipos incompletos y en algunos equipos no se evidencia el riguroso cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos	Fortalecer el proceso sistemático de la gestión de equipos industriales existentes en la ESE HUS	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 cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo = (Número de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos / número de mantenimientos programados)*100	Cumplimiento del 90% de mantenimientos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01-12-2017	01-07-2018	mantenimiento preventivo equipo industrial.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se cuenta con el 100% de las hojas de vida de los equipos industriales.
			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.				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 plan de compras. Se suscribieron los contratos para terminar la vigencia, y garantizar el primer trimestre del 2019.
			Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.				01-11-2017	30-11-2017		La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboro cronograma de mantenimiento equipo industrial
			Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.				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.				01-01-2018	31/12/2018	Informe seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo industrial.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	seguimiento mensual al cumplimiento de mantenimiento preventivo. Cumplimiento del 98,33%, con corte a 31 de Diciembre.
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 mantenimientos programados	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	18/10/2017	01/12/2017	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomedico	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	todos los equipos biomedicos se encuentran incluidos en el Plan de mantenimiento preventivo y cuentan con contrato de mantenimiento vigente, especialmente el contrato No 52/18 mantenimiento del resonador magnetico suscrito con la empresa Philips.
			Elaborar las solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento, cumpliendo con los términos para la presentación de requerimientos estipulado por la oficina asesora jurídica.				01/11/2017	30/11/2017		La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se elaboró cronograma de mantenimiento preventivo
			Modificar la forma de asignación de fechas de mantenimiento preventivo, estableciéndolas por periodos mensuales.				01/10/2017	30/11/2017	Cronograma de mantenimiento	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se elaboró cronograma de mantenimiento preventivo
			Realizar seguimiento mensual al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo.				01/01/2018	31/12/2018	Formato maestro GTEGTE-FO-44, seguimiento cronograma de mantenimiento preventivo equipo biomedico	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se realiza seguimiento del cumplimiento de los mantenimientos preventivos. Para el resonador se realizó el mantenimiento el día 6 de abril y 31 Octubre, se cuenta con contrato vigente.
			Presentar informe de cumplimiento de mantenimientos al comité de tecnovigilancia y a la gerencia, informando que solicitudes de contratación de proveedores de mantenimiento no han sido atendidas.				01/01/2018	31/12/2018	Acta comité de tecnovigilancia realizado el 17 de agosto de 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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.
24 FINANCIERO Y CONTABLE	Incurrir en practicas inseguras al no tener mecanismos de advertencia suficientemente visibles y adecuados para administrar riesgos en las instalaciones de almacenamiento central de oxigeno y otros gases medicinales y no contar con los procedimientos claros con los responsables de la institución que establezcan los mecanismos de control y los planes de contingencia institucional ante emergencias en tanques de oxigeno, combustibles de plantas, depositos de agua, etc. con los 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= (actividades desarrolladas / Numero de actividades programadas)*100	Cumplimiento del 100% de ejecución en Enfoque, implementación y resultado.	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	30/03/2018	Informe de criticidad equipo industrial y matriz de riesgos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se realizo la clasificacion 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.				01/04/2018	30/09/2018	se realiza matriz de riesgos de todos los equipos industriales	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	se realiza matriz de riesgos de todos los equipos industriales
			Implementar una auditoria periodica al proceso de gestión de riesgos de equipos industriales.				01/04/2018	30/12/2018	se realiza matriz de riesgos de todos los equipos industriales	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	se plantea oportunidad de mejora frente a los riesgos identificados: elaboracion de protocolos de mantenimiento preventivo con enfoque a riesgos en elaboracion
	Presuntamente, incurre en un detrimento patrimonial por no haber puesto al	Definición eficiente de procesos de	Instalar los equipos Biomedicos adquiridos por la E.S.E. HUS en el momento en que se finalice las obras correspondientes	Equipos instalados	100%	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento	01/01/2018	31/12/2019	Estudio de ubicación de equipos biomedicos	La actividad cuenta con evidencias de seguimiento y evaluación	EN EJECUCIÓN	28/02/2019	OPORTUNO	70%-99%		Se realiza estudio para asignar ubicación de los equipos que se encuentran en almacenados, en espera de aprobación por parte del Comité de Gerencia. A estos equipos se le han realizado los mantenimientos periodicos pertinentes.

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									
25	FINANCIERO Y CONTABLE	servicio, durante más de 2 años una inversión en equipos biomédicos que asciende a entre 2.0 y 3.95 miles de millones.	Finalización urgente de procesos de adquisición de equipos para dotación de servicios	Articular la planificación de adquisición de equipos para dotación con el desarrollo de la ejecución de obras, previa certificación de interventoría con fecha de finalización de obras	Actualización de procedimiento de adquisición de equipos de dotación	Procedimiento actualizado y socializado	Sandra Rodríguez Profesional Universitario Mantenimiento	22/11/2017	30/06/2018	PROCEDIMIENTO PLANEACION, ADQUISICION E INCORPORACION DE LA TECNOLOGIA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/03/2019	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se actualizó el procedimiento de adquisición de equipos de dotación
26	FINANCIERO Y CONTABLE	Presenta serias fallas en la planeación de sus proyectos de infraestructura, por no haber considerado la necesidad de haber inscrito sus proyectos con la debida oportunidad en el plan bienal de inversiones, situación que obligó a suspender los contratos, razón por la cual no solo no puso en funcionamiento las unidades UCI neonatal y pediatría, sino que adicionalmente no permitió haber puesto al servicio, durante más de 2 años una inversión cuantiosa en equipos biomédicos.	Aclara que el proyecto esta reportado en el Plan Bienal 2016-2017 como "PROYECTO DE REMODELACION DE HOSPITALIZACIÓN, PEDIATRIA Y UNIDAD MATERNO FETAL" información la cual corresponde con lo avances de obra e informes correspondientes al contrato No. 164 de 2013, "CONSTRUCCION AMPLIACION DE LA NEONATAL-UCI PEDIATRIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER", a su vez aclarar las causales de suspensión del contrato.	De acuerdo a las indicaciones del Ing Melbin Gutierrez persona que maneja el aplicativo del Plan Bienal se reunirán los soportes e información que corresponde a los avances del contrato No.164 de 2013, los reportes presentados en Plan Bienal del periodo 2016-2017 y al acta de suspensión No.5 suscrita entre el contratista e interventor del contrato. Se adjunta Acta No. 5 del contrato No. 164 de 2013 donde se identifican los motivos de suspensión	Envío soportes aclaratorios del proyecto	Presentar ante la Secretaria Departamental de Salud los soportes a 31/12/2017	Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional.	14/11/2017	31/12/2018	Acta de suspensión contrato No 164 de 2013	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se solicitó a la Oficina Jurídica las actas de suspensión del contrato No. 164 de 2013 "CONSTRUCCION AMPLIACION DE LA NEONATAL-UCI PEDIATRIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER", en donde se explican detalladamente las causales de suspensión del mismo. Es de aclarar que el motivo de suspensión del contrato en mención corresponde a la descripción del hallazgo 26, ya que el reporte de avance del proyecto se ha venido registrando bajo el nombre "PROYECTO DE REMODELACION DE HOSPITALIZACIÓN, PEDIATRIA Y UNIDAD MATERNO FETAL" el cual si fue inscrito en el Plan Bienal dentro de los términos.
27	FINANCIERO Y CONTABLE	Durante las vigencias auditadas: 2015, 2016 y 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 la Circular 029 de 1997	Asignar el 5% del valor total del presupuesto de los ingresos de la ESE.	Total de presupuesto de ingresos por el 5 %	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Otelmina 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 la Circular 029 de 1997	Asignar el 5% del valor total del presupuesto de los ingresos de la ESE.	(Total de presupuesto de mantenimiento hospitalario ejecutado / Total de presupuesto asignado para mantenimiento hospitalario) *100	85	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Otelmina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto Yolanda Cediel - Profesional Especializado Servicios Básicos	01/01/2017	31/12/2018	Ejecución presupuestal a diciembre de 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Mensualmente, se realiza las adiciones al presupuesto de la vigencia, y se tiene en cuenta el 5%, correspondiente adiconar a los rubros de Mantenimiento Hospitalario.
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 efectuará una conciliación de los valores correspondientes a cada área	# Informes cargados en los tiempos exigidos / # Informes requeridos en los tiempos exigidos y de acuerdo a la normatividad vigente	100	Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Yaneth Contreras Acevedo - Profesional universitario Tesorera Blanca Albaracín - Profesional Universitario Contabilidad	22/11/2017	31/12/2018	Soporte del Cargue de la Información Trimestre (Octubre/Noviembre y Diciembre de 2018) el día 18 de Febrero de 2019	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron las respectivas conciliaciones entre las áreas de Cuentas por pagar vs Contabilidad (Pasivo) para realizar el respectivo cargue de la información.
29	FINANCIERO Y CONTABLE	No cumple con la adecuada gestión en la radicación de la facturación, gestión y recaudo de recursos financieros... y adicionalmente puede llegar a generar un posible daño patrimonial a la entidad.	La facturación del 2015 se encuentra debidamente radicada en las ERP. La facturación del 2016 se ha gestionado la radicación sobre el hallazgo encontrado en un 98,5% ya se encuentra solventado, el 1,5% faltante se gestionará la radicación. Se establecerá una meta de mínimo radicar el 95% hasta con dos meses anteriores al mes actual de la facturación en poder del área de cartera	Radicar la facturación al 100% del hallazgo realizado. Radicar mínimo el 95% de lo enviado a Radicar	F.E.R (m-2)/F.R (m) F.E.R= Facturas Enviadas a Radicar F.R=Facturación Radicada m=mes actual de Radicación	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	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 incurrir en practicas 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 radicará en el mes de Noviembre oficio a la Supersalud solicitando una mesa de trabajo con la NUEVA EPS para definir las practicas indebidas de radicación.	(Malas practicas presentadas por las erp / 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 Nueva eps se reporto en el mes de noviembre de 2017 las practicas indebidas con la Supersalud, y se manifesto en reunion con la procuraduría, posteriormente se realizo acuerdo entre las partes y se subanso devoluciones y glosas a 31 de diciembre de 2017, se adjuntan actas y compromisos de pago. 2. Con SaludVida No se presentan practicas indebidas de Radicación, y tenemos un acuerdo de pago vigente
			Reportar de acuerdo a la circular 016 a la SUPERSALUD las malas practicas presentadas con las ERP	Se radicará en el mes de Noviembre oficio a la Supersalud solicitando una mesa de trabajo con la NUEVA EPS para definir las practicas indebidas de radicación.	(Malas practicas presentadas por las erp / 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 manifesto en reunion con la procuraduría, posteriormente se realizo acuerdo entre las partes y se subanso 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

		PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?		¿CÓMO?		¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?		¿CUÁNDO?							
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Soportes o Evidencias de Avance	Estado del Avance	Estado de la Acción	Fecha de Evaluación / Cierre	Oportunidad de Ejecución	% Avance	Estado del Hallazgo	Observaciones	
						Nombre / Cargo											
			Se seguirá notificando a la Supersalud cuando se presenten practicas indebidas para la radicación, o se reciban glosas y devoluciones injustificadas.	(Malas practicas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	04/10/2018	ERP 2017, DE REGISTRO DE BIENES Y compromisos de pago. 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 la practicas indebidas	
			Se solicitara para los contratos se aplique la normatividad vigente para los procesos de radicación y respuesta de glosas.	(Malas practicas presentadas por las erp / reportes según circular 016 a la SUPERSALUD)*100	60	Javier Zarate - Profesional Universitario Facturación	10/11/2017	04/10/2018	Mesas de trabajo con Asesores de gerente y Coordinadora juridica 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	
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 credito, lo que puede estar evidenciando deficiencias en la gestión de cobro.	Se continuara circularizando cartera mensualmente, donde se evidenciara a las ERP que hagan caso omiso al oficio y se remitira comunicado a la Supersalud de las ERP que no accedan a conciliar.	Se realizo mesas de trabajo con la Supersalud y el Ministerio y se logro acuerdo de pago por \$ 29,000 millones de pesos con las ERP	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE ANEXA ARCHIVO EN EXCEL DE LA CIRCULARIZACION	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se circulariza mensualmente la cartera a las entidades mediante correo electrónico y oficio
			Se entrega a las mesas de saneamiento de la circular 030 trimestralmente	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE 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 continuara reportando los incumplimiento al giro directo con la notificación a la Supersalud para que tome las medidas de su competencia.	Mensualmente se envian oficios a las ERP que hacen incumplimiento con el giro directo con copia a la supersalud.	(Empresas sin giro/ circularización de cartera y cobro)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera	10/10/2017	10/06/2018	SE 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 entregara cartera mayor a 120 días al area de juridica para el inicio del cobroprejudicial de la informacion que no este conciliada	Facturacion enviada a juridica/ facturación lista para pago sin abono mayor a 120 días)*100	95	Fabio Sahid Chinchilla - Profesional Universitario Cartera Jefe Oficina Asesora Juridica	10/10/2017	10/06/2018	Oficios de entrega de la cartera y CD con relación de factras 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 diferentes ERP.	
			Realizar conciliaciones mensuales	Continuar con la conciliación de la informacion contable vs los saldos de cada una de las areas.	(Conciliaciones realizadas / Total de conciliaciones contables con las areas)*100	100	Blanca Albarracin - Profesional Universitario Contabilidad	1/11/2017	31/12/2018	conciliaciones de la informacion contable vs informacion de las areas donde registran las transacciones de Diciembre/2018 y enero /2019	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Realización mensual de conciliación de los saldos contables vs saldos de la informacion donde registran las transacciones
			Enviar correo electronico a las diferentes areas solicitando que se debe tener en cuenta la informacion bajo la Resolucion 414/2014 y sus modificaciones	Nuevamente indicar a las areas donde registran las transacciones que ocurren en la ESE HUS que la informacion a reportar ante toda institucion debe corresponder a la informacion que contiene los ajustes bajo el nuevo marco normativo Resolucion 414/2014 y sus modificaciones	(Num de correos enviados / Total de areas que deben tener en cuenta la Resol. 414/2014)*100	100	Blanca Albarracin - 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 envio correo a las dependencias indicando que toda informacion de Informes tanto externos como internos deben ser conciliados con la informacion 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, Nefrología pediátrica, Ortopedia oncológica, Urología oncológica, Hematología oncológica, estando habilitados, ni se soportan las novedades de cierre temporal de los servicios precitados.	Por parte de la UIS se apoya con interconsultas por parte de Nefrología Pediatría	(Interconsulta realizadas / interconsultas solicitadas)*100	85	Subgerentes Tecnico Científicos	14/11/2017	31/12/2017	H33/HALLAZGO 33 EVIDENCIA INDICADORES 2017 NEFROLOGIA	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	La interconsulta se hace a través de nefrología por parte de los médicos especialistas de la UIS. SE PRESTA EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA UBICADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEXTO PISO Y SE TIENE PROGRAMADO 13 HORAS SEMANALES PARA CONSULTA EXTERNA	
34	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta habilitación de servicios de salud y una vez realizada la revisión de las instalaciones se identifica que no cumple con los estándares de Infraestructura, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros para garantizar la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta las características del SOGCS	Elaborar el diagnostico del cumplimiento de los estandares de habilitación en los diferentes servicios	Documento Diagnostico	1	Subgerentes Tecnico Científicos Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	22/11/2017	28/02/2018	Cronograma de habilitación Informe Diagnostico Habilitación	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El diagnostico fue levantado por la Oficina Asesora de Calidad	
			Proponer acciones de revisión y evaluación para establecer el estado de cumplimiento de los hallazgos descritos	Implementar las acciones correctivas necesarias para darle cumplimiento a los estandares de habilitación	(Acciones implementadas / Total de acciones proyectadas)*100	80	Subgerentes Tecnico Científicos Martha Vega Blanco - Subgerente Administrativa y Financiera	22/11/2017	30/12/2019	Informe De Cierre autoevaluación 2.017, Cronograma autoevaluación 2.018, Convocatoria autoevaluación 2.018, Listados de asistencia Convocatoria autoevaluación 2.018, Informe de autoevaluación de habilitación 2018. Pantallazos plataforma Almera. Oficio a los líderes de los procesos informando el envío de informacion y haciendo solicitud de definir las oportunidades de mejora.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	28/02/2019	OPORTUNO	34%-69%		Se realizaron acciones de mejoramiento en los diferentes servicios de la ESE HUS con base en la autoevaluación del 2.017 de la cual se realiza cierre de informe adicionalmente se realiza la autoevaluación 2.018. Se realiza cargue de los resultados de la autoevaluación de habilitación vigencia 2018 a la plataforma Almera y se asignan los responsables de definir las oportunidades y acciones de mejora de acuerdo al cumplimiento.

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										
35 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta historias clínicas con tachones, enmendaduras, formatos en físico con letra ilegible, otras se imprimen para registrar datos de otros usuarios lo que no garantiza el proceso de diligenciamiento ni custodia de historias clínicas de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Auditoría de historias clínicas, evaluando la existencia de tachones o enmendaduras en la historia clínica electrónica.	Evaluación mensual de las historias clínicas electrónicas por servicios, estableciendo la cantidad de enmendaduras y/o tachones encontradas por historia.	Total de tachones y/o enmendaduras encontradas en el total de historias electrónicas revisadas.	El 70% de las historias auditadas no tengan tachones ni enmendaduras.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Auditores médicos de los servicios.	01/12/2017	01/11/2018	Informes de los meses Agosto, Septiembre, Octubre y Noviembre.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó auditoría a las historias clínicas en medio físico de los meses de Agosto, Septiembre, Octubre y Noviembre 2018.			
		Auditoría de historias clínicas para identificar formatos físicos existentes al interior de la historia clínica no electrónica.	Auditoría mensual de historias clínicas por servicios, identificando los tipos de formatos físicos existentes en cada historia, para buscar la sistematización de estos.	Total de tipos de formatos físicos identificados en las historias evaluadas.	El 50% de los formatos se 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 evidenciaron medicamentos almacenados en forma no adecuada y sin garantía de la conservación del principio activo del medicamento.	Adecuar las áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos hospitalarios, de los diferentes servicios asistenciales; lugar donde se evidenció el hallazgo.	Instalación de termohigrómetros en áreas de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en áreas de hospitalización.	Cumplimiento de actividades asignadas VS actividades ejecutadas.	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Sandra Rodriguez Profesional Universitario de Mantenimiento.	01/11/2017	01/01/2018	H36/Comunicado Sandra Rodriguez Ingeniera Comunicado Ing. 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 medicos en los diferentes Svicios Asistenciales			
			Evaluación de la necesidad para la instalación de aire acondicionado para el mantenimiento de condiciones ambientales óptimas para el almacenamiento de estos productos.						H36/EXISTENCIA DE NEVERA PARA ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS ASISTENCIALES E.S.E HUS LISTADO DE RELACION DE TERMOHIGROMETROS EN LAS ÁREAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES REALIZADA EN EL MES DÍA 13 NOVIEMBRE DEL AÑO 2017	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	01/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó una inspección en en los diferentes Servicios Asistenciales para determinar las existencias de termohigrómetros y neveras y los respectivo faltantes 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.						H36/COMUNICADO A LA JEFE HELDA AMAYA PARA CAPACITACION EN BPA PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION RESPUESTA AL COMUNICADO 902-GTSF-0040-2018 JEFE HELDA AMAYA SUBGERENTE DE ENFERMERIA LISTA DE CAPACITACIONES A FARMACIA Y SUBFARMACIA LISTA DE CAPACITACIONES A URGENCIAS COMUNICADO JEFE HELDA 1 COMUNICADO JEFE HELDA 2	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	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 tratamiento intrahospitalario de los usuarios, lo anterior no permite la continuidad del mismo.	Gestionar con el Servicio de Urgencias la priorización del triage, seleccionando los pacientes que dado su patología deben ser atendidos en una instrucción de alto nivel de complejidad.	Comunicar a la Subgerencia encargada del servicio de Urgencias la necesidad de priorizar a los pacientes que requieren tratamiento en la institución de alta complejidad acorde a su estado de salud.	# ACTIVIDADES REALIZADAS/# ACTIVIDADES PLANTEADAS	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios; Subgerencias asistenciales y gerencia Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	30/11/2017	31/12/2018	listado de Guías Practicas Clinicas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se le envía un comunicado al Dr.Alvaro Gomez Torrado Subgerente de Alto Costo, Subgerente de Servicios Medicos (e) solicitando la colaboración en la priorización de ingresos de pacientes, debido al no cumplimiento de los requerimientos propuestos por el Servicio Farmacéutico en el mes de diciembre del año 2017.			
		Coordinar con el Servicio Farmacéutico la Hospitalización de pacientes que ameriten por su patología compleja ser atendidos en la institución, en los momentos que no se cuente con suficiente disponibilidad presupuestal.	Informar en el Comité de Farmacia y Terapeutica de manera oportuna a las diferentes Subgerencias Asistenciales el estado presupuestal de medicamentos disponibles para una atención oportuna y continua del paciente hospitalizado						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 teapeutica correspondiente al mes de febrero 2018 el informe presupuestal del servicio farmacéutico			
		Evaluar el estado actual de avance de elaboración e implementación de guías de práctica clínica que contribuya a priorizar la identificación de medicamentos más necesarios en los diferentes servicios.	Realizar seguimiento a la modificación e implementación de las guías de práctica clínica por medio del Programa de Atención Farmacéutica.						Protocolos y adopción de las 9 Guías de Practica Clinica	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó revisión de las 9 Guías Practicas Clinicas adoptadas por la ESE HUS para la vigencia 2018, con el fin de listar los medicamentos utilizados en dichas guías y compararlos con el listado Institucional y así incluir los que estén por fuera del mismo.			
		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 Terapeutica el listado básico de medicamentos actualizado a las diferentes subgerencias institucionales.						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.			

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								
38 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta reuso de dispositivos médicos y a pesar de contar con un manual de uso y reuso de dispositivos médicos, no lo aplica.	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 Paulo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas Jefe, Jessica S. Rojas Enfermera Coordinadora Central de Esterilización	20/02/2018	31/12/2018	Plan de compras 2019 de Farmacia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se hizo solicitud mediante oficio de equipo (luminómetro) para verificación del estado de los dispositivos antes de realizar el reprocesamiento. El luminómetro se encuentra en proceso de adquisición. Está incluido en el plan de compras 2019 de Farmacia.
		Identificar lista de dispositivos médicos y realizar trazabilidad del uso del mismo	Evaluar el plan de mejora que se radico a subgerencia quirúrgica relacionado al cumplimiento de las 8 etapas del reprocesamiento de un dispositivo médico				20/02/2018	31/12/2018	Manual de reprocesamiento de dispositivos médicos en la ESE HUS (GSO-ES-MA-04) Plan de compras correspondiente a Farmacia, vigencia 2019 Plan de compras ESE HUS 2019 Captura de pantalla de correo electrónico enviado por Almacén	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se cuenta con un manual de reprocesamiento aprobado y codificado por la Oficina Asesora de Calidad. Se hizo entrega a Central de Esterilización de contenedores plásticos de diferentes tamaños, así como marcadores de punta fina para semafización. Se incluyó en el plan de compras de Farmacia el Luminómetro y el kit de cepillos de limpieza de instrumental, al igual que equipo de cómputo e impresora en el plan de compras 2019 de la ESE HUS. Los carros de transporte se encuentran en proceso de compra, según correo electrónico enviado por Almacén.
			Actualización de los software para que cruce información de la historia clínica con la central de esterilización con el fin de conocer los estados de los dispositivos médicos				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	31/12/2018	OPORTUNO	1%-33%		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 Gerencial. A la fecha no ha sido posible realizar esta adecuación, por prioridad en otras modificaciones del sistema. Pendiente de evaluación y ejecución.
			Revisar la ficha técnica y el listado de los dispositivos médicos con el fin de verificar si se permite reusar o no dichos dispositivos.				20/02/2018	31/12/2018	Listado de dispositivos médicos reprocesados 2019 Capturas de pantalla de correos electrónicos enviados por Farmacia con fichas técnicas de los dispositivos Fichas técnicas de dispositivos médicos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Central de esterilización envió correo electrónico a la Subgerencia Quirúrgica con el listado actualizado de dispositivos reprocesados. Se envió correo electrónico a Farmacia solicitando las fichas técnicas de los dispositivos, las cuales fueron enviadas al correo de la Subgerencia Quirúrgica.
39 ASISTENCIAL	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 faltantes evidenciados.	Informar a la oficina de mantenimiento el faltante de neveras en los servicios asistenciales hallados	# ACTIVIDADES REALIZADAS/# PLANTEADAS*100	100	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 Rodriguez solicitando la colaboración de instalación de termohigrometros en áreas de almacenamiento temporal de medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes Servicios Asistenciales.
		Implementar el procedimiento de buenas practicas de almacenamiento de productos farmaceuticos	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				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	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se le envía un comunicado a la Jefe Helda Cecilia Amaya solicitando su colaboración para capacitar al personal de enfermería en el procedimiento de almacenamiento de productos 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				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	30/11/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	El Procedimiento se encuentra en revisión en el Servicio Farmaceutico.
40 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al realizar reenvase de medicamentos y no contar con un protocolo para dicha actividad.	Reforzar la dispensación de medicamentos en dosis unitaria	Revisar el listado de medicamento institucionales y dispensarlos en dosis unitaria la mayor cantidad de ellos que por su estabilidad lo permitan.	# MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN DOSIS UNITARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES/ TOTAL MEDICAMENTOS	<100%	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	1- Listado de estabildades 2- Ordenes de Produccion de antibioticos y paliativos	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	1- Se ha establecido las estabildades de medicamentos antibioticos. Oncologicos y Paliativos para dispensarlos en Dosis Unitaria. 2- Se anexa la orden de produccion de la ESE-HUS, la Salidad de dichos medicamentos y la Orden de produccion de LA firma Unidosi, quien realiza el ajuste de la dosis de esos medicamentos.En el mes de Agosto hemos iniciado la dispensacion en dosis unitaria de medicamentos Antibioticos y paliativos a los servicios asistenciales de Cirugia general, Cirugia Plastica, medicina Interna, neurocirugia, Ortopedia Uci adultos y urgencias adultos.

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	
		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 multidosas manejados en los servicios de hospitalización	DISPENSADOS A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.		Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Helda Anaya Subgerente Servicios de Enfermería	15/11/2017	31/12/2018	Protocolo de Administración Segura de Medicamentos GIN-HOS-PT-06	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se documentó y codificó el Protocolo de Administración Segura de Medicamentos GIN-HOS-PT-06	
41	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple con el procedimiento de devolución de medicamentos a la farmacia.	Actualizar el FC-PR- 09 Procedimiento devolución de medicamentos y dispositivos médicos a Farmacia y Subfarmacia	Socializar el FC-PR- 09 Procedimiento devolución de medicamentos y dispositivos médicos a Farmacia y Subfarmacia al personal de Farmacia y personal de enfermería encargado de la ejecución de dicho procedimiento.	#CAPACITACIONES REALIZADAS/#CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN GRUPOS PRIMARIOS DE ENFERMERIA Y SERVICIO FARMACEUTICO.	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	Se anexa resultando 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.	
				Continuar el seguimiento de la ejecución del procedimiento por medio de Rondas de Seguridad del paciente y auditorías aleatorias a los servicios de Hospitalización por parte del programa de Farmacovigilancia.	#devoluciones de medicamentos y dispositivos medicos realizados mensual/ total de medicamentos y dispensados mensual.I	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	Se anexa resultando 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 realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia	
42	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al tener muestras médicas en los diferentes servicios genera incumplimiento a la resolución 1403 de 2007.	Socializar a los diferentes servicios asistenciales las consecuencias y demás problemas establecidos en el marco legal que prohíbe la tenencia de muestras médicas.	Informar el marco legal a todos los servicios asistenciales acerca de la prohibición de muestra medicas en la institucion	# DE SERVICIOS ASISTENCIALES CON ADHERENCIA A LA NORMA / TOTAL DE SERVICIOS ASISTENCIALES.	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 Jurg Niederbacher Vaissquez Subgerente De Mujer E Infancia Juan Paulo Serrano. Subgerente De Especialidades Quirúrgicas. Sigfredo Fonseca Subgerente De Apoyo Diagnóstico. Luis Hernán Triana Profesional Universitario de Servicios Básicos	15/11/2017	31/12/2018	H42/BPA Comunicado a diferentes subgerentes de E.S.E HUS Comunicado Luis Hernan Triana Subgerente Servicios Asistenciales- Profesional de Servicios Basicos Diapositivas Socializacion PBA y Pribicion de muestras medicas- respuesta del dr.JURG LISTADO DE ASISTENCIA REUNION CONJ. 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 Medico Asistencial en lo referente a la Prohibición de Muestras Medicas en la E.S.E HUS. El área de Farmacia envió 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.	H42/RODAS DE SEGURIDAD	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	15/11/2017	31/12/2018	H42/RODAS DE SEGURIDAD	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron Rondas de Seguridad de Pacientes en el Programa de Farmacovigilancia y programa de seguridad de paciente	
43	ASISTENCIAL	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.	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.	
			Asegurar el cumplimiento a las fechas del inicio y cierre de Ciclos de preparación para la acreditación, como se establece en la Ruta Crítica del PAMEC ESE HUS para la vigencia 2018.	Programar los seguimientos trimestrales para el 2018 con corte a 30 de Abril, a 31 de Julio y 31 de Octubre y para Noviembre 2018 hacer el cierre del Cuarto Ciclo.	Porcentaje de Cumplimiento: Número de Informes de Seguimiento trimestral presentado sobre Número de informes de seguimiento programados 2018..	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	Sé realizó el cronograma de seguimientos que se llevara a cabo en la vigencia 2018. A la fecha sé 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 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Jefe de Oficina de Control Interno.	14/11/2017	31/10/2018	CERTIFICACIÓN ACREDITACIÓNcuatro certificaciones que soportan los cuatro seguimientos realizados en la vigencia 2.018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/10/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Sé han realizaron las cuatro certificaciones 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 Lideres de los Equipos de Autoevaluación.	01/01/2018	31/10/2018	Consolidado Productos Acreditación	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/10/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Sé realizó consolidado de la documentación generados de las oportunidades de mejora de Acreditación vigencia 2018.

		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
		Realizar las actividades correspondientes para construir el documento soporte del aprendizaje organizacional del Cuarto Ciclo, finalizado el 30 de Septiembre de 2018.	Retroalimentar los resultados a través de los Grupos Primarios en el punto 4. de Socialización de Mejoramiento Continuo y en el punto 5. de socialización de documentación para estandarizar y mantener las mejoras alcanzadas en cada proceso.	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	Se adjuntan socializaciones de los Grupos Primarios y Socializaciones e Informes de la documentación estandarizada.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/10/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se socializan los siguientes temas en los grupos primarios: Septiembre: Deberes y Derechos Octubre: Ejes trazadores de la Acreditación en salud Noviembre: Programa de seguridad del paciente. Diciembre: Resultados cierre PAMEC 2018 y resultados de la Quinta Autoevaluación. las actas de grupos primarios llevados a cabo reposan en la Oficina Asesora De Calidad, la documentación estandarizada para la ESE HUS fue socializada por las plataformas Moodle y Google Forms, dando así cumplimiento a lo programado y evidenciándose en los informes de adherencia.	
			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	Se adjuntan Listados de asistencia de los cuatro seguimientos.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/10/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Só realizó la socialización de los seguimientos en Junta Directiva y en Equipo de Mejoramiento de Tercer Nivel, de igual manera en cada uno de los seguimientos realizados se comunican los resultados obtenidos por cada estándar.	
44	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no está articulando las diferentes fuentes de información respecto al seguimiento de auditoría para la consolidación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, al no incorporar los esfuerzos de auditoría interna como parte del PAMEC.	Establecer el Programa de Auditoría Interna de la ESE HUS, incluyendo todas las actividades de monitoreo, seguimiento y auditoría interna que se realizan en los procesos y subprocesos, e incorporarlo al PAMEC institucional.	Solicitar a la Coordinación de Auditoría, a la Subgerencia de Enfermería y a los diferentes supervisores la programación de auditorías internas de primer y segundo orden anual para consolidar un solo Cronograma de Auditorías para incluirlo en el PAMEC ESE HUS.	Porcentaje de cumplimiento: Número de auditorías internas ejecutadas sobre las auditorías internas programadas 2018.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad y Subgerentes	01/01/2018	31/12/2018	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 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	Consolidado de Auditorías Internas Programadas y ejecutadas con Corte a diciembre	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Dentro del PAMEC se encuentra el cronograma de las respectivas auditorías internas. Se recopiló el informe de las auditorías internas programas/auditorías internas realizadas con corte a Septiembre ya que este informe se recopila Trimestralmente. Se realiza ajuste del indicador teniendo en cuenta que el total de auditorías planeadas fue de 80, seguridad del paciente inicialmente paso un cronograma donde integraba varios servicios, pero posteriormente se desglosaron lo que ocasiono que el total cambiara a 86, sin embargo se dejó el dato inicial de 80 aclarando que se realizaron todas es decir se cumplió el 100%	
			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 periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Certificaciones de cada seguimiento Y socialización cierre PAMEC, resultados y Quinta autoevaluación.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la socialización de los seguimientos en Junta Directiva y en Equipo de Mejoramiento de Tercer Nivel, de igual manera en cada uno de los seguimientos realizados se comunican los resultados obtenidos por cada estándar, así mismo se socializó el cierre de PAMEC, resultados y la Quinta Autoevaluación.	
45	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, demuestra informalidad en el cumplimiento de los compromisos de los cronogramas de los planes de mejora en cuanto a la ejecución y en el seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada y su evidencia documental, respecto a lo planteado en los planes de mejoramiento, incluyendo los seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna para lograr que las mejoras se implementen y se mantengan en el tiempo.	Asegurar el cumplimiento de los compromisos verificables en las fechas establecidas para su ejecución (fecha inicio - fecha final), en los Planes de Mejora y su respectivo seguimiento a las mejoras implementadas.	Definir los tiempos para cada una de las acciones de mejora de acuerdo a la planificación de recursos humanos, técnicos y financieros para lograr su ejecución en el periodo.	Porcentaje de acciones de mejora en estado atrasado por falta de planificación sin causa justificada.	Menor al 10% por Plan de Mejora.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Certificación de Segundo Seguimiento.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Sé 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 atrasada que equivale al 0.4% ya que se encuentra en revisión y se llevará a comité de Gerencia para su respectivo avance
			Establecer el mecanismo para garantizar la seguridad de la evidencia documental que soporta el cumplimiento de cada una de las acciones de mejora (SIPA- Copia de seguridad).	Porcentaje de evidencia Número de documentos/productos entregables que soportan al 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	Pantallazo de las carpetas en las que se recopila la evidencia suministrada por cada Líder de Estándar.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza la recopilación de los avances por cada Líder de Estándar y así mismo por el Profesional de PAMEC, de igual manera la documentación reposa en el área de Procesos de la ESE HUS.	
			Implementar el nivel de autocontrol y auditoría interna de seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora para garantizar su implementación y permanencia en el tiempo.	Porcentaje de Cumplimiento en las Observaciones de Autocontrol y de Seguimiento interno en el SIPA sobre el Total de las Acciones de Mejora programadas para el periodo.	100	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	01/01/2018	31/12/2018	Plan de Mejoramiento y Matriz de Seguimiento de Tres Generaciones. Listados de asistencia Cuarto Seguimiento.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó la retroalimentación en los días programados para el cuarto seguimiento del estado de avance según las acciones programadas por cada estándar.	
			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	1	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/01/2018	H46/SOPORTES HALLAZGO N° 46 ACTIVIDAD 1	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró el plan de acción de vacunación para la vigencia 2018 y fue presentado ante la Secretaría Municipal de Salud.	

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												
46 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, probablemente subregistró o no realizó en la vigencia 2016, la vacunación oportuna, pertinente y segura de todos los recién nacidos atendidos en la institución y evidenció falta de control de la producción de servicios en el área de urgencias en condiciones normativas, con un presunto incumplimiento de la calidad en sus atributos de pertinencia, accesibilidad, oportunidad del servicio de vacunación.	cumplimiento a la resolución 4505/2012 y lineamientos PAI nacionales verificados por entes de control en las visitas técnicas operativas con periodicidad trimestral	Realizar el diligenciamiento diario de vacunación de acuerdo a los lineamientos PAI respecto a la población vacunada por régimen de seguridad social, de Bucaramanga y otros municipios para entregar mensualmente el informe al área de epidemiología de la ESE HUS.	Número de informes entregados al área de epidemiología / Total de informes requeridos al año x 100	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	07/01/2018	Se adjunta evidencia de entrega de los informes de la población vacunada al área de epidemiología de la ESE HUS del mes de Diciembre de 2018 y los Siete(7) días del mes de Enero de 2019. Se adjunta (2 Folios).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	07/01/2019	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia soporte del día 31/12/2018 en la PAI WEB. Se adjuntan (2 Folios).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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 Noviembre de 2018.
		Seguimiento mensual a población que no fue vacunada contra BCG y HB por bajo peso al nacer/extremo, hospitalización, muerte, restricción médica y por remisión UCI extra institucional, entre otros	Realizar 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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informe de seguimiento mensual a causas de no vacunación en la ESE Hospital Universitario de Bucaramanga y otros municipios, del mes de Diciembre de 2018. Se adjuntan (2 Folios).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó informe mensual de población recién nacida no vacunada con BCG y Hepatitis B en la ESE HUS. Desde el mes Enero a noviembre de 2018 se han atendido a 2264 Recién Nacidos en la ESE HUS.
			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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjuntan evidencias de ronda de vacunación en el área materno infantil correspondiente al mes de Diciembre del 2018. Se adjunta (1 Folios).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se programará 1 ronda diaria 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 causas de no vacunación vigentes para lograr el esquema completo PAI.	Número recién nacidos vacunados del municipio de Bucaramanga / x 100 Total de citaciones programadas en el mes en la ESE HUS	80	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de citación y registro de vacunación del mes de Diciembre del 2018. Se adjuntan (3 folios).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó el informe mensual de indicador de no vacunación en la ESE HUS y además se lleva el registro de citaciones para la vacunación y registro diario de población vacunada.	
		Realizar seguimiento a la productividad mensual de la población vacunada por grupo etareo en la ESE HUS.	Realizar informe mensual de la productividad mensual del servicio de vacunación de la ESE HUS.	Número de informes entregados a la Subgerencia de Servicios de Enfermería / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia de la entrega de productividad por población atendida en el mes de Diciembre. Se adjunta (1 folio).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó informe de relación diaria de población vacunada: En el mes de Diciembre: 388. Para un total de 1782 personas.
		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 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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se evidencia entrega de informes a la Subgerencia de Servicios de Enfermería con copia a la Oficina de Estadística del HUS y la Secretaría de Salud Municipal del mes de Diciembre. Se adjuntan (06 folios)	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron informes mensuales de Enero a Diciembre distribuidos por regimen contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y otros de la población objeto del programa.
			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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informe del cuarto trimestre del año 2018. Se adjunta (1 Folio).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron cuatro informes trimestrales 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	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta informe del cuarto trimestre del año 2018. Se adjunta (1 Folio).	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron los cuatro informes trimestrales de los indicadores de vacunación de acuerdo a las metas programáticas asignadas para la ESE HUS.

		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								
			Realizar captación mensual de susceptibles para Fiebre Amarilla y Triple Viral de acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de Protección Social.	Número de informes entregados a la Secretaría de Salud Municipal / x 100 Total de informes requeridos al año	12	Helda Amaya - Subgerente Enfermería	01/01/2018	31/12/2018	Se adjunta evidencia del envío del informe a la Secretaría de Salud Municipal (2 Folio)	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se envía reporte semanal de susceptibles para triple viral (SRP) vía correo electrónico a pai.bucaramangasostenible@gmail.com; En los meses relacionados a continuación se describen el total de casos reportados: Octubre (17 casos), Noviembre (20 casos) y Diciembre (11 casos). Se realiza el consolidado mensual de susceptibles.
47	La ESE Hospital Universitario de Santander, presuntamente presentó un subregistro y probablemente una sobrefacturación de las interconsultas o consultas médicas especializadas en urgencias durante el año 2016 evidenciando un pobre autocontrol y del control de la producción de consultas especializadas de especialista en urgencias en la vigencia 2016 con respecto a la vigencia 2015.	Definir y desarrollar la herramienta tecnológica que permitan a la IPS ESE-HUS, medir y obtener de manera directa la producción de las actividades desarrolladas en el servicio de urgencias (interconsultas, consultas medicas en las primeras 24 horas).	Definir y gestionar ante el proveedor de tecnología el desarrollo de la herramienta tecnológica: DGH dinamica gerencial en indicadores para EL SERVICIO de urgencias (menor o igual a 24 horas) para obtener un canal directo entre la ESE-HUS y el proveedor.	Sumatoria total de todas las actividades y/o eventos realizados FACTURADOS, discriminandolas en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas).	Que el 100% de las actividades realizadas, discriminandolas en el servicio de urgencias (en las primeras 24 horas).	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	H47/BASES DE DATOS OPORTUNIDAD INTERCONSULTA DE DICIEMBRE 2017-MAYO 2018 24 HR URGENCIAS copia de actas de reunion - facturacion desl servicios de urgencias especificamente 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 realizo reunion con el equipo de medicos auditores concurrentes, donde se evaluo el tema, generando un reporte mensual de lo facturado por consulta en urgencias e interconsulta ambulatoria e intrahospitalaria, evaluando la atencion en las primeras 24 horas Actualmente se estan adelantando acercamientos con el proveedor de la herramienta tecnologica 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 jefatura de urgencias e interventoria de facturación 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.	INTERCONSULTA S., CONSULTAS MEDICAS ETC.: SEAN FACTURADAS SEGÚN formas de pago	INTERCONSULTA S., CONSULTAS MEDICAS ETC.: SEAN FACTURADAS SEGÚN formas de pago	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	Se anexa bae de datos comparando las interconsultas realizadas y las interconsultas facturadas en el Servicio de Urgencias, proporcionanda por la oficina de Interventoria de Facturación.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza analisis 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 comparandola con la producción en este servicio en este periodo (menos o igual a 24 horas)	Solicitar a través de la Gerencia de la ESE HUS el desarrollo de la herramienta tecnológica al Administrador del software DGH Dinamica gerencial para poder medir la producción y facturación de las actividades en el servicio de urgencias (menor o igual a 24 horas) .	CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	CONTRATADAS CON LAS ERP o de acuerdo a lo establecido normativamente	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	copia de actas de reunion - facturacion desl servicios de urgencias especificamente consultas e interconsultas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Actualmente se estan adelantando acercamientos con el proveedor de la herramienta tecnologica para realizar la actualización y ajustes necesarios
		Ajustar segun resultados el proceso segun el autocontrol .	Elaborar e implementar acciones de mejora	PRODUCCION. X 100	PRODUCCION. X 100	Javier Martinez - Coordinador del servicio de Urgencias. Javier Zarate - Profesional Universitario de Facturacion	01/12/2017	01/12/2018	Se anexa bae de datos comparando las interconsultas realizadas y las interconsultas facturadas en el Servicio de Urgencias, proporcionanda por la oficina de Interventoria de Facturación.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realiza analisis de los indicadores y se diseñan planes de mejora en la los hallazgos encontrados
48	La ESE Hospital Universitario de Santander, no hizo entrega de los COVE de mortalidad Materna Extrema de las vigencias 2016 y 2017.	Documentar las actas de analisis de casos de morbilidad materna extrema en los formatos preestablecidos por el HUS	Llevar consecutivos de las actas con soportes de asistencia y archivar.	Numero de historias analizadas/Numero de actas realizadas	100%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/01/2018	31/12/2018	Actas de reunión GII-GDO-FQ-12, versión 4 Proceso Gestión Integral de la Información de fechas: 17/12/2018-24/12/2018-16/01/2019-28/01/2019-18/02/2019-12/02/2019	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizaron reuniones, tema Morbilidad Materna Extrema
49	La ESE Hospital Universitario de Santander, presenta incoherencia en la información capturada, reportada y procesada en algunos de los eventos de interés en salud pública en las vigencias 2016 y primer semestre de 2017, lo cual genera dudas frente a la calidad del dato reportado.	Elaborar instrumento de captura y reporte de información de eventos de interés en salud pública	1.Analizar la informacion de las diferentes fuentes, relacionada con eventos de interes en salud publica. 2. Crear herramienta para consolidacion 3. Garantizar el debido reporte de la información 4. Capacitar las personas que reportan la información y realizar seguimiento mensual	numero de eventos de interes en salud publica capturados/numero de eventos de inssteres en salud publica reportados	100%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/06/2018	31/12/2018	Formato de eventos capturados ficha epidemiologicas	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se han analizado las diferentes fuentes de información: Mortalidad y Nacimientos regitrados, fichas epidemiologicas, RIPS y se contrastan con lo informado en el SIVIGILA. Se crec herramienta para contrastar entre las fichas epidemiologicas recibidas en la oficina de vigilancia epidemiologica y lo registrado en el SIVIGILA. Diligenciamiento del formato de eventos de interes en salud publica capturados y reportados.
50	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 saistencial sobre la identificación de patologia de interes publico y el correcto y oportuno diligenciamiento de las fichas epidemiologicas.	A traves de grupos primarios de servicios asistenciales realizar dicha capacitación. A traves de moodle montar capacitación	numero de personas capacitadas/total personal asistencial	80%	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Fernando Mantilla - Profesional Epidemiologia	01/11/2018	31/12/2018	REGISTRO DE ASISTENCIA R-B&F-02, VERSION 02	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/12/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se inició socialización el día 27 de Diciembre de 2018 a los colaboradores misional con que contaba el Hospital Universitario. En el 2019 se continuará con la socialización para reforzar el tema de la identificación de patologia de interes publico y el correcto y oportuno diligenciamiento de las fichas epidemiologicas a los nuevos colaboradores con que cuente la Institución.
51	La ESE Hospital Universitario de Santander, no tiene el soporte de suficiencia para contratar los servicios a partir de la capacidad instalada, documento que hace parte integral del acuerdo de voluntades suscritos con las entidades responsables de pago.	Elaborar estudio de capacidad instalada para mejorar esta accion para la vigencia 2018	El Hospital Universitario de Santander empezara a partir de la vigencia 2018, a contratar según capacidad instalada	Estudio de capacidad instalada		Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional	31/06/2018	31/12/2018	Estudio de Suficiencia de la ESE HUS (Capacidad Instalada) Código GDI-MER-MA-01	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó el Contrato No. 143 de 2018 en cuyas obligaciones estuvo 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 sirvió de insumo para elaborar el documento institucional de suficiencia de la ESE HUS (Capacidad Instalada)

		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									
52	ASISTENCIAL	La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, al no presentar disponibilidad de agendas de algunas de las especialidades estando habilitadas, oportunidades lejanas (más de 15 días hábiles) para los servicios de genética, hematología, infectología, medicina física y rehabilitación, nutrición pediátrica, oftalmología, urología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de mama tumores y tejidos blandos, neumología pediátrica, ortopedia pediátrica.	Realizar jornadas adicionales en las 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 Consulta en la Especialidad de Medicina Interna los días 23 y 30 de enero de 2018 (9 horas adicionales) 5) Verificación y Ajuste de horario de todas 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 inseguras en la prestación del servicio, que evidencia la no implementación del programa de seguridad institucional establecido.	Fortalecer el despliegue de la política de seguridad del paciente.	Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente y en la metodología para el reporte y análisis multicausal de eventos e incidentes asociados con la atención en salud dentro de la ESE HUS.	Numero. de multiplicadores formados	20	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Formatos de asistencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Seminario taller en liderazgo 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	Incrementar 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 reincusión 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 l 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 SEPA, sin embargo se adquirió el software ALMERA el cual se encuentra en parametrización para iniciar la implementación en la institución.
			Implementar las recomendaciones emitidas en las guías de buenas practicas en la seguridad del paciente en la atención en salud establecidas a nivel nacional	A través de líderes establecidos para la implementación de buenas practicas en la seguridad del paciente, priorizando las 7 metas establecidas en la institución	Porcentaje de cumplimiento a las 7 metas de seguridad del paciente priorizadas en la ESE HUS	>80% de cumplimiento.	Subgerentes Tecnico Científicos Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	10/11/2017	31/12/2018	Formatos de firmas de reuniones. Pantallazos de socializaciones en el mes de agosto de 2018. pantallazo de agenda del comité.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Reuniones con los líderes de los paquetes instruccionales. Socialización de paquetes instruccionales priorizados a través de google forms. Presentación de avances del paquete instruccional Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
		Garantizar la dispensación de los insumos para el lavado de manos solicitados por los servicios	Elaborar plan de compras donde se establecen los volúmenes de insumos para el lavado de manos suficientes y acorde a la demanda de los servicios asistenciales para la vigencia 2018	(Insumos para el lavado de manos despachado por farmacia/Total de insumos para el lavado de manos solicitados a farmacia por los servicios)*100	100	Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia	01/01/2018	31/12/2018	Plan de compras vigencia 2018. Acuerdo de Junta Directiva No. 032 Oct. 26/2017.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	28/02/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró el plan de compras vigencia 2018	
			Dispensar los insumos para el lavado de manos según necesidad de los servicios.	(Insumos para el lavado de manos despachado por almacén/Total de insumos para el lavado de manos solicitados a almacén por los servicios)*100			Claudia Juliana Roa Ardila Profesional Universitario Almacén	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	FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES LABORALES Número de veces que ocurre un accidente laboral, en un periodo de tiempo. Formula = No. De accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo / total de horas hombre trabajadas en el periodo) X 240000 SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES LABORALES			Damary Rueda Sanchez. Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	registros de asistencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Realización de pausas activas en las áreas del HUS Capacitación en Normas de Biosseguridad Realización de seguimiento de ejecución de actividades del SG-SST. Entrega de dosímetros al personal ocupacionalmente expuesto.

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									
54	ASISTENCIAL	El personal de enfermería de los servicios 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.	Promover, desarrollar y evaluar estrategias para apropiar la cultura del autocuidado en los trabajadores de la Institución independientemente del tipo de vinculación laboral	Realizar inspecciones de seguridad periódicamente en cumplimiento de las normas de bioseguridad en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	Número de días perdidos y/o cargados por accidentes laborales en un periodo de tiempo. Fórmula: (No de días de trabajo perdidos por accidentes de trabajo en el periodo / horas hombre trabajadas en el periodo) X 240000	Prevenir y minimizar la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales, disminuyendo los índices entre un 5 % y 10 % de la línea base.	Damary Rueda Sanchez. Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	Registros de asistencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Inspecciones en uso de EPP. Levantamiento de matrices de riesgo Inspección en normas de bioseguridad Verificación de estándares de bioseguridad
			Implementar estrategias de promoción y prevención del autocuidado en la ejecución de sus actividades	Implementar estrategias de promoción y prevención del autocuidado en la ejecución de sus actividades	MORTALIDAD DE LOS ACCIDENTES LABORALES Número de accidentes laborales mortales en un periodo de tiempo. Fórmula: (número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo) X 100		Damary Rueda Sanchez. Profesional Especializado UF Talento Humano	01/01/2018	31/12/2018	Registros de asistencia Formato de entrega de dosímetros Oficios enviados	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	03/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Recambio mensual de dosímetro al personal ocupacionalmente expuesto Tramitar la entrega de elementos de protección personal al personal de las diferentes áreas Tramitar el reporte de condiciones inseguras realizadas por el personal de las áreas.
		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 Ardila Pimiento Profesional Universitario Área de la Salud Laboratorio Clínico	1/01/2018	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 . Listado de Asistencia Tercer Ciclo de Capacitaciones . Listado de Asistencia Cuarto Ciclo de Capacitaciones .	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	30/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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 realizadas en el mes de Octubre de acuerdo al calendario programado con la Subgerencia de Enfermería y el Comité de Educación del Servicio de Enfermería y se enfocadas en aquellos hallazgos repetitivos de algunos servicios puntuales . Cuarto ciclo de Capacitaciones realizadas en el Mes de Noviembre de acuerdo a calendario programado con las coordinadoras de Enfermería de los Servicios de Hospitalización	
55	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al no contar con los insumos para el área de esterilización como cepillos de cerda gruesa, cepillos cerda delgada para lavado de instrumental, Lápiz de electro bisturí, Papel grado médico rollo vapor 30, 25, 20, 15 plano y con fuelle, para empaque de dispositivos médicos en vapor, Papel Tyvek rollo empaque Sterrad de 70X500, 70X300, Tira o integrador químico a vapor para el control de paquetes que garanticen un control frente al material estéril presuntamente incumple con el Manual de buenas prácticas de esterilización adoptado mediante resolución 2183 del 2004.	Coordinar con la central de esterilización el material requerido para la continuidad y calidad de los procesos acorde a la demanda.	Proyectar los gastos de material de la central de esterilización e incluirlos en el plan de compras del Servicio Farmacéutico según el presupuesto asignado.	Control de equipos con resultados correctos/total de controles de equipos realizados *100	100	Guillermo Gomez Moya - Subgerente Ambulatorios Manuel Jimenez - Profesional Universitario Farmacia Juan Paulo Serrano Subgerente de Especialidades Quirúrgicas	15/11/2017	31/12/2018	* Comunicado 3000-sse-30-2018 Relación de Faltantes De Insumos médicos Central de Esterilización. * Comunicado Helda Amaya Subgerente de Enfermería (esterilización) * Oficio enviado desde la central de esterilización a la Subgerencia de enfermería. * Reporte de indicadores enviados a la Oficina Asesora de Calidad. * 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 adecuado abastecimiento	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 Biotronitech. Central de Esterilización ha enviado correos a la Subgerencia Quirúrgica informando los insumos requeridos para realizar un adecuado abastecimiento.
56	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, al presentar productos finales del material estéril donde solo se identifica con fechas de esterilización y no fechas de vencimiento de los paquetes, y algunos sin cinta indicadora, responsable, nombre del producto, y/o esterilizador número de carga, no mantenimiento de equipos, higiene inadecuada.	Centralizar el proceso de esterilización y realizar cada una de sus etapas en una sola área en este caso 6° piso, para garantizar el control y la calidad del servicio.	Solicitar a la Subgerencia Quirúrgica, Subgerencia de Alto Costo, Mantenimiento de equipos biomédicos, Control Interno y Tecnovigilancia visita de inspección para traslado de proceso a la central de esterilización	Controles de equipos con resultados correctos Total de controles de equipos realizados 100	100	Juan Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo	15/11/2017	31/12/2018	Se adjuntan fotografías de Central de Esterilización en piso sexto.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó verificación del funcionamiento del proceso de Esterilización, el cual se encuentra centralizado en el sexto piso, junto a quirófanos, garantizando el control y la calidad del servicio.
			Realizar un inventario de los equipos biomédicos (Autoclaves), instrumental quirúrgico y hacer la ficha técnica de cada uno de estos equipos para implementar el cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo; Así como la bajas de equipos dañados	Controles de carga con resultados correctos Total de controles de carga realizados 100	100	Juan Paulo Serrano - Subgerente de Servicios Quirúrgicos Alvaro Gomez Torrado - Subgerente de Alto Costo Sandra Milena Rodríguez. Profesional Universitario de Mantenimiento	15/11/2017	31/12/2018	Se adjunta certificación emitida por la Profesional Universitario de Mantenimiento de la ESE HUS, acerca del inventario realizado a las Autoclaves. Se adjunta reporte de Indicadores correspondiente a los meses Junio, Julio y Agosto de 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó inventario a las Autoclaves de la Institución, por parte de la Oficina de Mantenimiento. Se realizó el levantamiento del inventario del instrumental quirúrgico por parte de Almacén	

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 Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación									
						Nombre / Cargo											
60	ASISTENCIAL	instalaciones para la producción de gases medicinales activa y evidencia la producción industrial de aire medicinal para los usuarios del Hospital, sin embargo, no entregó a este equipo auditor, la certificación de buenas prácticas BPM, emitidas por el ente de control INVIMA, para su funcionamiento.	Lograr la certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM) de gases medicinales emitida por el INVIMA	Lograr la ejecución del proyecto de construcción, compra de equipos y certificación en buenas prácticas de manufactura para gases medicinales - INVIMA	CERTIFICACION EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA GASES MEDICINALES - INVIMA = (actividades desarrolladas / Numero de actividades programadas)*100	Cumplimiento del 100% de ejecución en Enfoque, implementación y resultado.	Sandra Rodríguez- Profesional Universitario Mantenimiento Manuel de Jesus Jimenez Profesional Universitario de Farmacia.	10/11/2017	31/12/2019	Acuerdo de Junta Directiva.	La actividad cuenta con soporte documental	EN EJECUCIÓN	28/02/2019	OPORTUNO	1%-33%		Se realizaron los recursos en primer lugar en el mes de marzo, por causas del mantenimiento Hospitalario Propios por valor de 600.000.000 destinados a la obra de la central de gases medicinales, tomando como referencia la consultoría realizada. Actualmente se está realizando la evaluación de las condiciones actuales de la red de oxígeno, vacío y aires medicinales con el fin de determinar los requisitos de suministro y cumplimiento de la norma. Se solicita cotizaciones a los proveedores de gases medicinales estudiando la posibilidad de un comodato para la adquisición del compresor, bomba de vacío y red., equipos necesarios para la puesta en funcionamiento de la Central de gases medicinales.
61	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no realiza una adecuada clasificación de los residuos hospitalarios ya que se evidencia que los residuos se desechan en bolsa transparente (Biológicos y comunes), se identifica en canecas verdes tapabocas, y en recipientes rojos, empaques de comida, botellas de agua, empaques de jeringas y servilletas de papel.	A través del programa de inducción y reinducción reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos.	A través de la inducción y reinducción reforzar el conocimiento en el tema de clasificación de residuos y realizar evaluación de adherencia.	(Numero de evaluaciones aprobadas/ Numero de evaluaciones aplicadas)*100	90% de las evaluaciones aplicadas deben ser aprobadas.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018	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.	(Numero de canecas evaluadas con cumplimiento de segregación de la fuente/ total de canecas evaluadas en el servicio)*100	100% de Cumplimiento en la segregación en la fuente.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018	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, quirófanos, 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.	(Numero de evaluaciones aprobadas/ Numero de evaluaciones aplicadas)*100	90% de las evaluaciones aplicadas deben ser aprobadas.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018	Se adjunta listados de asistencia.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó retroalimentación 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.	(Numero de evaluaciones aprobadas/ Numero de evaluaciones aplicadas)*100	90% de las evaluaciones aplicadas deben ser aprobadas.	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad Mary Ramirez Lagos - Profesional Universitario Ambiente Gestión Integral	15-01-2018	31-06-2018	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.	Habilitar espacio físico para la correcta clasificación y disposición de residuos	Presentar proyecto adecuación cuartos de clasificación y disposición de residuos	Proyectos presentados	1	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos.	22/11/2017	31/03/2018	PROYECTO A NIVEL DE PERFIL PARA LA IMPLEMENTACION DE CUARTOS DE RESIDUOS INTERMEDIOS EN LA EMPRESA SOCIAL	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	En el PMA (Programa Médico Arquitectónico) se encuentran los diseños de los cuartos de residuos intermedios, se ejecutaran cuando se tenga disponibilidad de recursos financieros.
			Ejecución de obras	Contrato de obra ejecutado	1		04/06/2018	31/12/2018	La actividad no presente ejecución	ABIERTO	30/11/2018	OPORTUNO	0%		En el 2018 se adelantó el levantamiento de necesidades y se calculó el valor aproximado del proyecto, recursos que no fue posible asignarlos dentro del presupuesto que se había aprobado en el 2018. Actualmente se está realizando la evaluación de áreas donde se puedan ubicar los cuartos intermedios de residuos buscando cumplir los requisitos de la Resolución 1164 de 2002 y buscando la optimización de recursos.		
63	ASISTENCIAL	El personal de servicios generales - aseo de la ESE Hospital Universitario de Santander encargado de la limpieza, desinfección y recolección de residuos no cuenta con los elementos de protección en el desarrollo de sus labores.	Capacitar al personal en la importancia y uso adecuado de los epp en el desarrollo de sus labores.	Realizar jornadas de sensibilización en la importancia y el uso adecuado de los EPP, para generar barrera de protección en las diferentes partes del cuerpo del trabajador que vayan a tener contacto directo con factores de riesgo que le puedan ocasionar una lesión, accidente o enfermedad	Indice de personal capacitado en EPP= (No de Personal capacitado)/(No de personal adscrito al servicio) % cubrimiento de EPP= # de Epp Entregados al personal/ (# de Epp Requeridos)*100	100	Equipo de Infraestructura Luis Hernán Triana Sandoval Profesional Universitario Servicios Básicos.	09/11/2017	17/11/2017	Se anexan evidencias en 56 folios 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.	Documentar, planear, implementar y verificar un Plan de Contingencia que permita garantizar la continuidad del servicio de atención en salud en situaciones de crisis.	Realizar investigaciones de planes de contingencia con entidades afines.			Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018	Acta N. 3 del CHGRD del 23 de marzo de 2018.	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El 23 de marzo de 2018 en reunión ordinaria del Comité Hospitalario para la gestión del Riesgo de desastres se presentó el plan de contingencia frente a situaciones de crisis, para su aprobación; el comité solicita incorporar el plan de contingencia para riesgo biológico. El 20 de abril de 2018, en reunión ordinaria del Comité Hospitalario para la gestión del riesgo de desastres de la ES HUS se presentó 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 presentó 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.
			Elaborar documento según estudio institucional.	Hacer diagnóstico de la situación institucional.	Documentos elaborados, socializados y evaluados	1	Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018	Acta N. 4 del CHGRD del 20 de abril de 2018.							
			Implementar el documento y hacer seguimiento	Elaborar documento según estudio institucional.			Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018	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.							
							Miriam Fanny Anaya - Jefe Oficina Asesora Calidad	15/01/2018	01/06/2018	Documento socialización							

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
65	ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, establece acciones de mejora con respecto al resultado de las PQRS de las cuales no se observa ejecución y seguimiento de acuerdo a lo ordenado en el Título VII Capítulo I de la Circular Única por la Superintendencia Nacional de Salud.	Se remite la pqr a la dependencia pertinente para que ésta realice la indagación y análisis, tomando las medidas correctivas, expresándolas a través de planes de mejoramiento (revisión del proceso, actividades, conocimientos, socializaciones, llamados de atención, verificación de la adherencia, u otra acción); posteriormente se emite respuesta al usuario con sus respectivos soportes y se envía copia a siau para su publicación en página web de la entidad y posterior su archivo.	Enviar correo electrónico adjuntando oficio, archivo consolidado en excel y evidencias de la quejas a la Dependencia responsable para gestión ante la empresa tercerizada y respuesta al usuario. Ajustar cuadro de excel adicionando seguimiento y diligenciándolo por parte de Siau.	# de Quejas Resueltas / total # quejas Recibidas*100	75% Resueltas a la fecha de corte	Dr. SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ Subgerente de Apoyo Diagnóstico LADY RODRIGUEZ BURBANO Subgerente de servicios médicos HELDA CECILIA AMAYA DIAZ Subgerente de Enfermería JUAN PAULO SERRANO PASTRANA Subgerente de Servicios Quirúrgicos JURG NIEDERBACHER Subgerente Mujer e Infancia ALVARO GOMEZ TORRADO Subgerente de Alto Costo YOLANDA CEDIEL CASTILLO Especializado UFRFSB LUIS HERNAN TRIANA SANDOVAL Prof. Universitario de Servicios Básicos Dr. JAVIER ZARATE CAICEDO Prof. Universitario	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 PQR enviados por la Oficina del SIAU. La Subgerencia Quirúrgica dio respuesta a 6 de las 9 quejas presentadas por los usuarios en los servicios pertenecientes a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos dentro del periodo marzo-mayo 2018
		Realizar seguimiento a las PQRS recibidas, gestionadas, en trámite y resueltas	Realizar visita a las dependencias registrando seguimiento a las POR en acta y lista de asistencia.	# de Seguímentos realizados	10 Seguímentos	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	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Visitas de auditoria 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 realizará nuevo cronograma de auditoria al servicio de alimentación para verificar transporte y rotulación de las dietas hospitalarias.	Por medio de una inspección a los carros transportadores y rotulos de las dietas hospitalarias de los pacientes	% de cumplimiento de rotulación de dietas (# de dietas rotuladas / total de dietas despachadas)*100	100	GUILLERMO GOMEZ MOYA, Subgerente Servicios Ambulatorios Equipo de Nutrición y Dietética y Empresa contratista ECOSERVIR	01/12/2017	31/01/2018	H66-COMPILADO 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.	Revisar y ajustar procedimientos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos de la empresa contratista	Se aplicará lista de chequeo al procedimiento de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos a cargo de la empresa contratista.	% de cumplimiento a los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos.	90 a 100%	GUILLERMO GOMEZ MOYA, Subgerente Servicios Ambulatorios Empresa contratista ECOSERVIR S.A.S	01/12/2017	31/01/2018	H67/MGN-02 Manual para el Almacenamiento de Alimentos.CRE PTGN-01 Protocolo entrega de Dietas.CRE PTGN-02 Protocolo de recepción de Alimentos Preparados.CRE (1) Listas de chequeo	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/01/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se aplicó lista de chequeo al procedimiento de recepción, almacenamiento y distribución de alimentos 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 lo hace en situaciones de hacinamiento.	Análisis de la situación y de las condiciones actuales de la infraestructura a intervenir	La E.S.E HUS, formulará Proyecto para realizar mejoramiento y adecuación de las condiciones de infraestructura del área de oncología y salas de quimioterapia.	Proyectos formulados	1		31/12/2017	31/12/2018	Requerimiento simple N° 9	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	13/03/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se elaboró requerimiento simple N° 09 de fecha 13/03/2018 para las adecuaciones civiles y arquitectónicas necesarias para la ejecución de las obras en la unidad de oncología.
		Elaboración del proyecto arquitectónico para la inversión en adecuación y remodelación de toda el área.	Realizar la contratación de la obra civil.	Área Intervenido	100% del área del Servicio de Oncología y Quimioterapia	Edgar Julian Niño Carrillo - Gerente Jefe Oficina jurídica Luis Hernan Triana - Profesional Universitario de Servicios Básicos Equipo de infraestructura	30/04/2018	31/12/2018	Certificado suscrito por la profesional especializada de la UFRFSB con funciones asignadas del profesional de Servicios Básicos. CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 307 DE 2018, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER Y EL CONSORCIO ADECUACIONES ONCOLOGÍA 2018. NOTIFICACION DE SUPERVISION TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA; COMPROMISO,LEGALIZACION Y APROBACION DE GARANTIAS,CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DEL PRESUPUESTO (CDP), RUT, POLIZA Y MINUTA DEL CONTRATO 307 DEL 2018	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	23/11/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	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 Simulador, Gamacámara y cabina de flujo laminar, por lo que el 16 de agosto fue radcada por el área de mantenimiento la respectiva necesidad solicitando el desmonte de los mismos, tal como consta en certificado adjunto. Notificación de contrato de obra publica No 307/2018	

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
		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										
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.	Definir y priorizar la documentación que debe actualizarse, socializar y evaluar por el personal médico competente	# de guías socializadas / #total de guías a socializar*100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zabbe - 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 cervix. 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. Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	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				
		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 cervix. 10. Guía de manejo del paciente con cáncer de pulmón.	# de profesionales capacitados / # Total de Profesionales * 100	100	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zabbe - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Hoja de evidencia adopción e implementación 1, Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de colon 2. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de cervix. 3. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de pulmón 4. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de gástrico 5. Guía de manejo del paciente con cáncer de mama 6. Guía de manejo del paciente con cáncer de sarcoma 7. Guía de manejo del paciente con cáncer de próstata socialización, GMC-GCA-FO-42, versión 1 Gestión de Mejoramiento Continuo Guía de Práctica Clínica para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación del Cáncer de Próstata y Socialización.	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	31/12/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se adoptaron las GPC Guías de Práctica: 1. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de colon 2. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de cervix 3. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de pulmón 4. Guía de práctica clínica para el tratamiento de cáncer de gástrico 5. Guía de manejo del paciente con cáncer de mama 6. Guía de manejo del paciente con cáncer de sarcoma 7. Guía de manejo del paciente con cáncer de próstata donde se determino: Integrantes equipo adoptador Revisión de GPC desde el perfil epidemiológico Verificación de GPC en el ministerio de salud y protección social Aplicación de herramienta 7 Herramienta 13: matriz de priorización de recomendaciones Herramienta 14: resumen de barreras de implementación y facilitadores Observaciones de acuerdo al contexto institucional Herramienta 16: experiencia de los pacientes y sus expectativas acerca de la atención a través de las gpc Lista de chequeo adherencia a guía práctica clínica Plan de implementación institucional				
		Socializar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados							Lista de Asistencia GTH-FO-20, versión 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad cuenta con evidencias de implementación	EN EJECUCIÓN	30/11/2018	OPORTUNO	34%-69%		Se realizó la socialización de la GPC para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación del Cáncer de Próstata, de acuerdo a la disponibilidad del Oncólogo con que cuenta la Entidad se continuará con el proceso de socialización y evaluación de la adherencia. Se están actualizando y elaborando los documentos audiovisuales para la socialización mediante la plataforma Moodle institucional.			
		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 Zabbe - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018		La actividad no presente ejecución	ABIERTO	30/11/2018	INOPORTUNO	0%		Se realizó la socialización de la GPC para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación del Cáncer de Próstata, de acuerdo a la disponibilidad del Oncólogo con que cuenta la Entidad se continuará con el proceso de socialización y evaluación de la adherencia. Se están actualizando y elaborando los documentos audiovisuales para la socialización mediante la plataforma Moodle institucional.				
		Implementar los procedimientos de Oncología y Quimioterapia priorizados							La actividad no presente ejecución	ABIERTO	30/11/2018	INOPORTUNO	0%		Una vez se realice la evaluación de los procedimientos Se realizó la socialización de la GPC para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación del Cáncer de Próstata, de acuerdo a la disponibilidad del Oncólogo con que cuenta la Entidad se continuará con el proceso de socialización y evaluación de la adherencia. Se están actualizando y elaborando los documentos audiovisuales para la socialización mediante la plataforma Moodle institucional.				
		La papelería de prescripción médica y fórmula de medicamentos se encuentra actualmente estandarizada en la Historia Clínica de la plataforma Dinámica .NET	Estructurar en el sistema Dinámica .NET el formato de Historia Clínica el protocolo de administración de Quimioterapia						01/11/2017	31/12/2018	ACTA DE REUNIÓN GTH-ODO-FO-12, Versión 4 PROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/12/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	En reunión de grupo primario de fecha 28 de septiembre de 2018 se reviso el tema con el ingeniero de UFATI para lo cual se indico que se debe enviar el listado de todos los medicamentos a fin de que se ingresen en el sistema. De igual forma se debe realizar la socialización por la oficina de sistemas al personal de las nuevas modificaciones realizadas.	
			Construir con el personal asistencial el contenido requerido a fin de ser estructurado en la Historia Clínica para 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 se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/08/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunión donde se construyo el contenido requerido.	

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO						SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
		¿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								
70 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, no cumple estándares de historia clínica, la papelería de prescripción de quimioterapia en el servicio de oncología no está estandarizada, se encuentran revisiones hechas por enfermería para el suministro, en hojas sueltas, archivos magnéticos de historia no controlados oficialmente por la institución, se pueden incluir textos a la historia clínica desde archivos de word.	Para el protocolo de administración de quimioterapia se el cual se encuentra en la historia clínica del paciente se le diseñaran en el formato institucional de la Historia Clínica del paciente unos campos de forma que se tenga más claridad para el personal asistencial y así evitar escribir en hojas sueltas	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	# 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	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 remito requerimiento al comité de historias clínicas solicitando se estructure 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 corrido se presta para confusiones en las indicaciones y se debe solicitar al Médico Especialista lo transcriba 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	Lista de asistencia GTH-FO- version 3 Formato de Dinamica Net registro de formula médica. Evaluaciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	11/13/2019	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	La oficina de sistemas socializo con el personal de la unidad de Oncología la importancia del registro de la formula y protocolo de administración de quimioterapia	
			Evaluar al personal	01/11/2017			31/12/2018	Lista de asistencia GTH-FO- version 3 Formato de Dinamica Net registro de formula médica. Evaluaciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	11/13/2019	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	La oficina de sistemas socializo con el personal de la unidad de Oncología la importancia del registro de la formula y protocolo de administración de quimioterapia.	
			Implementar el formato	01/11/2017			31/12/2018	Lista de asistencia GTH-FO- version 3 Formato de Dinamica Net registro de formula médica. Evaluaciones	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	11/13/2019	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Se realiza la evaluación al personal que efectua los registros en la plataforma institucional para la formulación y protocolos de quimioterapia.	
71 ASISTENCIAL	La ESE Hospital Universitario de Santander, prestó servicios de radioterapia sin haber realizado la correcta verificación del posicionamiento de los pacientes de radioterapia, irradiando presumiblemente zonas sanas y equivocando los sitios de patología, situaciones compatibles con fallos en la pertinencia, seguridad, accesibilidad, continuidad y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, silencio a fallos éticos en la prestación del servicio de radioterapia, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud, con calidad.	Adquisición de los insumos para la toma de imágenes de posicionamiento de los pacientes que inician y se encuentran en tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal	Identificar y definir una estrategia para que no se dejen de tomar las imágenes de posicionamiento de los pacientes que inician y se encuentran en tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal	IGP= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100	Cuando el indice alcance el 70 % se elabora el requerimiento para la adquisición de insumos	Alvaro Gómez Torrado - Subgerente de Alto Costo Adriana Zable - Coordinadora Oncología Dar Salud	14/11/2017	31/12/2018	Lista de Asistencia GTH-FO-20, version 3, Proceso Gestión Talento Humano	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	31/05/2018	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunion donde se identifico y se defino una estrategia para evitar vuelva a ocurrir el hallazgo presentado.
			Elaborar solicitud mediante el formato de nuevas tecnologías GT-FO-20 version 2, Proceso de Gestión de la Tecnología, a la oficina de mantenimiento a fin de que se realice la adquisición de un sistema de imágenes portales (IVS) para la toma de imágenes digitales.				14/11/2017	31/12/2018	Formato GT-FO-20, version 2, Proceso de Gestion 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 diligencio el formato de nuevas tecnología GT-FO-20, version 2, Proceso de Gestion de la Tecnología y se envió a la oficina de mantenimiento via correo institucional el día 27 de diciembre de 2017
			Elaborar informe del numero de placas radiográficas existentes para la verificación de los campos de radiación una vez se esten agotando				14/11/2017	31/12/2018	Copia del correo enviado por la Subgerencia de Servicios de Alto Costo y Oficio de informe de número de placas a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	10/11/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 10 de noviembre de 2017 se envia notificación mediante correo institucional indicando las cantidades de placas radiograficas que quedan para la verificación de campos de radiación de los pacientes oncológicos tratados en el acelerador a fin de que cuenten para los pacientes programados de la siguientes semanas.
			Supervisar que ante la no consecución de las placas radiográficas se suspendan los tratamientos y se informará a la Gerencia y Subgerencia Administrativa.				14/11/2017	31/12/2018	Copia del correo enviado por la Subgerencia de Servicios de Alto Costo a la Subgerencia Administrativa y Gerencia	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	15/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	El día 15 de Diciembre de 2017 se envia notificación mediante correo institucional a la Gerencia y Subgerencia Administrativa indicando la suspension del servicio de Radioterapia hasta tanto no se cuente con el material requerido y se garantice la atención debida a los pacientes.
			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 Radiograficas 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 presumiblemente zonas sanas y equivocando los sitios con patología, presenta presuntas fallas éticas y disciplinarias por no garantizar la seguridad, accesibilidad, continuidad, pertinencia de la atención y tratándose de pacientes cuyo diagnóstico es cáncer con la oportunidad, vulnerando el acceso al derecho fundamental a la salud.	Realizar seguimiento mensual al indice de placas Radiograficas de radioterapia, con el fin de garantizar la existencia de los insumos y una planeacion eficiente en la prestación de los servicios de radioterapia a los pacientes oncológicos proporcionando seguridad, accesibilidad, continuidad y pertinencia de la atención	Definir el indice de placas radiograficas de radioterapia	IGP= (No. Placas gastadas / No. Placas Compradas) * 100	Cuando el indice 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 Gestion de la Tecnología	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	18/12/2017	OPORTUNO	100%	CERRADO OPORTUNO	Se realizó reunion donde se defino, se construyo y se socializo el indice de placas radiograficas de radioterapia Realizar requerimiento para la adquisición de insumos cuando el indice alcance el 70 %
			Construir el indice de placas Radiograficas				10/08/2017	31/12/2018								
			Socialización del indice de placas				10/08/2017	31/12/2018								
			Supervisar el seguimiento del indice de placas				10/08/2017	31/12/2018								
Implementación del indice de gasto de placas radiograficas	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 envia notificación mediante correo institucional indicando las cantidades de placas radiograficas que quedan para la verificación de campos de radiación de los pacientes oncológicos tratados en el acelerador a fin de que cuenten para los pacientes programados de la siguientes semanas.						

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
73	ASISTENCIAL	El Ministerio de Salud y la Secretaría Departamental de Salud, no han realizado desde hace tiempo, visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación del servicio de oncología de la ESE Hospital Universitario de Santander, situación que ha favorecido el incumplimiento de las condiciones de habilitación del servicio.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA								
74	ASISTENCIAL	La guía de interrupción voluntaria del embarazo cita normalidad derogada como la Resolución 1441 de 2013 evidenciando debilidades en el procedimiento de control de documento y registro.	Solicitar actualización de guías al Departamento de Ginecobstetricia - UIS	En el proceso de adopción y adaptación de la guía se debe socializar por correo y en comites	Actualización de guía completa cumpliendo con la normativa	100	Jurg Niederbacher Valásquez - Subgerente Mujer e Infancia	14/11/2017	31/12/2017	Protocolo para el manejo de pacientes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo. GUR-GUR-PT-04. Versión 1	La actividad se encuentra totalmente cumplida	CERRADO	28/02/2019	INOPORTUNO	100%	CERRADO INOPORTUNO	Actualización de la guía cumpliendo con la normativa y cambiando el formato de guía a protocolo.

Firma del Evaluador
Nombre:
Cargo: