



Bogotá 19 de enero de 2022

Doctora

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA

Directora Administrativa

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS

Directora científica

JOSE JAIME PINZON RIAÑO

Director Financiero

NUBIA GUERRERO PRECIADO

Directora de Atención al Usuario

JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO

Director HRZipaquira

ANA CAROLINA SERNA

Coo. UFZipaquira

NEIDY ADRIANA TINJACA R.

Jefe Oficina Asesora Jurídica

YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E.

S.

D.

Ref.: INFORME DE AUDITORIA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Cordial Saludo.

Una vez agotadas todas las actividades del Procedimiento de Auditoria, se informa que queda cerrado el Informe de AUDITORIA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS para que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes se elabore Plan de Mejoramiento pertinente. El cual deberá ser elaborado según lo establecido en el Procedimiento 02AC01, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09.

Nota: Anexo 19 folios

Atentamente,

**MARIA CLARA MARTINEZ RUBIANO**
Profesional Especializado

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CUMPLIMIENTO PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2021

1. ASPECTOS GENERALES

OBJETIVO

El objetivo de la presente Auditoria es verificar el los avance de los planes y programas suscritos por la entidad, desarrollados en la presente vigencia.

ALCANCE

El seguimiento se realizará a cada uno de los planes y/o programas sobre la gestión de todas las áreas que son responsables de las acciones de mejora que hacen parte de los planes de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia 2021.

METODOLOGIA

Acorde al objeto de la Auditoria para el logro de la información requerida, el Auditor se fundamentó en:

- ✦ La Información publicada de planes y programas en el sitio WEB y en el sistema de gestión de calidad integrado - ALMERA.
- ✦ En el requerimiento de información solicitado y suministrado por las oficinas Asesoras y los Directores de la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana.

En el desarrollo de la Auditoria se plasmó en conjunto la información obtenida y allegada.

BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA

LEY 87 DE 1993 - "por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones" / Artículo 12. }

LEY 152 DE 1994, artículos 26 y 29, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

DECRETO 1876 DE AGOSTO DE 1994 en su artículo 24, establece que Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo de conformidad con la ley y sus reglamentos.

LEY 489 DE 1998 Capítulo IV por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política

LEY 715 DE 2001 "por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

LEY 909 DE 2004 señala que las entidades deberán formular y adoptar anualmente los planes estratégicos de talento humano, anual de vacantes y de previsión de recursos humanos (numeral 2, literales a) y b) del artículo 15 y en el numeral 1 del artículo 17)

LEY 1474 DE 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

LEY 1753 DE 2015, Por el cual integró los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad.

EL DECRETO-LEY 1567 DE 1998, en el Título II establece el Sistema de Estímulos para los empleados del Estado, el cual está integrado por dos grandes programas: Bienestar Social e Incentivos.

DECRETO 1599 DE 2005 – “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano. Mediante este decreto se determina la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme al artículo 5º de la Ley 87 de 1993

DECRETO 2913 DE 2007, establece que el Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad son complementarios por cuanto tienen como propósito común el fortalecimiento institucional, la modernización de las instituciones públicas, el mejoramiento continuo, la prestación de servicios con calidad, la responsabilidad de la alta dirección y los funcionarios en el logro de los objetivos; por lo tanto, su implementación debe ser un proceso armónico y complementario.

DECRETO 1083 DE 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública,

DECRETO 1499 DE 2017, desarrolló el Sistema de Gestión,

DECRETO 612 DE 2018 Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.

2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

De acuerdo con los contenidos establecidos en el Plan anual de Auditorías Internas independientes de la vigencia 2021 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, la presente auditoria contiene se han identificados los objetivos estratégicos de la E.S.E.:

- ✓ **Fortalecer la Prestación de servicios de Salud.** Dentro de las competencias asignadas en el modelo de red Departamental.
- ✓ **Garantizar el Talento Humano más competente.** Del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
- ✓ **Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.** que permita conformar centros de excelencia.
- ✓ **Implementar un modelo de Docencia e Investigación.** Que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollan sus procesos de enseñanza, aprendizaje en la institución que forman profesionales de bien para la sociedad.
- ✓ **Garantizar un Sistema de Información.** Integral eficiente y eficaz.
- ✓ **Lograr la auto sostenibilidad financiera.** Por recaudo de venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.

3. PLANES PROGRAMAS

PLAN INDICATIVO 2020- 2023

Conforme el Acuerdo No. 019 de 17 de agosto de 2021, por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del primer semestre del Plan Operativo Anual de la vigencia 2021 y seguimiento al Plan Indicativo

2020-2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en sus artículos segundo y tercero establecen como resultado al cierre de la ejecución y seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2024 un cumplimiento del **35.5% del 50% correspondiente al primer semestre 2021.**

PLAN OPERATIVO ANUAL 2021 – POA 2021

El Plan operativo Anual de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana aprobada mediante Acuerdo de la Junta Directiva iniciando la vigencia, se encuentra ligado directamente al Plan Indicativo 2020-2023 en cuanto a las metas de producto y al Plan de Gestión del Gerente.

El POA 2021 dentro de su aprobación y desarrollo registra:

DESCRIPCION	BOGOTÁ	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA
Metas de Producto Anual	77	31	48
Seguimiento a 30 de junio de 2021	78.9%	52%	71.6%

Fuente: Acuerdo 019 de agosto 2021

El seguimiento a Plan operativo anual conforme al Acuerdo 019 de 2021 de la Junta Directiva registra un cumplimiento total del **71.07%** del 100% de la vigencia 2021.

PLANES DECRETO No. 612 DE 2018

Conforme a la normatividad vigente la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana ha publicado en el sitio WEB, link Inicio /planeación gestión y control/planes programas y proyectos/planes estratégicos –Decreto 612.

I. PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS PINAR

Aprobado el 29 de enero de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, el cronograma insertado en el Plan contiene trece (13) actividades de Programa de capacitación (3), Identificar y evaluar los riesgos de seguridad de los soportes documentales (3), Convalidación TRD (7).

La Subdirección de Sistemas con radicado 2021403011369-1 informa a la fecha avance del **100%**

II. PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

Aprobado mediante Acuerdo No. 042 del 29 de diciembre de 2020 de la Junta Directiva, publicado en el sitio WEB, link: contratación/contratación plan anual adquisiciones /2021, el presupuesto inicial para la vigencia 2021, de acuerdo a lo aprobado fue de \$167.252.857.559, se han realizado ocho (8) modificaciones con acuerdos de los meses de marzo (Acuerdo No. 004 de 2021) Junio (Acuerdo No. 010 de 2021), agosto (Acuerdos Nos. 016 y 017 de 2021), septiembre (Acuerdos Nos. 021 y 025 de 2021), octubre (Acuerdo No. 031 de 2021), noviembre (Acuerdo No. 038 de 2021).

La Subdirección de bienes, compras y suministros informa que a la fecha (diciembre 6) se ha comprometido el **86,34%** (\$199.844.458.433/ \$231.464.946.167).

En el link del sitio WEB en donde se encuentran publicados los planes de Decreto 612 se observa publicado los Acuerdos del Plan de adquisiciones de la vigencia 2020.

02/21

III. PLAN ANUAL DE VACANTES

Aprobado el 9 de junio de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, en el numeral 4 – Metodología se observan dos (02) líneas estratégicas a.) Provisión vacantes mediante encargo o provisionalidad, b.) Provisión de vacantes definitivas a través de la CNSC, el cronograma contiene siete (7) actividades, cuarenta y ocho actividades específicas, no se evidencian indicadores.

La Subdirección de Personal con radicado 2021401011315-1 informa el cumplimiento del **100%** de cumplimiento de siete (7) actividades a 30 de septiembre de 2021.

IV. PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Aprobado el 9 de junio de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, en el numeral 4 - Actividades se observan tres (3) líneas estratégicas con fecha de cumplimiento hasta septiembre de 2022, no hay registro de cronograma e indicadores.

La Subdirección de Personal con radicado 2021401011315-1 informa el avance del **100%** de cumplimiento de tres (3) actividades a 30 de septiembre de 2021.

V. PLAN ESTRATEGICO DEL TALENTO HUMANO

Aprobado el 29 de septiembre de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB de la entidad, entre las líneas estratégicas para la implementación del Plan están: a.) Estrategia de Planeación del Talento Humano, selección y vinculación, b.) Estrategia de bienestar social laboral e incentivos institucionales, c.) Estrategia Plan Institucional de capacitación, d.) estrategia evaluación del desempeño, e.) estrategia de gestión de la información, f.) estrategia en el procedimiento de retiro, g.) estrategia sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

El cronograma para la ejecución del programa de inducción, reinducción y entrenamiento en puesto de trabajo de la E.S.E. (HUS y HRZ) contiene tres (3) actividades a.) Inducción, b.) Re-inducción, c.) Seguimiento al entrenamiento en el puesto de trabajo y treinta (30) actividades específicas.

La subdirección de desarrollo humano, en desarrollo del cronograma, de las actividades de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana – HUS- Bogotá, que contiene 17 actividades, a septiembre de 2021 se registró un cumplimiento de **100%** y avance del **88.24%**.

VI. PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Es una de las líneas estratégicas del plan estratégico del Talento Humano, publicado en el sitio WEB, documento sin código de identificación, Aprobado el 20 de junio de 2021. A septiembre de 2021 contiene 187 actividades de capacitación a realizar de forma anual, trimestral y mensual.

En desarrollo del cronograma de la vigencia, contenía 117 actividades; la subdirección de desarrollo humano informa que dadas necesidades enviadas por los líderes de los procesos, presento modificaciones quedando al mes de septiembre de 2021 con ciento ochenta y siete (187) actividades, a esta fecha su cumplimiento es del **61%**; el avance del plan es del **66.3%**

VII. PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES

Es una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Talento Humano, denominada 'Estrategia de bienestar social laboral e incentivos Institucionales' e identificado con código de documento 01TH02-V1 aprobado en abril de 2015. Se homologa con el Plan de incentivos institucionales publicado en el sitio WEB, aprobado el 20 de junio de 2019, no contiene código de identificación del documento.

El cronograma publicado junto con el Plan para la vigencia 2021 contiene tres líneas estratégicas: a.) Protección y servicios sociales, b.) calidad de vida laboral, c.) incentivos.

La subdirección de Desarrollo Humano informa que a septiembre de 2021 registra un cumplimiento del **59%**; con un avance del **57.8%**

2022

VIII. PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Publicado en el sitio WEB el cronograma de la vigencia 2021, cuenta con diez (10) enfoques y 52 actividades. Paralelamente se evidencia publicado 'El sistema de Gestión de la seguridad la salud en el trabajo SG –SST', código de identificación 01TH03-V2, aprobado en el mes de noviembre de 2019 se encuentra publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA cuenta con los siguientes enfoques: a). Compromiso Gerencial, b). Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, c). COPASST, d). Comité de convivencia laboral, e), Comité de emergencias, f). Programa de higiene y seguridad industrial, g). PSEV, h). Medicina preventiva y del trabajo, i). Programa de formación en SST y calidad de vida, j). Control de proveedores; con cincuenta y dos (52) actividades a ejecutar.

El cumplimiento de las actividades (32 actividades de prevención y la promoción en salud) a Septiembre de 2021 es del **100%** y a la fecha del oficio con radicado 2021402011319-1 registra un avance del **63.5%**

IX. PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES – PETI

Aprobado el 29 de enero de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, con tres (3) líneas estratégicas, el cronograma insertado en el numeral 11 - Cronograma de ejecución, contiene tres (3) actividades de Diagnóstico de la TI, modernización de la infraestructura TI, de servidores y modernización de la infraestructura TI de switches; con indicadores, entre los que se encuentra: Porcentaje de ejecución de los proyectos en el Plan de ejecución del PETI.

La Subdirección de Sistemas en oficio radicado 2021403011369-1 informa a la fecha se han realizado un avance del **0%**. Se realizó y subió el proyecto a la MGA y al Plan bienal, no se logró la consecución de los recursos.

X. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CUIDADANO

De acuerdo a la normativa el Plan de la vigencia 2021, publicado en el sitio WEB, aprobado el 27 de enero de 2021, posteriormente en marzo de 2021 se evidencia otra publicación; del componente 1 del Plan hay publicada la matriz de riesgos de corrupción 2021, sin firmas y/o aprobación del representante legal y/o comité competente.

En desarrollo de su ejecución

- Se realizó y publico seguimiento en mayo de 2021, con corte a 30 de abril de 2021 por parte de la oficina de Control interno en donde registro un **avance del 45.6%** de las actividades programadas para el cuatrimestre y una actividad programada para diciembre de 2021.
- Se desarrolló y público en el sitio WEB en septiembre de 2021, el avance registrado a 31 de agosto de 2021, **avance del 61%** de las actividades con cumplimiento a agosto de 2021 y ocho (8) actividades cumplidas al 100%.
- El cumplimiento a Diciembre 31 de 2021 por componentes es:
 1. Metodología para la Identificación de Riesgos de Corrupción cumplimiento 100%
 2. Racionalización de Trámites, cumplimiento 77%.
 3. Rendición de Cuentas; cumplimiento 71%
 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias. Cumplimiento 82%.
 5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información, cumplimiento 85%
 6. Iniciativas adicionales., cumplimiento 84%
- El cumplimiento del programa a 31 de diciembre de 2021 es del **83.2%**

XI. PLAN TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACION

Aprobado el 29 de enero de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, con líneas estratégicas, el cronograma insertado en el numeral 10 - Cronograma de ejecución, contiene tres (3)

actividades de Documentar el Plan de capacitación, sensibilización y comunicación de seguridad de la información.

La Subdirección de Sistemas en oficio radicado 2021403011369-1 informa a la fecha se han realizado dos actividades, avance del **66%**.

XII. PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION

Aprobado el 29 de enero de 2021, documento sin código de identificación, publicado en el sitio WEB, el cronograma insertado en el numeral 11 - Cronograma de ejecución, contiene tres (3) actividades de actualización de los activos de información de acuerdo a la estructura organizacional vigente.

La Subdirección de Sistemas en oficio radicado 2021403011369-1 informa a la fecha se ha ejecutado un avance del **100%**.

PLANES PROGRAMAS ENTES DE CONTROL

De los entes de control que vigilan la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, están:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUPERSALUD.

La entidad tiene vigente el Plan de mejoramiento, publicado en el sitio WEB, producto de la visita 0002014 del 16/06/2020, con tres hallazgos; Plan de mejoramiento enviado por la E.S.E. En agosto de 2020 y aprobado por el Ente de Control el 30/12/2020, el tiempo de ejecución establecido por la E.S.E.

El plan de mejoramiento tiene como fecha de Inicio el 17/06/2020 y termina hasta finalizar el estado de emergencia por COVID 19.

En el desarrollo de su ejecución:

1. Vía correo electrónico, con fecha 21 de enero de 2021 se presentó informe, con cumplimiento del 95%, soportado todo por esta misma vía.
2. En agosto 27 de 2021 se presentó informe en medio físico y magnético con fechas de seguimientos 10/05/2021 y 09/08/2021, los avances soportados debidamente.
3. Con fecha 05 de noviembre de 2021, previo solicitud de presentación de soportes por parte del ente de control, se radican los avances correspondientes a cada una e las acciones aprobadas, con los soportes y evidencias correspondientes.
4. A Diciembre 15 de 2021, previa solicitud de la SUPERSALUD se transcribió el documento a nuevo formato en donde una (1) acción se encuentra cerrada al 100% y seis (6) acciones en ejecución oportuna dentro del rango 70% al 99%.

CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA

La E.S.E. tiene vigentes dos (2) Planes de mejoramiento, publicados en el sitio WEB, producto de:

- De la Auditoria Gubernamental con enfoque Integral, modalidad Integral practicada a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana correspondiente a la vigencia 2019, contiene ocho (8) hallazgos; producto de la Auditoria se envió y radico al ente de Control el 23 de diciembre de 2020 el Plan de mejoramiento , aprobado por la Contraloría de Cundinamarca el 30 de diciembre de 2020 radicado C20117800227, tiempo de ejecución enero a diciembre de 2021.

Conforme a la expedición de la resolución No. 278 de mayo de 2021 el Plan de mejoramiento se transcribió al nuevo formato, por lo tanto este Plan no contiene metas y los indicadores de cumplimiento establecidas en el Plan de mejoramiento aprobado, corresponden al cumplimiento de las actividades descritas y establecidas de acuerdo a la estrategia.

Con fecha 8 de julio de 2021 se radica el avance al Plan de Mejoramiento, la oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana realizo una comprobación de los desarrollos y avances de cada una de las actividades y/o acciones de mejora, registrando un avance del **85.09** y cumplimiento de veintiuna (21) de las actividades y/o acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento aprobado.

El informe anual del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca registro un cumplimiento del **98.06%**

- Auditoría Financiera y de Gestión vigencia 2020, contiene trece (13) hallazgos, se envió y radico el Plan de Mejoramiento de la Auditoria el 22 de julio de 2021, fecha inicial de las acciones agosto de 2021 y fecha de terminación de las acciones julio de 2022.

El avance al Plan mejoramiento se realizará conforme a la Resolución No. 278 de 2021, en el mes d Enero de 2022.

PLANES Y PROGRAMAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

PLAN ANUAL DE IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL MIPG 2021

Publicado en el sitio WEB de la entidad, link: Inicio /planeación gestión y control/planes programas y proyectos/plan anual de implementación y mantenimiento del MIPG.

DIMENSION	ACCIONES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1. Talento humano	12 Acciones	50%
2. Direccionamiento estratégico y planeación	3 acciones	67%
3. Gestión con valores para resultados	4 acciones	75%
4. Evaluación de resultados	1 acción	100%
5. Información y Comunicaciones		
6. Gestión del conocimiento y la innovación	1 acción	100%
7. Control interno	4 acciones	50%

Fuente: Acta 22 diciembre 2021 Comité de Gestión y Desempeño.

En desarrollo del Plan de Acción de MIPG, se realizó sección del Comité de Gestión y desempeño Institucional de la vigencia 2021, el 22 de diciembre, en donde se informa un cumplimiento del **74%**

PROGRAMA GESTION Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

De la POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 2021, el programa se encuentra identificado con código de documento 01GC04-V6, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 20 de marzo de 2020, cuenta con 70 actividades en la vigencia 2021, para el primer trimestre de 2021 se realizaron 23 actividades con avance del 33%.

El indicador de porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo a junio de 2021 es de **52.4%** de la meta que es el 90.0%, publicada en la medición del proceso de gestión de la calidad.

PROGRAMA DAÑO ANTIJURIDICO

Identificado con el código de documento 01GJ02-V4, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado en marzo (13) de 2020, cuenta con dos (2) líneas estratégicas (numeral 6. Líneas estratégicas y su descripción) y en el numeral siete (7) Cronograma de ejecución y el numeral 8.1 - Resultados esperados –meta están: 80% de cumplimiento del cronograma del programa.

En oficio sin radicado informa de 10 actividades ejecutadas para el desarrollo de la política de Daño Antijurídico 2021.

De las actividades, dos (2) se encuentran con avance tercer trimestre cumplido y las demás cumplidas al 100%.

'Cumplimiento del 100% de las actividades a cargo de la oficina Asesora Jurídica respecto a la ejecución de la política de Daño Antijurídico'.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

De la POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, el programa se encuentra identificado con código de documento 01GC16-V2, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 15 de mayo de 2020, cuenta con 47 actividades en la vigencia 2021.

El indicador (1837) porcentaje de cumplimiento del cronograma de seguridad del paciente en 90%, a septiembre de 2021 es de **75.5%** de cumplimiento, publicada en la medición del proceso de gestión de la calidad.

PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RIESGO CARDIOVASCULAR

Código de identificación 01TH11-V1, aprobado de fecha 15 de mayo de 2019, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, contiene siete (7) líneas estratégicas; se constituye en el enfoque i). Programa de formación en SST y calidad de vida del PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. Con indicador trazador de cumplimiento 'proporción de actividades realizadas'

De las actividades orientadas a fortalecer la prevención del riesgo cardiovascular a septiembre de 2021 hay un cumplimiento del **100%** y conforme al cronograma un avance del **60%**.

PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RIESGO OSTEOMUSCULAR

Identificado con el código 01TH12-V1, aprobado el 15 de mayo de 2019, publicado en el en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, las actividades del programa se orientaron a la prevención de desórdenes musculo esqueléticos relacionados con el riesgo biomecánico de los colaboradores, actividades que viene desarrollándose a partir del informe de análisis de puesto de trabajo del año 2020, contiene siete (7) actividades específicas e indicador proporción de actividades realizadas, con cumplimiento del **100%** a septiembre de 2021 y avance del **71.5%**

PROGRAMA REINTEGRO Y READAPTACIÓN LABORAL

Identificado con el código 01TH13-V1, aprobado en mayo (15) de 2019, publicado en el en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, contiene cuatro (4) líneas estratégicas, con diez (10) actividades específicas e indicador de tasa de ejecución de actividades.

En el desarrollo y ejecución del cronograma del programa de seguridad y salud en el trabajo se evidencia a septiembre de 2021 un avance del **70.0%** y cumplimiento del **100%** de las actividades programadas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RIESGO BIOLÓGICO

Identificado con el código 01TH14-V1, aprobado en mayo (15) de 2019, publicado en el en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, la actividad a ejecutar 'realización de jornadas de vacunación influenza y vacunación hepatitis B.

MEM

En la vigencia 2021 con ocasión de la pandemia se dirigieron y encaminaron todas las actividades a la constante vigilancia, cumplimiento de los protocolos y medidas de bioseguridad para prevenir el riesgo de contagio del COVID 19.

PROGRAMA HUMANIZACIÓN

Identificado con el código de documento 01AUF01-V5, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado en noviembre de 2020, cuenta con ocho (8) líneas estratégicas (numeral 6. Líneas estratégicas y su descripción) y en el numeral siete (7) Cronograma de ejecución registra: *'Anualmente se elaborara el Plan de acción del programa de Humanización, el cual será incluido a su vez en el Plan Operativo Anual'*.

En la *Intranet* se encuentra publicado el Cronograma de ejecución de la vigencia 2021, que contiene ciento setenta y siete (177) actividades a ejecutar, en desarrollo del mismo con corte del tercer trimestre de 2021 se evidencia ciento diez y nueve (119) actividades ejecutadas (en el cronograma 62 actividades ejecutadas) con indicador de avance del **67.23%**.

Cumplimiento a septiembre de 2021 **100%**

PROGRAMA PQRSD

No se ha identificado el programa de PQRSD en los medios de comunicación con que cuenta la E.S.E., conforme lo establece la Normatividad de aplicación para la entidad dentro del link de Transparencia y acceso a la información pública mensualmente se debe publicar el Informe de PQRSD y el registro público de las PQRSD por cada una de las sedes de la E.S.E., a la fecha se encuentran publicados hasta el mes de Noviembre de 2021.

De la misma forma el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la vigencia 2021, en el Quinto componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información se desarrollan actividades con meta de producto Informe de PQRSFD elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSD del HUS, UFZ, y HRZ y publicado por parte del HUS y Auditoría PQRSD.

PROGRAMA POR EL BUEN TRATO

Identificado con el código de documento 01PU01-V1, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado 30 de octubre de 2015, en el numeral siete (7) Cronograma de ejecución registra: *Anexo 1.*

La directora de Atención al usuario en oficio con radicado 20211300011211-1 de 6 de diciembre informa: *'...el documento fue construido para dar respuesta a la resolución 2013 de 2014, sin embargo en la actualidad contamos con el documento 02PU01-V3 ATENCION EN SALUD PARA VICTIMAS DE V. SEXUAL, el cual da alcance a los requerimientos normativos de la actualidad, entre ellos la Resolución 3100 de 2019 (habilitación). Por lo tanto que desde la subdirección de urgencias se solicitó dar de baja el programa 01PU01-V1 PROGRAMA POR EL BUEN TRATO'*.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Identificado con el código de documento 01GIS08-V3, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado 12 de diciembre de 2018, con cinco líneas estratégicas en el numeral siete (7) Cronograma de ejecución del Programa estratégico de comunicación en salud, en el numeral 8 – resultados esperados se registran cinco (5) indicadores, entre lo que se encuentra: *'cumplimiento del 90% del cronograma del programa de comunicaciones.*

La Subdirección de Sistemas en oficio radicado 2021403011369-1 informa que el cronograma del numeral siete (7) que contiene cuatro (4) actividades (a ejecutar dieciocho actividades específicas) la fecha de recibido del oficio, informa que se han ejecutado las actividades, avance del **100%**.

PROGRAMA DE TRANSPLANTES.

Identificado con el código de documento 01PQX05-V1, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado 04 de octubre de 2018; como IPS trasplantadora debe contar dentro sus actividades institucionales el programa de transplantes de tejidos inscritos y habilitados ante el INS, cuenta con cinco (05) líneas estratégicas, y cinco (5) indicadores trazadores.

El cumplimiento del cronograma que contiene cuarenta y cuatro actividades al mes de diciembre de 2021 se registró un cumplimiento del **100%**

PROGRAMA BIOVIGILANCIA

El programa de Biovigilancia identificado con el código de documento 01GC20-V1 del proceso de Gestión de la calidad, publicado en julio 30 de 2021, en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado en la misma fecha del mes de julio; basado en el proceso Identificado con el código de documento 01PQX03-V1, forma parte integral del programa de seguridad del paciente.

Lo mismo que el anterior, cuenta con cinco (5) líneas estratégicas de programa e indicadores trazadores.

El cronograma de 2021 cuenta con noventa (90) actividades de las cuales se ejecutaron 88 por lo que registra un cumplimiento del **97.8%** a diciembre de 2021.

NOTA en respuesta al pre informe: Vía correo electrónico se solicitó el favor de la eliminación del documento 01PQX03-V2- Programa de Biovigilancia en el proceso de paciente quirúrgico, este es obsoleto, puesto que este año se aprobó la eliminación, este programa no corresponde a este proceso, En el mes de julio (30) de 2021 fue asignado al proceso de Planeación y Garantía de la Calidad, siendo de aplicación transversal a nivel institucional y derivado del Programa de Seguridad del Paciente.

PROGRAMA USO PRUDENTE DE ANTIBIOTICO

Identificado con el código de documento 01PH14-V2, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado en el 30 de JULIO de 2020, contiene cuatro (4) grupos de actividades a desarrollar.

El cumplimiento de los indicadores a desarrollar es:

- Proporción de incidencia de IAAS por enterobacterias resistentes a cabapenemicos, en el 2021 se cumplió la meta propuesta con una proporción del **1.5%**
- Valoración por infectologo de los pacientes que reciban más de 7 días de tratamiento antibiótico, se cumple la meta con un **82.9%**
- Prescripción de antimicrobianos de acuerdo a las guías implementadas, se cumplió la meta propuesta en el programa con un **95.3%**
- Ajuste a terapia antibiótica de acuerdo a hallazgos microbianos. Se puede establecer que la variación porcentual de aislamientos microbiológicos en el tiempo está entre 26% y 40%, con una meta del **33%**, estableciendo el comportamiento institucional propio del Hospital Universitario de la Samaritana.

De manera general el cronograma contiene ciento veintiocho actividades, a noviembre de 2021 tiene un cumplimiento del **98.4%**.

PROGRAMA HEMOVIGILANCIA

Del procesos Banco de sangre, identificado con el código de documento 01BS01-V5, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 07 de abril de 2020, su objetivo es promover la seguridad del paciente en la E.S.E. , contiene cuatro (4) líneas estratégicas desarrolladas en 208 actividades en la vigencia 2021.

El cumplimiento en cada una de las líneas a noviembre de 2021 registra:

- Línea 1 cumplimiento **96.9%**

05/22

- Línea 2 cumplimiento **84.6%**
- Línea 3 cumplimiento **96.3%**
- Línea 4 cumplimiento **69.2%**

El cumplimiento del cronograma de 2021 tiene un cumplimiento del **88%**.

PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA

Del proceso Apoyo Diagnostico, identificado con el código de documento 01AD01-V5, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 15 de julio de 2020, contiene seis (06) líneas estratégicas desarrolladas en 46 actividades en la vigencia 2021.

El cumplimiento en cada una de las líneas a diciembre 15 de 2021 registra:

- Línea 1 cumplimiento **91.7%**
- Línea 2 cumplimiento **91.7%**
- Línea 3 cumplimiento **75.0%**
- Línea 4 cumplimiento **75.0%**
- Línea 5 cumplimiento **100.0%**
- Línea 6 cumplimiento **50.0%**

El cumplimiento del cronograma en la vigencia 2021 es del **87.0%**.

PROGRAMA DE NUTRICIÓN

Del proceso Atención al paciente hospitalizado, identificado con el código de documento 01PH11-V1, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 23 de abril de 2018, contiene cinco (05) líneas estratégicas, para la vigencia 2021 cuenta con 124 actividades.

En desarrollo de cada una de las líneas diciembre 15 de 2021 registra:

- Línea 1 cumplimiento **97.4%**
- Línea 2 cumplimiento **100.0%**
- Línea 3 cumplimiento **100.0%**
- Línea 4 cumplimiento **100.0%**
- Línea 5 cumplimiento **0.0%**

El cumplimiento de cronograma a la fecha es del **97.6%**

PROGRAMA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD IAAS

Del proceso Atención al paciente hospitalizado, identificado con el código de documento 01PH01-V4, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 22 de julio de 2020, contiene cinco (05) líneas estratégicas, para la vigencia 2021 cuenta con 449 actividades a desarrollar en la vigencia.

En desarrollo de cada una de las líneas estratégicas se registra un cumplimiento de:

- Línea 1 cumplimiento **100.0%**
- Línea 2 cumplimiento **100.0%**
- Línea 3 cumplimiento **88.89%**
- Línea 4 cumplimiento **93.96%**
- Línea 5 cumplimiento **100.0%**

El cumplimiento de cronograma a la fecha es del **100%** y avance del **96.12%**.

PROGRAMA FARMACO VIGILANCIA

Del proceso Atención Farmacéutica, identificado con el código de documento 01AF04-V4, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 17 de febrero de 2021, contiene cuatro (04) líneas estratégicas, y 118 actividades a desarrollar en la vigencia 2021.

2021

En desarrollo de cada una de las líneas estratégicas el cumplimiento es de:

- Línea 1 cumplimiento **97.5%**
- Línea 2 cumplimiento **94.1%**
- Línea 3 cumplimiento **58.3%**
- Línea 4 cumplimiento **87.5%**

Del total de actividades a desarrollar en la vigencia se han ejecutado 92, con un cumplimiento del **77.96%**.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN - PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD

El programa de atención en salud del proceso de atención al paciente hospitalizado, código de identificación 01PH10-V1, hace parte del programa de Promoción y Prevención; tiene dos grandes líneas de acción:

A nivel hospitalario:

- ❖ Programa de Educación en salud (Riesgos intrahospitalarios)
- ❖ Programa manejo del paciente crónico
- ❖ Estrategia IAMII educación al paciente hospitalizado
- ❖ Programa madre Canguro intrahospitalario.
- ❖ Consejería en riesgo de VIH
- ❖ Salud pública SIVIGILA
- ❖ Sala de egreso

A nivel Ambulatorio:

- Estrategia IAMII seguimiento a la población materno – infantil
- Consulta y seguimiento programa madre –padre canguro.
- Programa ampliado de inmunización (PAI)
- Remisión a programas de P y D desde consulta externa.

En la vigencia 2021 se registró el 100% de cumplimiento de las actividades programadas.

PROGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CRONICO

Del proceso Atención al paciente hospitalizado, identificado con el código de documento 01PH09-V1, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 11 de agosto de 2021, contiene 60 actividades a desarrollar en la vigencia 2021.

En el programa de manejo del paciente crónico están las patologías de HTA, DM, ERC, ACV, EPOC.

En el desarrollo del cronograma de actividades de 2021 se evidencia a diciembre 31 de 2021 un cumplimiento del **94%**.

PROGRAMA PROMOCION Y PREVENICION

Del proceso Atención al paciente Ambulatorio, identificado con el código de documento 01PA01-V1, Publicado en mayo de 2016 en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado en mayo 06 de 2016, desarrolladas las actividades a desarrollar en la vigencia 2021, el programa cuenta con dos (2) líneas de acción, a nivel Hospitalario y ambulatorio.

Se desarrolla a través de tres (3) líneas estratégicas:

- Estrategia IAMII
- Programa padre - madre Canguro
- Plan ampliado de inmunización

En desarrollo de las actividades en la vigencia 2021 el porcentaje de cumplimiento a diciembre 2021 fue de **100.0%**.

mezz

ESTRATEGIA IAMII EDUCACIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Del proceso Atención al paciente ambulatorio, identificado con el código de documento 01PA04-V1, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 17 de julio de 2017, contiene cuatro (4) líneas estratégicas, dentro de la cual se encuentran las actividades a desarrollar en la vigencia 2021

En desarrollo de las actividades en la vigencia 2021 contiene dos líneas de acción a) Ambulatorio y b) hospitalaria, el porcentaje población hospitalización IAMII a diciembre de 2021, registra un cumplimiento de **7.0%** y el porcentaje de consulta externa capacitada IAMII es de **97.0%** (Este indicador se inicia a llevar desde el mes de octubre de 2021, por lo cual hasta ahora se está construyendo la línea base).

PROGRAMA PADRE - MADRE CANGURO

Del proceso Atención al paciente Ambulatorio, identificado con el código de documento 01PA02-V1, Publicado en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado el 11 de noviembre de 2021, desarrolladas las actividades a desarrollar en la vigencia 2021 se evidencia:

- Cobertura RN vacunados contra hepatitis B con meta de 100% y cumplimiento del **100%**.
- Porcentaje de canguros fallecidos en HUS – meta 8% - en desarrollo del programa 0.9% cumplimiento **100%**.
- Porcentaje de inasistencia al programa madre- padre canguro – meta 15% - desarrollo el programa 9.2% cumplimiento **100%**.
- Porcentaje y educación brindada a padres- madres plan canguro ambulatorio – meta 100% -cumplimiento **100%**.

Cumplimiento del programa **100.0%**

PROGRAMA PAI INSTITUCIONAL - VACUNAS DOSIS VIDA

Del proceso Atención al paciente Ambulatorio, identificado con el código de documento 01PA03-V1, Publicado en julio de 2017 en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, aprobado julio de 2017, el programa cuenta con dos (2) líneas de acción, a nivel Hospitalario y ambulatorio.

Los indicadores:

- Indicador 1676: Número de niños menores con esquema de vacunación adecuado para la edad según las normas del PAI / número total de niños menores objeto del esquema de vacunación, cuya meta es 100% y el porcentaje de cumplimiento a diciembre de 2021 es de **100%**.
- Indicador 1677: padres de familia informados y capacitados en el programa PAI dosis de vida, meta 100% y cumplimiento a diciembre de 2021 **100%**.

PLAN DE CONTINGENCIA POR DESABASTECIMIENTO DE GASES MEDICINALES EN PANDEMIA POR COVID 19

Del proceso Atención Farmacéutica e, identificado con el código de documento 01AF10-V1, elaborado en el mes de junio de 2021 y aprobado y publicado en julio de 2021 en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA; el plan se desarrolló como contingencia a las situaciones planteadas a fin de garantizar la disponibilidad oportuna de oxígeno y aire medicinal en las diferentes sedes de la E.S.E.

Registro cuatro (4) actividades a desarrollar, con cumplimiento del 100% en cada una de ellas, *'por tratarse de un plan de contingencia no tiene indicadores'* sino cumplimiento de las actividades proyectadas.

El plan de contingencia se cerró el 12 de octubre de 2021 con la instalación del tanque criogénico de mayor capacidad (6000 litros) y con cumplimiento del **100%**

2022

PLAN AUDITORIAS INTERNAS – CONTROL INTERNO

Publicado en el sitio WEB de la E.S.E. , aprobado en Comité Institucional de Gestión de Control Interno el 11 de marzo de 2021, desarrollado por la Oficina de Control Interno, para la vigencia 2021 cuenta con veinticinco (25) Auditorias.

En desarrollo de la misma se han realizado a la fecha veinticuatro (24) Auditorias, con un cumplimiento del **96.0%**

CONCLUSIONES

Conforme los planes y programa establecidos por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se registran en el sitio WEB, el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA , la INTRANET ochenta y seis (86)¹ planes, programa de la E.S.E.; realizado el seguimiento y verificación, a continuación se reconoce el avance y cumplimiento de cada uno de ellos:

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
	PLAN DE GESTIÓN		
	PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS - PLAN INDICATIVO 2020-2023	35,5% del 50% del primer semestre	A junio de 2021 Cumplimiento 35,5% del 50% del primer semestre
	PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS - PLAN OPERATIVO ANUAL 2021	71,07% cumplimiento	A junio de 2021 Acuerdo No. 019 de 2021 a junio de 2021.
	PLAN BIENAL DE INVERSIONES		
	PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2019 CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA	98.06 Cumplimiento	Informe Anual de 2021
	PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2020- CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA		AVANCE Y CUMPLIMIENTO EN ENERO DE 2022
	SUPERSALUD	Avance una (1) acción al 100% seis (6) acciones dentro del rango 70% al 99%	
	PLAN DE ACCION MIPG 2021	74.0% Cumplimiento	
	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA E.S.E. – PINAR	100% avance	

¹ PROGRAMA DE ATENCION EN SALUD se desarrolla en el PROGRAMA PACIENTE CRONICO, PROGRAMA PADRE - MADRE CANGURO y PROGRAMA IAMI

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
	PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES – PETI	0% avance	
01GIS14-V2	PLAN TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.	100% avance	
01GIS13-V2	PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.	66,0% avance	
01GIS08-V3	PROGRAMA ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN EN SALUD	100% avance	
	PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES – PLAN DE COMPRAS	86,34%	Comprometido
	PLAN ANUAL DE VACANTES	100% cumplimiento	a septiembre de 2021
	PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS	100% cumplimiento	a septiembre de 2021
	PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO	100% cumplimiento 88.24% avance	indicadores HUS - Bogotá
	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	61% cumplimiento 66.3% avance	a septiembre de 2021
	PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES	59% cumplimiento; 57.8% avance	a septiembre de 2021 Se homologa al PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS, código de documento 01TH02-V1.
	PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	63.5% avance 100% cumplimiento	avance a diciembre de 2021 cumplimiento a septiembre d 2021
01TH11-V1	PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RIESGO CARDIOVASCULAR	60,0% avance 100% cumplimiento	a septiembre de 2021
01TH12-V1	PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RIESGO OSTEOMUSCULAR	71,5 % avance 100% cumplimiento	a septiembre de 2021
01TH13-V1	PROGRAMA REINTEGRO Y READAPTACIÓN LABORAL	70,0 % avance 100% cumplimiento	a septiembre de 2021
01AUF01-V5	PROGRAMA HUMANIZACIÓN	67,23% avance 100% cumplimiento	publicado en la INTRANET A septiembre de 2021
01PA01-V1	PROGRAMA PROMOCION Y PREVENION	100% cumplimiento	A diciembre de 2021
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	83.2% Cumplimiento	A Diciembre de 2021.
	PLAN AUDITORIAS INTERNAS	96,0% cumplimiento	Aprobado por Comité Institucional de Gestión de Control Interno
01GJ02-V4	PROGRAMA DAÑO ANTIJURIDICO	100% cumplimiento	

7/02

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
01GC04-V6	PROGRAMA GESTION ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y	52.4% Cumplimiento	A junio de 2021
01PA04-V1	PROGRAMA IAMI	97.0% cumplimiento población hospitalización 97.0% cumplimiento porcentaje de consulta externa.	A Diciembre de 2021
01GC12-V2	PROGRAMA DE BIOVIGILANCIA		El documento OBSOLETO no ha sido retirado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA y documento duplicado (01pqx03 Programa de Biovigilancia)
01GC20-V1	PROGRAMA DE BIOVIGILANCIA	97.8% cumplimiento	Del programa de Biovigilancia 01pqx03
01BS01-V5	PROGRAMA HEMOVIGILANCIA	88,0% cumplimiento	A noviembre de 2021
01BS12-V5	PLAN DE CONTINGENCIA BANCO DE SANGRE	NA	Para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por los entes de vigilancia, seguimiento y control – INVIMA, Decreto 1571 de 1993, Resolución 901 de 1996 y generar respuestas oportunas a situaciones de emergencia o contingencia que se presenten en el banco de sangre, jornadas extramurales y servicios de gestión pre transfusional y sedes integradas de la E.S.E.
01PH01-V4	PROGRAMA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD IAAS	100% cumplimiento 96,4% avance	
01PH07-V1	PROGRAMA CLINICA DE ANTICOAGULACION		Programa Obsoleto
01PH09-V1	PROGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CRONICO	94% cumplimiento	Del programa de Educación 2021
01PH10-V1	PROGRAMA DE ATENCION EN SALUD	100% cumplimiento	A diciembre de 2021 Hace parte del programa de Promoción y Prevención
01PH11-V1	PROGRAMA DE NUTRICIÓN	97,6% Cumplimiento	A diciembre de 2021
01PH14-V2	PROGRAMA USO PRUDENTE DE ANTIBIOTICO	98,4% Cumplimiento	A noviembre de 2021
01AF04-V4	PROGRAMA FARMACO VIGILANCIA	78% cumplimiento	A 22 de diciembre de 2021

2022

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
01AF10-V1	PLAN DE CONTINGENCIA POR DESABASTECIMIENTO DE GASES MEDICINALES EN PANDEMIA POR COVID 19	100% Cumplimiento	A octubre 12 de 2021
01AD01-V5	PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA	87,0% cumplimiento	
01PQX03-V1	PROGRAMA BIOVIGILANCIA		Programa obsoleto, se solicitó su retiro en el mes de julio de 2021, se reemplazó por 01GC20-V1
01PQX05-V1	PROGRAMA DE TRANSPLANTES.	100% Cumplimiento	A diciembre de 2021
01PA02-V1	PROGRAMA PADRE - MADRE CANGURO	100% Cumplimiento	Diciembre de 2021 Cobertura RN vacunados contra hepatitis B cumplimiento del 100%. % de canguros fallecidos en cumplimiento 100%. % de inasistencia al programa madre-padre canguro cumplimiento 100%. De educación brindada a padres-madres plan canguro ambulatorio cumplimiento 100%.
01PA03-V1	PAI INSTITUCIONAL - VACUNAS DOSIS VIDA	100% Cumplimiento	Diciembre de 2021
01DE22-V2	PLAN DE CONTINGENCIA PARA RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19		
01TH14-V1	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN RIESGO BIOLÓGICO		En la vigencia 2021 con ocasión de la pandemia se dirigieron y encaminaron todas las actividades a la constante vigilancia, cumplimiento de los protocolos y medidas de bioseguridad para prevenir el riesgo de contagio del COVID 19.
01TH10-V1	PROGRAMA DE FORMACIÓN EN COMPETENCIAS DE HUMANIZACIÓN		La Directora de Atención al usuario informa: 'Este pertenece al proceso de gestión del Talento Humano.
01PÙ01-V3	ATENCION EN SALUD PARA VICTIMAS DE V. SEXUAL		La Directora de Atención al Usuarios, desde la subdirección de urgencias, solicitó dar de baja el programa 01PU01-V1 PROGRAMA POR EL BUEN TRATO', en la actualidad contamos con el documento 02PU01-V3 ATENCION EN SALUD PARA VICTIMAS DE V. SEXUAL,

mea

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
01GC01-V7	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2020		
01GC11-V4	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC UFZ - CS COGUA - PS SAN CAYETANO		
01GC19-V1	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC HRZ		
	PROGRAMA PQRS		En el Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, quinto componente se registran actividades de PQRS.
	PROGRAMA DE SERVICIO AL CIUDADANO		
	PLAN DE INVERSIONES		
	PROGRAMA DE GESTIÓN DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL		
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC		
	PLAN Y PROGRAMA DE HABILITACIÓN		
01GIS-V1	EL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL		
01GIS10-V2	PLAN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN (MANUAL)		
01GIS15-V2	PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN		
01DEC22-V2	PLAN DE CONTINGENCIA (MANUAL)		
01RC01-V5	PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIA Y DESASTRES INTERNOS Y EXTERNOS		La Directora de Atención al usuario informa: 'Este no le corresponde al proceso ni a la dependencia de la Dirección de Atención al Usuario'.
01TH16-V1	PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIA Y DESASTRES INTERNOS Y EXTERNOS - BTA		La Directora de Atención al usuario informa: 'Este no le corresponde al proceso de Atención al Usuario y su familia ni a la dependencia de la Dirección de Atención al Usuario'.
01TH19-V1	PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIA Y DESASTRES INTERNOS Y EXTERNOS - UFZ		La Directora de Atención al usuario informa: 'Este no le corresponde al proceso de Atención al Usuario y su familia ni a la dependencia de la Dirección de Atención al Usuario'.

Nota

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
01TH21-V1	PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS Y DESASTRES INTERNOS Y EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ (MANUAL)		La Directora de Atención al usuario informa: 'Este no le corresponde al proceso de Atención al Usuario y su familia es del proceso Gestión del Talento Humano.
	PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRHS		
01GC13-V2	GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS-SAN CAYETANO		
01GC14-V3	PROGRAMA PGIRSHYS COGUA		
01GC16-V3	GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS-UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA		
01GC18-V2	GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS - HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ		
01DE09-V2	PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL		
	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS -PUMP		
01TB01-V5	PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA		
01TB02-V4	PROGRAMA GESTION DE LA TECNOLOGÍA		
	MANUAL SARLAFT ESE HUS		
01DE10-V1	PROGRAMA DESARROLLO Y GESTIÓN DE PORTAFOLIO DE PROYECTOS		
01DE16-V2	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	PLAN DE ACCIÓN COMITÉ SEGURIDAD PACIENTE		
	PLAN DE ACCION DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA		
01GC07-V3	PROGRAMA GESTIÓN AMBIENTAL		
	PLAN DE CONTINGENCIA PARA RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19		(Sin firma del R.L.)
01DE22-V2	PLAN DE CONTINGENCIA PARA RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19		
01HH01-V3	PLAN DE SANEAMIENTO BÁSICO SERVICIO DE ALIMENTACIÓN		

Non

CODIGO	PLAN Y/O PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE y/o CUMPLIMIENTO	OBSERVACION
01GF03-V1	PLAN DE CONTINGENCIA DEL SSS GINECOBSTERICIA (GESTION INFRAESTRUCTUA)		

Fuente: sitio WEB Sistema de gestión de calidad integrado- ALMERA

Del total de los planes y programas de la E.S.E., una vez realizado su seguimiento y verificación, se evidencia el cumplimiento y/o avance en cincuenta y uno (51) de ellos, es decir el 58.6%.

El 64.37% de los planes y programas de la E.S.E., se encuentran identificados con 'código de documento', y corresponde a 46 planes y programas; los restantes el 35.63% no cuentan con el código de documento que los identifica dentro del sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA y/o Gestión Documental, dentro de los que se cuentan nueve (9) planes de los establecidos por el Decreto 612 de 2018.

Recibidas las observaciones al pre informe a esta Auditoria se establece que Tres (3) de los programas identificados con código de documento se encuentran OBSOLETOS.

RECOMENDACIONES

Una vez realizado el seguimiento y verificado los planes y programas se recomienda:

- ✓ Realizar un estudio y/o análisis de los planes y programas para generar su actualización y/o modificación y/o eliminación y/o declarar su obsolescencia, luego de lo cual deben ser actualizados y/o retirados del sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA.
- ✓ Realizar monitoreo de cumplimiento y/o avance a la totalidad de los planes y programas verificados y/o en su defecto realizar análisis del mismo.
- ✓ En la totalidad de los planes y programas dar aplicabilidad y seguimiento a los indicadores, previo a la medición establecer los periodos y/o fechas para monitorear y/o seguimiento por parte de los responsables.
- ✓ Hacer uso del presente informe para que desde el área de Direccionamiento estratégico para que se incorporen a los informes de gestión de los responsables y se realice periódicamente un análisis de sus indicadores de avance y/o cumplimiento.

Maria Clara R.

MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado C I

Bogotá, Enero 19 de 2022