REUNIÓN	**INFORME DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**	**ACTA No.** 002	
FECHA	22 de Diciembre de 2021	**HORA DE INICIO**	Ejemplo: 08:00 a.m.
LUGAR	Sala de Juntas	**HORA FINAL**	9:30 a.m.

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Avances a la gestión y desempeño institucional de los siguientes Planes MIPG, PAAC, PUMP; PAMEC; Administración de Riesgos y Res 408/2018

TEMAS A TRATAR	
1.	Verificación del Quórum
2.	Orden del día
3.	Desarrollo del Orden del día.
4.	

REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR: APLICA ☐ **NO APLICA** ☐

Este item puede o no aplicar: Marque con una "x", Para los casos que aplique diligencie la descripción de la actividad

#	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO**		**OBSERVACIONES**
		SI	**NO**	
1	No aplica			
2	++++			
3	++++			
TOTAL DE ACTIVIDADES				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (Actividades cumplidas/Total de actividades programadas)				

DESARROLLO DE LOS TEMAS A TRATAR

1. Verificación del Quórum

El Dr. Yesid Ramírez- Jefe de la Oficina Asesora de planeación y Garantía de la calidad, procedió a verificar el quórum del Comité

Asistencia Presencial :
Dra. Yetica Hernández – Oficina de control Interno
Dra. Marisol Garavito- Subdirectora de Defensoría al Usuario
Dra. Nubia Guerrero. Directora de Atención al Usuario
Dra. Sandra Rodríguez- Directora Administrativa

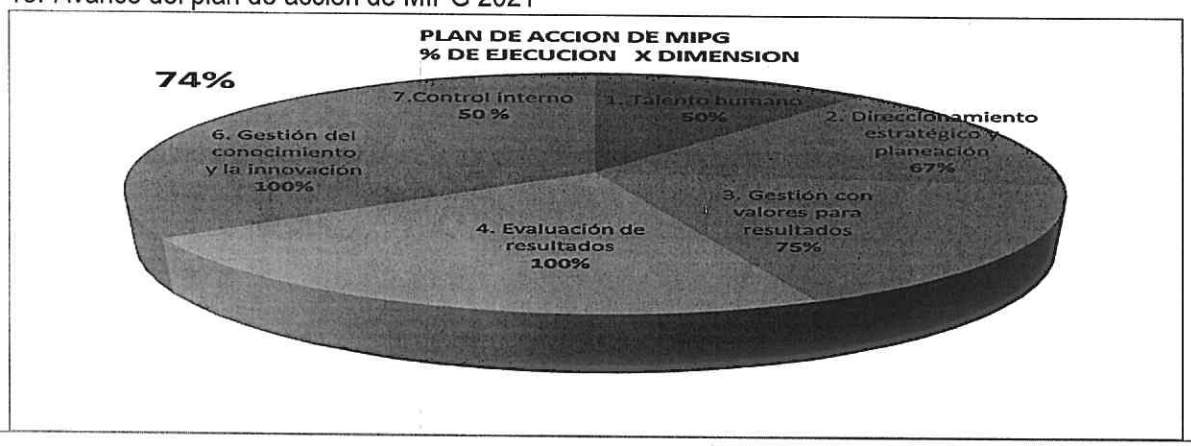
Asistencial Virtual
Dr. Edgar Silvio Sánchez Villegas- Gerente
Dra. Liliana Cepeda- Directora Científica
Dr. José Jaime Pinzón – Director Financiero
Dr. Jairo Castro- Director de la HUZ
Dra. Carolina Serna – Coordinadora HFZ

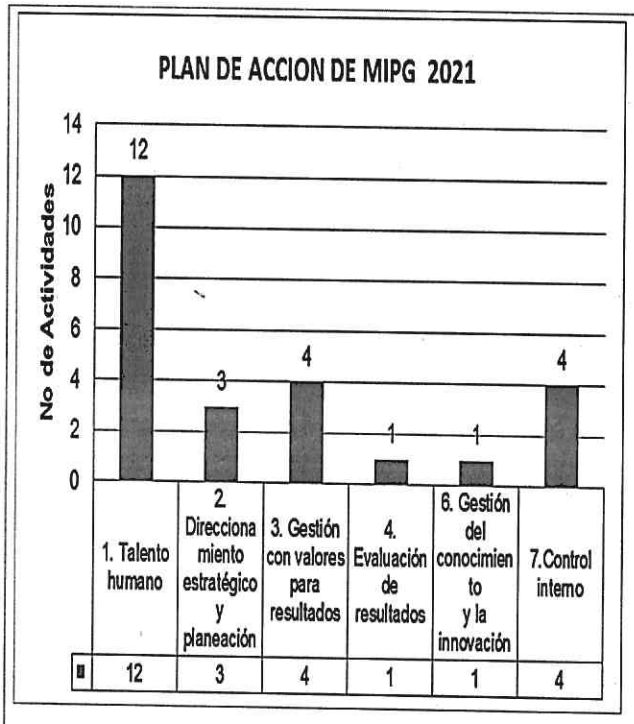
Asistentes en Sala
Dr. William Rodríguez- Asesor de la Oficina de planeación
Dr. Francisco Colorado- Referente de Riesgos Institucionales
Dra. Clara García – Especialista Oficina de planeación

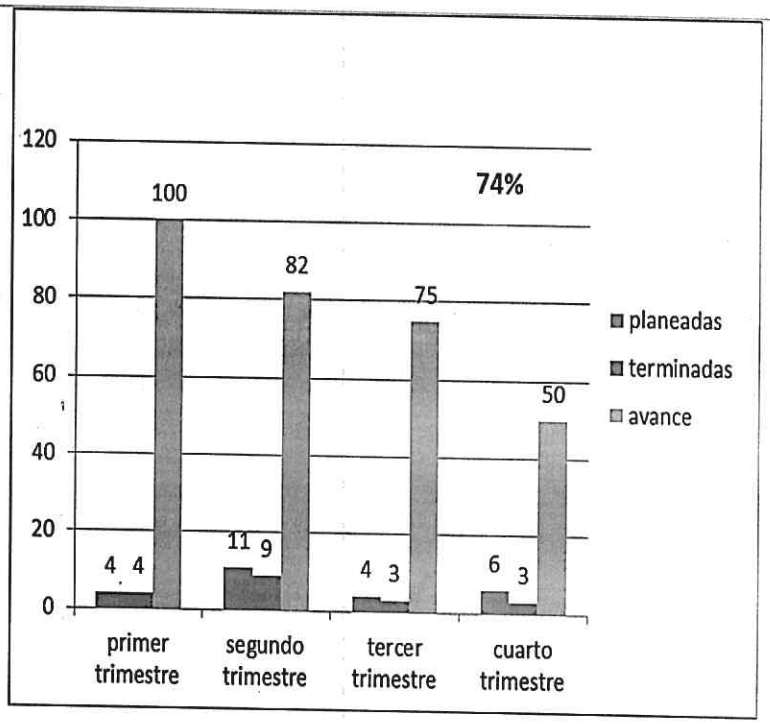
2. Orden del día

3. Orden del día
4. Verificación de quórum
5. Avance del plan de acción de MIPG 2021
6. Resultados del FURAG 2020
7. Seguimiento PAAC
8. Seguimiento al PUMP
9. Seguimiento al PAMEC
10. Varios
11. Administración de Riesgos
12. Avances de la Resolución 408/2018

13. Avance del plan de acción de MIPG 2021

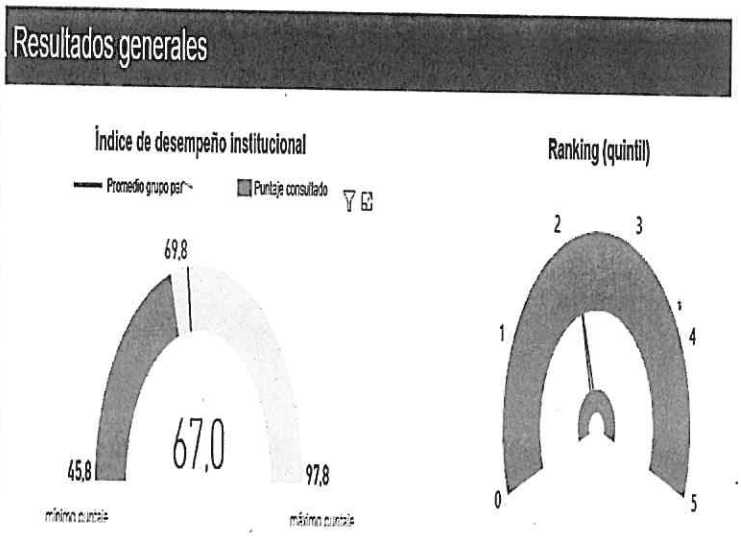






Clara García de la Oficina de Planeación hace la calidad que las actividades que No cumplen o cumplen parcialmente son las correspondientes a la Dimensión de Talento Humano, las cuales pasaran al plan de acción de la vigencia 2022.

4. Resultados del FURAG



MEDICIÓN IDI-ESES HOSPITALES DE CUNDINAMARCA 2020

N°	E.S.E DEPARTAMENTALES	PUNTAJE
1	Hospital San Antonio de Anolaima	83,8
2	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Nemocón	75,6
3	E.S.E. Hospital San Vicente De Paul De Fomeque	75,2
4	E.S.E. Hospital San Martín De Pores De Chocontá	74,4
5	E.S.E Mario Gaitán Yanguas de Soacha	73,8
6	E.S.E Nuestra Señora del Carmen de Tabio	72,7
7	E.S.E. Hospital San Antonio	71,9
8	E.S.E. Hospital Santa Matilde De Madrid	71,2
9	E.S.E. Hospital San José De Guaduas	69,5
10	E.S.E Hospital Nuestra Señora Del Carmen De El Colegio	69,4
11	E.S.E. Hospital San Antonio Chía	68,8
12	E.S.E. Hospital San Antonio De Arbeláez	68,1
13	E.S.E Hospital Hilario Lugo de Sasaima	67,5
14	E.S.E Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes De Funza	67,5
15	E.S.E Hospital María Auxiliadora De Mosquera	67,3
16	E.S.E. Hospital San Rafael De Cáqueza	67,2
17	E.S.E Hospital Universitario De La Samaritana	67
18	E.S.E Marco Felipe Afanador de Tocaima	67
19	E.S.E Hospital Salazar Villeta	66
20	E.S.E Hospital San Rafael De Facatativá	65,9
21	E.S.E. Hospital San Rafael De Fusagasugá	65,4
22	Empresa Social Del Estado Hospital De La Vega	64,5
37	E.S.E Julio César Peñaloza	63,9
23	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	63,8
24	Empresa Social Del Estado Hospital San José	63,6
25	E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Pilar De Medina	63,5
26	E.S.E Hospital Divino Salvador	62,8
27	E.S.E Santa Rosa de Tenjo	62
28	E.S.E. Hospital San Francisco De Gachetá	61,8
29	E.S.E Hospital San José De Guachetá	61,8
30	E.S.E Hospital Habacuc Calderón De Carmen De Carupa	61,7
31	E.S.E Hospital El Salvador	61,7
32	E.S.E Santa Bárbara de Vergara	52,9
33	E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz	52,8
34	E.S.E. Hospital San Antonio De Guatavita	48,8
35	E.S.E Hospital Diógenes Tronconso de Puerto Salgar	44,1
36	E.S.E San Vicente de Paul	40,7

La Dra Yetica hace la aclaracion, que la calificacion realizada enel Furag por el profesional en ese momento no fue tan objetiva, de igual manera manifiesta que aunque en el raiking del depatamento estemos en en puesto No 17 no se puede comparar el hospital con uno mas pequeño y de complejidad I como es el caso del Hospital de Anolaima y Nemocon entre otros.

Clara Garcia comenta los resultados del Furag por politcas y dimensiones. Para la vigencia 2022 se tendra en cuenta para la construccion del Plan de accion de MIPG las siguientes herramientas: Autodiagnostico por dimension, el

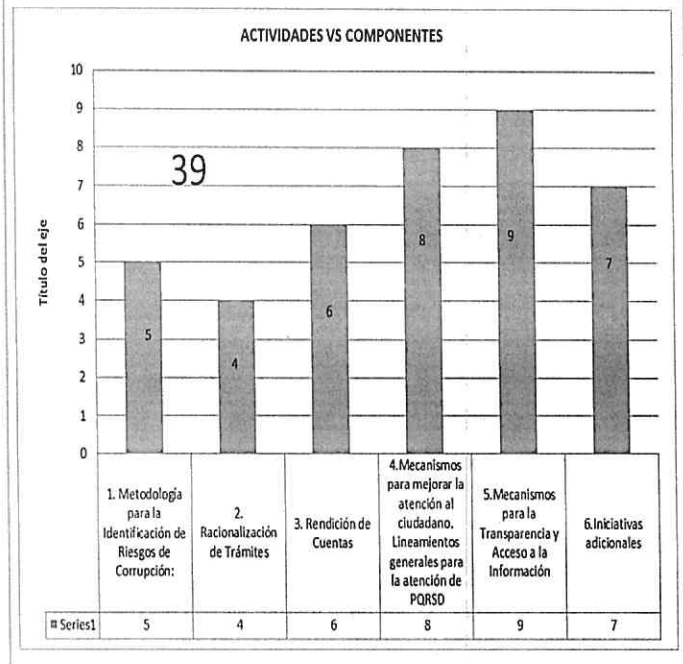
cuestionario contestado del FURAG y las recomensiones como resultado del ejecicio, y se trabajara con los lideres de politicas y dimensiones.

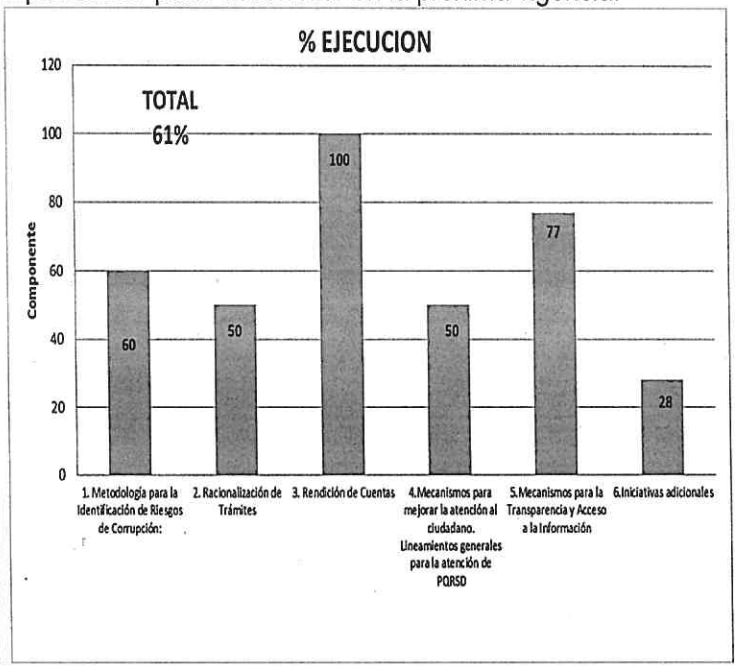
La Dra Yetica propone tener asistencia tecnica con la Gobernacion de Cundiinamarca con la oficina de Planeacion

5. Seguimiento al PAAC

Clara García la profesional de la oficina de Planeación hace la explicación del avance al PAAC de acuerdo a las actividades que tiene cada componente y su avance, aclara que existen actividades de corte semestral, y en este momento se están en ejecución, para el cierre del trimestre se hará 14 de enero de 2022.

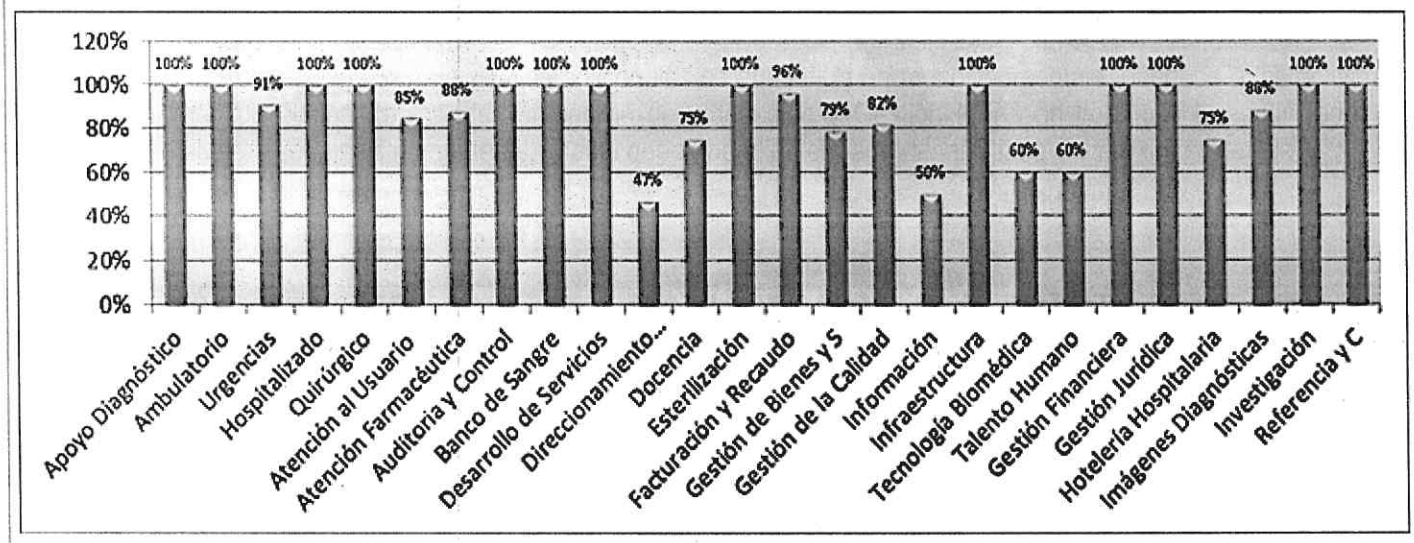
Se observa en el componente 6 de Iniciativas adicionales se encuentra en menor porcentaje, obedece a las actividades realizad en Plan de acción del Modelo Integrado de planeación y Gestión MIPG en cuanto a las actividades que corresponden al tema de conflicto de interés, el cual queda pendiente para desarrollar en la próxima vigencia.





6. Avances de los planes de mejoramiento por proceso PUMP

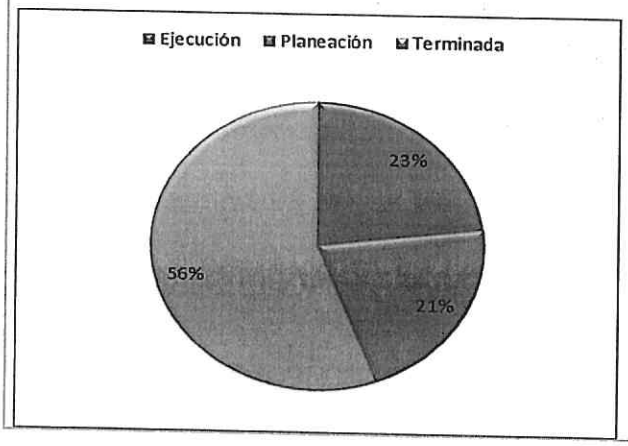
AVANCE A CORTE DE 20 DE DICEMBRE DE 2021



AVANCE A CORTE DE 20 DE DICEMBRE DE 2021

PROCESO	Planeación	Ejecución	Terminada	Total general	AVANCE (Ejecutadas+ terminadas)	AVANCE REAL Terminadas /Total
Apoyo Diagnóstico		3	6	9	100%	67%
Atención al Paciente Ambulatorio		1	4	5	100%	80%
Atención al Paciente de Urgencias	2	3	17	22	91%	77%
Atención al Paciente Hospitalizado		4	23	27	100%	85%
Atención al Paciente Quirúrgico		12	19	31	100%	61%
Atención al Usuario y su Familia	4	10	12	26	85%	46%
Atención Farmacéutica	7	14	36	57	88%	63%
Auditoría y Control			6	6	100%	100%
Banco de Sangre		1	18	19	100%	95%
Desarrollo de Servicios		1	1	2	100%	50%
Direccionamiento Estratégico	72	19	44	135	47%	33%
Docencia	3	4	5	12	75%	42%
Esterilización		4	12	16	100%	75%
Facturación y Recaudo	1	20	5	26	96%	19%
Gestión de Bienes y Servicios	4		15	19	79%	79%
Gestión de la Calidad	8	3	33	44	82%	75%
Gestión de la Información	5	1	4	10	50%	40%
Gestión de la Infraestructura		5	10	15	100%	67%
Gestión de Tecnología Biomédica	6	1	8	15	60%	53%
Gestión del Talento Humano	8		12	20	60%	60%
Gestión Financiera		14	16	30	100%	53%
Gestión Jurídica		5	5	10	100%	50%
Hotelería Hospitalaria	4	2	10	16	75%	63%
Imágenes Diagnósticas	2	4	11	17	88%	65%
Investigación		4	4	8	100%	50%
Referencia y Contrareferencia			1	1	100%	100%
Total general	**126**	**136**	**331**	**593**	**79%**	**56%**

A corte del 20 de diciembre del 2021 se cuentan con 593 actividades de las cuales 331 actividades están en estado terminado con 100%, 136 en estado ejecución y 126 actividades en planeación.



PROCESO	ACTIVIDADES
Direccionamiento Estratégico	44
Gestión del Talento Humano	8
Gestión de la Calidad	7
Atención Farmacéutica	6
Gestión de Tecnología Biomédica	6
Total general	71

A corte del 20 de diciembre del 2021 se cuentan con 593 actividades de las cuales 331 actividades están en estado terminado con 100%, 136 en estado ejecución y 126 actividades en planeación.

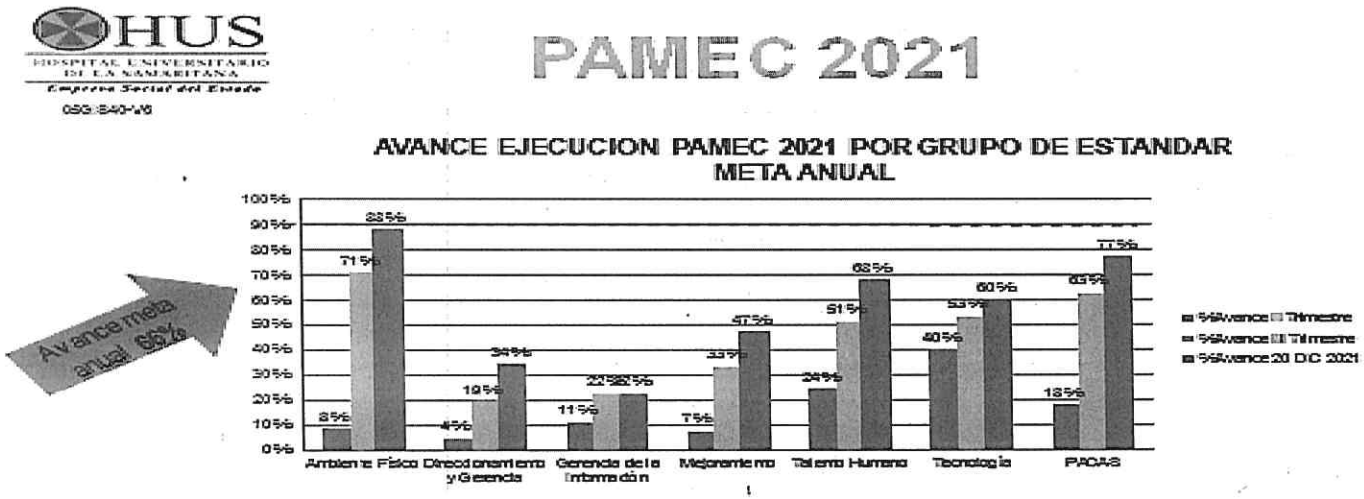
PROCESOS REQUIEREN MAYOR SEGUIMIENTO

Los siguientes procesos presentan mayor cantidad de actividades en planeación **(en 0%).**

Clara García explica el proceso de Direccionamiento Estratégico se sumaron 114 actividades de Administración de Riesgos al plan 2303 asignados a 26 procesos. Con 4 actividades. Cargados el 6 Dic/2021.

Actividades de socialización y designación del Gestor de Riesgo corte 15 de diciembre de 2021 ya se ejecutaron solo está pendiente Atención al paciente hospitalizado; las otras 2 actividades están dentro del término las cuales vencen en enero 2022.

7. Seguimiento al PAMEC



Avance en ejecución de actividades programadas en PAMEC 2021 por trimestres con corte a 20 de diciembre 2021 por cada estándar de acreditación de acuerdo a meta anual 90%

Clara García manifiesta que es necesario contar con el compromiso en cargar la información en el aplicativo Almera, debido a que las actividades se han realizado; tener en cuenta el % de avance de las actividades cuando se inicia la actividad como la fecha de terminación de la actividad, se ha observado que en algunas han terminado la actividad con sus soportes, pero no han cerrado la actividad por tanto no aparece terminada sino en ejecución.

Nuevamente manifiesta que los cierres de los planes se realizará el 14 de enero de 2022, plazo suficiente para cargar las actividades y poder subir el % de avance y llegar a la meta propuesta.

8. Varios

- Administración de Riesgos- Avances

1. 01DE06-V5POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 2021 y sus respectivos formatos
2. 01DE28--V1MANUAL GESTIÓN DEL RIESGO
3. Aplicando la metodología para levantamiento de Riesgos de Corrupción Articulado en el Plan de mejora 2303

con 114 actividades aplicado 26 procesos

4. Se está realizando la parametrización y pruebas de riesgos de procesos y riesgos de corrupción en el módulo de Riesgos en el aplicativo Almera y puedan ser administrados por los líderes de los procesos, consultados y evaluados por la segunda y tercera línea de defensa.

La Dra. Yetica reconoció la labor del referente de riesgos, Tema y la metodología fueron apropiados y plan de mejora fue liderado por la de la Oficina Asesora de Planeación, lo cual ayudo a que los procesos abrieran planes y se multiplicara las actividades y bajara el porcentaje de cumplimiento.

El Dr. Francisco hace la acotación que los riesgos se trabajan por procesos, así que se aclaró con el señor Director de Zipaquirá y la persona encargada de riesgos de la URZ, que se trabajará de manera conjunta, pero existirán riesgos por proceso no por unidad geográfica o estructural.

- Avances de la Resolución 408/2018

El Dr. William Rodríguez comenta que los datos presentados son con corte III trimestre, debido que algunos indicadores son semestrales

Área de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y gerencia 20%	1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas			3	0,05	0,15
		Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			NA		0
		Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			NA		0
	2	Nivel II	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en salud		57%	1	0,05	0,05
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		70%	1	0,10	0,1
Financiera y administrativa 40%	4	Nivel II	Riesgo fiscal y financiero			5	0,05	0,25
	5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)				0,05	0
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y materiales médicos quirúrgicos adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos			0	0,05	0
	7	Nivel II	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.			5	0,05	0,25
Financiera y administrativa 40%	8	Nivel II	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS			5	0,05	0,25
	9	Nivel II	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			0	0,05	0

	10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de información en el reporte de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya			5	0,05	0,25
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			5	0,05	0,25
Gestión clínica o asistencial 40%	12	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes		> 80	5	0,07	0,35
	13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.		> 80	5	0,05	0,25
	14	Nivel II	Oportunidad en la realización de Apendicetomía		> 80	5	0,05	0,25
	15	Nivel II	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual		0	5	0,05	0,25
	16	Nivel II	Oportunidad en la atención especifica con pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)		> 80	5	0,05	0,25
	17	Nivel II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria			5	0,05	0,25
	18	Nivel II	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría			5	0,03	0,15
	19	Nivel II	Oportunidad en la atención Ginecobstetricia			5	0,03	0,15
	20	Nivel II	Oportunidad en la atención de Medicina Interna			5	0,02	0,1
								3,55

El Dr. Edgar Silvio precisa que para el ítem No 14 Oportunidad en la realización de Apendicetomía, no puede tener casos, hace el llamado para que la parte asistencial desde urgencias hasta atención al usuario se trabaje el tema de manera articulada no debe estar en el 80%, se debe trabajar por subir al 90% y en lo posible debe estar al 100%.

El Dr. Yesid informa que ya se habló con el Dr. Elkin Molina – Subdirector de urgencias y se realizó plan de mejoramiento, entre alguna de las actividades a desarrollar esta el estudio de casos críticos, que se realiza todos los días y hasta el momento ha dado respuesta positiva.

- Recordar las líneas de defensa de acuerdo a la norma a la ley 734 de 2012

Primera línea de defensa es el Autocontrol- Jefes, lideres, Directores de procesos
Segunda Línea de defensa es la oficina de Planeación es la encargada de verificar los soportes de todos los planes de mejora y consolidar la información de los mismos. Asegura la información
Tercera Línea defensa: La encarga es la oficina de control Interno quien realiza la auditoria interna y confirma la información que haya asegurado la oficina de planeación.

OPERATIVIDAD DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA - RESPONSABLES

A cargo de la **Alta Dirección** y **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno**

1ª. Línea de Defensa

- Líderes de proceso y sus equipos (En general servidores públicos en todos los niveles de la organización).

En esta línea es posible evidenciar el ejercicio del:

Autocontrol

2ª. Línea de Defensa

- Media y Alta Gerencia: Jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros que generen información para el Aseguramiento de la operación.

En esta línea es posible evidenciar el ejercicio de la:

Autoevaluación

3ª. Línea de Defensa

- A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces

En esta línea es posible evidenciar el ejercicio de la:

Evaluación Independiente

La Dra. Yetica valida la información expuesta y precisa que toda información que solicite la oficina de control interno debe enviarse con cipa a la oficina de planeación.

Ratifica el cargue de la información en el aplicativo Almera, entrega de informes o publicación de la información debe ser oportuna y veraz.

No se presenta inquietudes o preguntas frente a los temas expuestos

Siendo las 9:30 AM se da por terminado el Comité Institucional de Gestión y desempeño del Hospital universitario de la samaritana ESE.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS DURANTE LA REUNIÓN.
Incluir los compromisos en el Plan de Mejora Único por Procesos según el Proceso que le aplica

#	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Cargue de los soportes a los planes de mejoramiento	Todos los procesos	14 de enero 2022
2	Entrega de información de MIPG; PAAC	Procesos involucrados	14 de enero 2022
3			

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA REUNIÓN.
Califique de 1 a 5 la evaluación de la efectividad de la reunión, teniendo en cuenta la votación de los participantes y el cumplimiento de los siguientes criterios: objetivos, cobertura de los temas propuestos, organización y cumplimiento de horarios.

CALIFICACIÓN DE LA REUNIÓN: Marcar con "X" el recuadro					OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS
1	2	3	4	5	Describa brevemente criterios a mejorar

FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN

#	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O ACTIVIDAD	FIRMA
1	Ver Listado de Asistencia y evidencia virtual	----------	----------
2			

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTIÓN DE LA CALIDAD
LISTADO ASISTENCIA

Calidad soy yo!

05GC43-V1

ACTIVIDAD: Comite Institucional de Gestion y Desempeño
LUGAR: sala de juntas
FECHA: 22 Diciembre 2021

	NOMBRE	DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	PROCESO	FIRMA
1	[illegible]	37577401	[illegible]	[illegible]	
2	Maria Camilo B	20637898	Sub Du.	Abrcos Urbano	
3	[illegible]	5975261	D. ADUA	ADUO	
4	Yesid Ramirez M	79408740	Jefe Oficina	Planeación y Calid	
5	William Rodriguez Oribe	10234481	Asesor	Planea y Calidad	
6	Francisco Colorado	79285127	Lider Riesgos	planeación	
7	Clara Garcia	52111072	profesional	planeación	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

AD5PLA002

Inicio - Intranet Samaritana 2 | Nuevo mensaje | Meet - khd-fzar-hcf

meet.google.com/khd-fzar-hcf

Hospital Universitario De la Samaritana está presentando

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado
050R340-V6

Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

ADMINISTRACION DE RIESGOS- AVANCES

1. 01DE06-V5POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 2021 y sus respectivos formatos
2. 01DE28--V1MANUAL GESTIÓN DEL RIESGO
3. Aplicando la metodología para levantamiento de Riesgos de Corrupción Articulado en el Plan de mejora 2303 con 114 actividades aplicado 26 procesos
4. Se esta realizando las pruebas del modulo de Riesgos en el aplicativo Almera

CUNDINAMARCA

Hospital Unive...
Dirección Cien...
Hospital Univer...
JAIME PINZON
HUS - UFZ
Jairo Castro
edgar sanchez
jaime
Tú

8:50 | khd-fzar-hcf

Escribe aquí para buscar

8:50 a. m.
22/12/2021